

---

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Empowerment et expérience de  
maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique**

**Auteur :** Paupinet, Maxime

**Promoteur(s) :** 25138

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en épidémiologie et économie de la santé

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/21669>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**EMPOWERMENT ET EXPERIENCE DE  
MATERNITE CHEZ LES FEMMES  
DEMANDEUSES DE PROTECTION  
INTERNATIONALE EN BELGIQUE.**

Mémoire réalisé par **Maxime PAUPINET**

en vue de l'obtention du grade Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en épidémiologie et économie de la santé

Promoteur : **Mbiton Joël ZINA**

Année académique 2023 - 2024

*Il faut tout un village pour élever un enfant.*

Proverbe africain

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Merci tout particulièrement à mon promoteur, Mbiton Joël Zina, qui m'a permis de mener à bien ce travail par ses conseils, relectures et encouragements.

Merci aux membres du jury pour le temps consacré à la lecture critique de ce travail.

Merci à ma compagne, Mathilde, pour son soutien, et à mes filles, pour leurs regards.

Enfin, et peut-être surtout, je tiens à adresser mes profonds remerciements à toutes les femmes du centre Fedasil de Spa ayant participé à cette étude, pour la confiance qu'elles m'ont accordée en acceptant de témoigner.

## RÉSUMÉ

Cette étude consiste en une exploration de l'expérience de la maternité des femmes demandeuses de protection internationale en Belgique et du processus d'empowerment qui y est associé.

Cette population vulnérable présente un risque accru de rencontrer un problème de santé pendant la grossesse ou les premiers mois de vie de l'enfant.

Une étude qualitative a été réalisée au sein d'un centre d'accueil. Dix femmes ont été interrogées lors d'entretiens individuels conduits à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Le matériau recueilli a fait l'objet d'une analyse thématique.

L'analyse a permis d'identifier trois dimensions rendant compte de l'expérience de maternité des femmes DPI et de leur vécu d'empowerment. La première dimension, le trajet de précarisation, témoigne des expériences de pertes et de ruptures vécues par les femmes demandeuses de protection internationale. La deuxième identifie une logique de négation de soi, au travers de mécanismes d'inhibition, d'euphémisation des contraintes et d'un vécu aux marges. La dernière dimension identifiée, qui rassemble les stratégies d'adaptation et de soutien repose sur des attitudes positives, la reconstitution d'un entourage et la prise de la parole.

Des recherches complémentaires semblent nécessaires en vue d'améliorer notre connaissance de leur vécu ainsi que l'accès aux soins de ce public.

### Mots-clés

Demande de protection internationale - grossesse - maternité - empowerment - expérience vécue - asile - migration

## ABSTRACT

This study explores the maternity experience of women seeking international protection in Belgium, and the associated empowerment process.

This vulnerable population is at increased risk of health problems during pregnancy and the first months of the child's life.

A qualitative study was carried out at a reception center. Ten women were interviewed individually using a semi-directive interview guide. The material collected was analyzed thematically.

The analysis identified three dimensions that reflect women's experience of motherhood and empowerment. The first dimension, the precariousness trajectory, bears witness to the experiences of loss and rupture experienced by women seeking international protection. The second identifies a logic of self-denial, through mechanisms of inhibition, euphemization of constraints and living "on the margins". The last dimension identified, which brings together coping and support strategies, is based on positive attitudes, rebuilding an entourage and speaking out.

Further research seems necessary to improve our knowledge of their experiences and access to care for this population.

## **Keywords**

Application for international protection – pregnancy – maternity – empowerment – experience – asylum seeker

## Table des matières

<b>1</b>	<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>9</b>
1.1	La protection internationale .....	9
1.2	L'accueil en Belgique.....	10
1.3	Les soins de santé pour les DPI, recommandations et engagements.....	10
1.4	La vulnérabilité dans la période périnatale.....	11
1.4.1	Les risques de complication .....	11
1.4.2	Gender studies et intersectionnalité .....	11
1.5	Maternité des femmes DPI et empowerment .....	12
1.6	Question de recherche/objectifs .....	13
<b>2</b>	<b><i>Matériel et méthodes</i></b> .....	<b>14</b>
2.1	Type d'étude.....	14
2.2	Population étudiée .....	14
2.3	Méthode d'échantillonnage .....	14
2.4	Paramètres étudiés et outils de collecte de données.....	14
2.4.1	Paramètres et hypothèses.....	14
2.4.2	Organisation et planification de la collecte de données .....	15
2.4.3	Conduite des entretiens .....	15
2.4.4	Traitement des données et méthode d'analyse.....	16
2.4.5	Critères de validité .....	16
<b>3</b>	<b><i>Promoteur de l'étude et origine de son financement</i></b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b><i>Aspects règlementaires</i></b> .....	<b>17</b>
4.1	Comité d'éthique .....	17
4.1.1	Echanges avec le Comité d'éthique.....	17
4.1.2	Évaluation de la balance bénéfices-risques.....	18
4.2	Accord de FEDASIL .....	18
<b>5</b>	<b><i>Vie privée et protection des données</i></b> .....	<b>19</b>
5.1	Information et consentement .....	19
5.2	Assurance .....	19

<b>6</b>	<b><i>Exploitation des résultats et publication</i></b> .....	<b>19</b>
<b>7</b>	<b><i>Résultats</i></b> .....	<b>19</b>
7.1	<b>Description de la population participante</b> .....	<b>19</b>
7.2	<b>Analyse</b> .....	<b>19</b>
7.2.1	Le trajet de précarisation .....	20
7.2.2	La négation de soi.....	22
7.2.3	Se réhumaniser : stratégies d'adaptation et de soutien .....	24
7.2.4	Thèmes secondaires .....	27
<b>8</b>	<b><i>Limites, perspectives et conclusion</i></b> .....	<b>28</b>
<b>8.1</b>	<b>Limites</b> .....	<b>28</b>
8.1.1	Réflexion éthique et biais d'asymétrie de pouvoir.....	28
8.1.2	Biais de désirabilité sociale.....	28
8.1.3	Biais de sélection .....	28
8.1.4	Le travail avec l'interprète : le statut du matériau et la conduite de l'entretien. ....	29
<b>8.2</b>	<b>Discussion et perspectives</b> .....	<b>29</b>
8.2.1	Confrontation avec les données de la littérature.....	29
8.2.2	Perspectives de santé publique.....	30
<b>8.3</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>9</b>	<b><i>Références bibliographiques</i></b> .....	<b>33</b>
<b>10</b>	<b><i>Annexe 5 : tableau de présentation de l'échantillon</i></b> .....	<b>61</b>

## PRÉAMBULE

L'envie de consacrer mon mémoire de fin d'études aux femmes demandeuses de protection internationale en situation de maternité, découle de nombreuses situations vécues à leurs côtés en tant qu'infirmier. Ces expériences et ces rencontres poussent à réinterroger constamment nos manières d'être soignant, nos façons de formuler nos questions, de dire bonjour, d'informer, de proposer, en bref d'accompagner ces femmes. Pourtant, il arrive parfois de garder l'impression d'être « passé à côté » d'elles.

Ces femmes dégagent souvent une grande force tout en laissant de nombreux indices de leur vulnérabilité. Les épreuves traversées sur les routes de la migration ne les prémunissent pas des difficultés qu'elles rencontrent dans un pays à hauts revenus comme la Belgique. Les conditions d'existence dans les centres d'accueil, l'engagement dans la procédure de demande de protection internationale, les ruptures et les vécus parfois traumatiques constituent la toile de fond complexe et souvent inaccessible des relations de soins que nous nouons.

Travailler à leurs côtés oblige alors à s'interroger sur l'espace qu'il leur reste pour être mère. Comment vivre sa grossesse et devenir mère pour la première fois quand on vit loin de sa famille, dans un pays inconnu, où les soins semblent à la fois si performants et si étranges ? Comment devenir mère quand on ne peut choisir la nourriture que l'on sert à son bébé ? Comment devenir mère quand on vit dans une institution pouvant se montrer infantilisante ? C'est pour explorer certaines de ces questions que j'ai choisi de m'intéresser à l'expérience de la maternité vécue par ces femmes, en tentant de révéler si possible certains ressorts du processus de leur empowerment.

# 1 Introduction

## 1.1 La protection internationale

Les demandeurs de protection internationale (DPI)<sup>1</sup>intègrent une « scène migratoire » (1) internationale complexe bousculée par le théâtre des évènements mondiaux. Au terme de leur parcours migratoire, ces personnes adressent une demande de protection à un pays tiers au nom de la Convention de Genève ou de la protection subsidiaire.

Les personnes qui redoutent des persécutions en cas de retour dans leur pays d'origine peuvent prétendre au statut de réfugié tel que défini par la Convention de Genève de 1951 (2) :

Toute personne qui, [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

La protection subsidiaire quant à elle s'adresse aux

« personnes qui, en cas de retour dans leur pays d'origine, courent un risque réel de subir des atteintes graves. Sont considérées comme des atteintes graves : la peine de mort ou l'exécution, la torture, les traitements inhumains ou dégradants, une menace grave pour la vie d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international » (3).

La procédure d'examen de la demande de protection internationale engage le requérant dans un processus<sup>2</sup> au cours duquel il devra démontrer aux instances compétentes que les motifs invoqués pour sa demande de protection correspondent à la définition du réfugié ou à celle de la protection subsidiaire. C'est l'interview au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) qui constitue la phase décisive de la procédure, au terme de laquelle le CGRA émet une décision d'accord ou de refus.

---

<sup>1</sup> Avec la transposition de directives européennes par la loi du 21 novembre 2017 a été opéré un changement de terminologie. L'expression « demande d'asile » est remplacée par celle de « demande de protection internationale »

<sup>2</sup> Pour un aperçu du déroulement de la procédure, voir annexe 1

D'après Elsa Mescoli (4), cette procédure peut être perçue par les migrants, « comme un dispositif de violence institutionnelle » en raison de plusieurs facteurs : sa durée, l'agir des administrations ainsi que le sentiment d'arbitraire que génèrent ces dernières.

## 1.2 L'accueil en Belgique

Durant toute la durée de l'examen de la demande de protection internationale, le DPI bénéficie du droit à l'aide matérielle (5), qui prévoit notamment un accompagnement médical. En Belgique, c'est l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile -FEDASIL- qui assume la mission d'accueillir les DPI au sein d'un réseau de structures d'accueil, gérées par Fedasil, la Croix-Rouge de Belgique et d'autres organisations. Dans la même étude, Elsa Mescoli rapportent le vécu de certains migrants au sein des centres :

Ils (les migrants) dénoncent dans certains cas des expériences frustrantes, notamment lorsqu'ils perçoivent la vie dans les centres collectifs comme contraignante : certains décrivent ces endroits comme des « prisons », au sein desquels ils n'ont pas de liberté de mouvement et action et les normes qui règlent les activités quotidiennes peuvent amener à une sorte d'aliénation de l'individu de soi-même(4).

Bien qu'il existe des logements individuels, les centres d'accueil collectifs constituent la modalité d'accueil partagée par une majorité de DPI (6).

## 1.3 Les soins de santé pour les DPI, recommandations et engagements.

La « loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers » du 12 janvier 2007, dite « loi accueil », prévoit à l'article 23 que « le bénéficiaire de l'accueil a droit à l'accompagnement médical nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine » et que « chaque structure d'accueil garantit au bénéficiaire de l'accueil l'accès effectif à un accompagnement médical », article 25.

Le KCE, centre fédéral d'expertise des soins de santé, dans son rapport intitulé « Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé », paru en 2019 (7) notait que la complexité et la lourdeur du système de santé mis en place pour les demandeurs de protection internationale conduisaient notamment à une couverture inégale de ceux-ci sur le plan des soins de santé. Le KCE recommandait alors un effort en faveur de « l'équité dans l'accès aux soins entre demandeurs d'asile ».

De tels efforts s'inscrivent dans le sillage de la Déclaration de New-York (8) signée par la Belgique en 2016 aux côtés des autres états membres des Nations unies. Par cette déclaration la Belgique a réaffirmé son engagement à améliorer la protection des personnes déplacées, notamment en s'engageant à répondre « aux besoins en matière de santé qui sont propres aux migrants » et à faciliter « l'accès aux services de soins de santé sexuelle et procréative ». Dans cette perspective, une attention particulière mérite d'être portée à la santé maternelle des femmes DPI.

#### 1.4 La vulnérabilité dans la période périnatale

Au sein du groupe des DPI, les femmes présentent une vulnérabilité spécifique pendant la période de la grossesse et de la périnatalité. Plusieurs champs de la littérature apportent leur regard spécifique sur les déterminants de cette vulnérabilité.

##### 1.4.1 Les risques de complication

Il existe une littérature abondante portant sur la comparaison des risques de mortalité et de morbidité maternelles entre femmes déplacées et femmes issues du pays d'accueil. Plusieurs études suscitent l'inquiétude à travers la mise en évidence d'un risque accru de complication chez les femmes migrantes par rapport aux femmes nées dans le pays hôte. Parmi celles-ci, certaines avancent l'hypothèse explicative de l'augmentation du risque par retard ou non accès aux soins de santé (9–11). D'autres études concluent par l'absence d'un niveau de preuve suffisant pour permettre d'identifier les facteurs en cause de ce risque accru (12,13). Plus récemment, les résultats d'une méta-analyse publiée en 2023 (14) semblent révéler que les risques de complication chez les femmes migrantes varient selon leur pays d'accueil et leur pays d'origine. Ainsi, le risque supérieur de mortalité de la mère observé en Europe n'est pas retrouvé aux Etats-Unis. Les auteurs soulignent l'importance, pour les études à venir, « de prendre en compte d'autres facteurs tels que la race, l'ethnicité, le statut administratif et les facteurs économiques ».

##### 1.4.2 Gender studies et intersectionnalité

Un champ de recherche susceptible d'intégrer ces différents facteurs est celui des gender studies et du concept d'intersectionnalité. Un exemple de l'actualité de ce type de recherche peut être trouvé dans l'étude de Sudhinaraset, Kolodner et Nakphong, *Maternity Care at the Intersection of Language, Ethnicity, and Immigration Status : A Qualitative Study* (15). Les

auteurs y soulignent la nécessité de l'adaptation culturelle et linguistique des soins pour atteindre ce qu'elles nomment « l'autonomie reproductive ».

Une telle approche peut aider la recherche en santé publique en ce qu'elle « explore comment différents types de pouvoirs et d'oppressions opèrent et contribuent aux inégalités en matière de santé, de bien-être et de droits maternels, tout en mettant également en lumière les opportunités de changement » (16).

### 1.5 Maternité des femmes DPI et empowerment

La maternité, comprise dans cette étude comme la période de la grossesse, de la naissance et des premiers mois de vie de l'enfant, constitue une « épreuve défi » au sens donné à cette notion par Danilo Martucelli (17), et compte parmi les « défis incontournables auxquels tous les individus sont contraints, de par le propre de la condition humaine, de faire face ».

Cette « mise à l'épreuve », comme l'indiquent Mc Mahon et al.(18), « est à la fois fragilisante et source de résilience exceptionnelle ». Marie Rose Moro, pionnière pour ses travaux sur la grossesse et la migration, met l'accent sur la mise à mal des « représentations culturelles et techniques de maternage » (19), ajoutant qu' « il ne s'agit pas de dire comment être, ou comment faire, mais de *soutenir* les capacités parentales et permettre que leurs compétences s'élaborent et se déploient ».

« Soutenir » le développement des compétences des femmes DPI contribue à leur empowerment, entendu comme « un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires » (20). Avec Olivia Gross, nous souscrivons à une approche de l'empowerment qui prend en compte « les ressources accessibles aux individus dans l'appropriation de leur pouvoir » (21). Évalué ici sous l'angle de l'éthique, le concept d'empowerment est traversé d'une tension entre, d'un côté, les tenants d'une « conception individuelle » de l'empowerment avec un individu devant s'adapter par le développement de ses compétences et, de l'autre, ceux d'une approche par « capacités » (22) qui prend en compte l'environnement -le système de santé- et son rôle « capacitant ».

Dans une perspective d'exploration du processus d'empowerment tel que vécu par des patients atteints de maladie chronique, les travaux d'Isabelle Aujoulat constituent une approche à même de résoudre cette ambivalence conceptuelle, par une perspective conciliant

dimension intra- et interpersonnelle de l'empowerment. Afin de révéler le processus de transformation sous-jacent à l'empowerment (23), Aujoulat propose une exploration du vécu d'empowerment à partir de situations difficiles et des stratégies mises en œuvre pour les dépasser dans l'émergence d'un double sentiment : le « sentiment de maîtrise relative » et le « sentiment de cohérence », respectivement traduits comme « pouvoir d'agir » et « pouvoir d'être ». Cette approche nous paraît pertinente à transposer à la population des femmes DPI en contexte de maternité. D'une part, la maternité dans un contexte de demande de protection internationale peut être vue comme une épreuve susceptible de générer des vécus négatifs -dont une grande part reste à explorer- et d'autre part, l'approche par l'empowerment des femmes DPI est à même de soutenir une réflexion orientée vers l'adaptation de l'offre de soins. C'est au moyen de deux types de questionnement (24), en investiguant dans un premier temps les situations pouvant conduire à un sentiment d'impuissance<sup>3</sup> puis en évoquant les stratégies et leviers employés, que nous entendons mettre en exergue le processus de transformation chez les femmes DPI et relever les ressources internes et externes mobilisées par l'individu pour dépasser ses difficultés (23).

## 1.6 Question de recherche/objectifs

A travers l'exploration de l'expérience de la maternité vécue par les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique, comment le vécu d'empowerment se développe-t-il chez elles ?

L'objectif principal de ce travail est d'explorer l'expérience vécue des femmes demandeuses de protection internationale, à travers la mise en évidence du processus d'empowerment.

L'objectif secondaire de l'étude consiste en une mise en valeur de l'expérience de la maternité par les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique afin de dégager d'éventuelles perspectives en promotion de la santé, de répondre de façon plus adéquate à leurs besoins, en matière de soins notamment.

---

<sup>3</sup> *Powerlessness*, entendu comme « se produisant lorsqu'un individu assume le rôle d'un "objet" sur lequel l'environnement agit, plutôt que celui d'un "sujet" agissant dans et sur l'environnement » selon la définition de Freire (cité par (23))

Une méthodologie qualitative est indiquée pour traiter cette question de recherche, selon un raisonnement inductif, en vue de réaliser l'objectif d'atteindre le vécu expérimentiel des femmes DPI. Il en découle que les hypothèses ne sont pas énoncées.

## 2 Matériel et méthodes

### 2.1 Type d'étude

Notre étude vise à explorer, sans hypothèse préconçue, un processus subjectif d'empowerment. La méthodologie qualitative apparaît ainsi la mieux à même de traiter notre question de recherche dont la nature implique une démarche inductive. En outre, considérant l'expérience de la maternité du point de vue des participantes, nous retenons l'approche phénoménologique qui cherche à décrire l'expérience d'un phénomène qui est « construite à l'intérieur du contexte social de la personne et, par conséquent, repose sur l'intersubjectivité » (25). Des entretiens approfondis, au nombre de minimum 10, ont été réalisés. Les concepts ont fait l'objet d'une élaboration continue, à partir du matériau et de la littérature.

### 2.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion sont les suivants : femmes DPI vivant en centre d'accueil enceinte ou ayant donné naissance à un enfant âgé de maximum 6 mois lors de l'étude.

### 2.3 Méthode d'échantillonnage

L'échantillonnage a été non probabiliste, selon une approche par choix raisonné, mené avec l'appui du service médical du centre d'accueil afin d'identifier des femmes DPI répondant aux critères de sélection de l'étude.

### 2.4 Paramètres étudiés et outils de collecte de données

#### 2.4.1 Paramètres et hypothèses

Dans le cadre de cette étude qualitative, les hypothèses ne sont pas formulées.

L'étude suivra une approche phénoménologique et portera sur le point de vue des femmes DPI. Elle visera à décrire et comprendre leur expérience de la maternité au moyen d'« entretiens compréhensifs » (26). Il conviendra de rechercher les enjeux sous-jacents, les attentes, de produire une description du sens donné par ces personnes à leur expérience.

#### 2.4.2 Organisation et planification de la collecte de données

Les entretiens ont été menés au sein du centre d'accueil de Fedasil de Spa. La collecte des données s'est déroulée au début du mois d'août 2024. Les entretiens ont été menés dans un lieu choisi par la participante. Dans 8 cas sur 9 il s'est agi de la chambre de la participante. Un entretien en dyade a été réalisé dans un bureau.

Chaque participante a été rencontrée pour que lui soit proposé de participer à l'étude. Un délai de quelques jours a ensuite été respecté avant de reprendre contact avec la personne pour recueillir son approbation ou non de participer à l'étude.

Le mode de passation des entretiens a été le face à face suivant un degré de formalisation semi-directif, à l'appui d'un guide d'entretien (voir annexe). Ce guide s'est voulu évolutif, conformément à la nature itérative de la recherche qualitative, alimenté des apports constants des entrevues et de la littérature. Nous avons souhaité également que ce guide soit ouvert afin de le rendre propice à l'émergence de thèmes variés.

Avec l'accord des participantes, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits verbatim avant d'être soumis à l'analyse.

La dimension sociale de la recherche qualitative justifie le recours à une documentation, de type « journal de bord », qui retrace le fil de l'enquête, les contextes d'entrevue, impressions de l'investigateur, l'ambiance des entretiens. Les notes de ce guide nous ont aidés lors de l'analyse, dans sa première phase d'étiquetage en particulier, à rester autant que possible au contact des mots du vécu.

#### 2.4.3 Conduite des entretiens

La conduite des entretiens a visé les exigences posées par Kaufmann de l'« entretien compréhensif » (27) selon lesquelles il convient pour l'enquêteur de suspendre ses représentations, ses attentes, et de mener les entrevues avec l'« empathie » nécessaire au « monde à découvrir » et à la conduite d'entretiens auprès de personnes vulnérables. C'est à cette vigilance empathique qu'invitent Paillé et Mucchielli (28) pour « se laisser toucher, lâcher prise par rapport à nos catégories interprétatives impératives, et voir, comprendre, penser autrement ».

Ayant occupé la fonction d'infirmier pendant plusieurs années au sein de centres d'accueil de la Croix-Rouge de Belgique et de Fedasil, nous avons été amené à accompagner, prendre soin de femmes DPI faisant l'expérience de la maternité en Belgique. Nous en avons tiré une

connaissance subjective de ce public, utile à leur rencontre ainsi qu'à l'écoute vigilante -au sens de veiller sur- et bienveillante de leurs témoignages.

Nous avons eu le souci de veiller à la bonne information ainsi qu'à la bonne compréhension par les participantes des enjeux de cette étude. Une première information suivie d'un délai de réflexion ont été respectés. Lors de la présentation du document d'information et de consentement établi avec le concours du Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liège, une lecture consciencieuse a été effectuée, ponctuée de reformulations et, parfois, un nouveau délai de réflexion a été laissé à la participante.

Les entretiens ont été conduits avec de fréquents rappels à la possibilité d'interrompre ou de renoncer à la participation à tout moment, notamment à l'occasion de toute expression émotionnelle.

Certains entretiens ont été menés en dyade. Dans un cas, l'entretien a réuni deux femmes interrogées en même temps. Ces deux femmes, que le parcours migratoire avait rapprochées, avaient exprimé leur préférence pour un entretien commun.

L'autre situation de dyade concerne les entretiens ayant nécessité le recours à un interprète. L'interprète a été le même pour les deux entretiens réalisés à partir de la langue arabe. Cet interprète avec lequel nous avons déjà collaboré avait été briefé de manière à ce que ses traductions restituent le plus fidèlement possible la parole prononcée.

Pour une femme parlant le kinyarwanda et comprenant le français, c'est le mari qui s'est proposé comme interprète. La compréhension de la langue française par sa femme a permis de vérifier, notamment par des reformulations, la bonne traduction de ses propos.

#### **2.4.4 Traitement des données et méthode d'analyse**

Les entretiens ont été intégralement enregistrés à l'aide d'un double dispositif puis retranscrits verbatim, reprenant mot pour mot les paroles des participantes. Les retranscriptions intègrent également certains comportements ou attitudes des participantes. L'analyse du matériau s'est appuyée surtout sur les articles méthodologiques de Balard et al. (26) et Lejeune (29). C'est à ce dernier auteur que nous avons emprunté sa terminologie d'analyse.

#### **2.4.5 Critères de validité**

La validité de notre travail a reposé sur les critères retenus par Balard et al. (26) : des critères d'ordre « techniciste », la réflexivité et la triangulation.

Sur un plan « techniciste », la mise en œuvre d'un étiquetage rigoureux a été réalisée à partir des travaux méthodologiques de Balard et Lejeune qui proposent, dans leurs articles respectifs, une description du processus d'analyse riche en exemples et en « ficelles ».

Un travail de réflexivité, stimulé par nos échanges avec le Comité d'éthique, nous a conduit à prendre conscience de différents éléments ayant trait à notre posture en tant qu'enquêteur. Notre expérience antérieure auprès des femmes DPI, ainsi que notre connaissance préalable de certaines des participantes, ont eu une influence sur notre relation avec les participantes. De plus, notre appartenance à l'institution et notre profession ne sont pas neutres quant à la conduite des entretiens et à leur interprétation.

La triangulation a été effectuée selon un croisement des données issues des entretiens et de la revue de littérature, un recours à un large corpus, et une relecture des entretiens et de l'analyse par un tiers.

Enfin nous avons eu recours à la grille COREQ (30) pour évaluer la qualité méthodologique de cette étude.

### **3 Promoteur de l'étude et origine de son financement**

Aucun financement n'a été nécessaire à la réalisation de cette étude.

Le promoteur de l'étude est Mr Mbiton Joël Zina, médecin coordinateur de la Région Sud chez FEDASIL.

## **4 Aspects règlementaires**

### **4.1 Comité d'éthique**

#### **4.1.1 Échanges avec le Comité d'éthique**

L'étude entre dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. À ce titre, elle a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liège.

Après examen de la demande, le Comité a formulé trois remarques et questions auxquelles nous avons répondu. Le Comité avait d'une part souligné un biais de sélection dans le recrutement de participantes francophones exclusivement et, d'autre part, souhaitait protéger les femmes DPI face à la multiplication d'entretiens subis.

Nos réponses ont satisfait le Comité qui a donné un premier avis d'approbation. Puis, avec la possibilité offerte de recourir à des interprètes, une demande d'amendement a été introduite en vue d'inclure des participantes ne parlant pas le français. Après modification des critères d'exclusion du protocole et l'ajout d'une déclaration signée de l'interprète au document d'information et de consentement, le Comité a donné son approbation à la demande d'amendement.

Les documents relatant nos échanges avec le Comité ont été placés en annexe.

#### 4.1.2 Évaluation de la balance bénéfices-risques

Deux risques encourus par les participantes ont été identifiés. Le premier est le risque émotif (31) à l'évocation de situations difficiles vécues en Belgique. Il est à souligner qu'aucun antécédent à l'arrivée en Belgique ayant eu cours dans le pays d'origine ou pendant le parcours migratoire n'a été abordé. Si une problématique d'ordre émotionnel survenait, la participante concernée pourrait accéder à un soutien adapté par l'intermédiaire du bureau médical du centre d'accueil.

Le second risque portait sur le risque d'existence d'une relation de pouvoir asymétrique au contact des participants (32), notamment lors du recueil de consentement. Plusieurs précautions ont été prévues pour y remédier, notamment lors du recueil du consentement à l'étude qui fut vérifié de façon dynamique (en amont de et pendant l'entretien).

Notre évaluation de la balance bénéfices-risques estime que les deux risques évoqués plus hauts nous paraissent « faibles » en termes de probabilité et de gravité. Nous avons évalué ainsi les risques comme inférieurs aux bénéfices représentés par l'étude compte tenu de l'absence d'étude similaire et du bénéfice pour la population étudiée d'être incluse dans des projets de recherche, au regard des potentiels résultats et de la prise en considération des besoins des femmes demandeuses de protection internationale dans l'offre de soins.

## 4.2 Accord de FEDASIL

L'accord de FEDASIL a été obtenu pour la réalisation d'une enquête au sein des centres d'accueil.

## 5 Vie privée et protection des données

### 5.1 Information et consentement

Un document d'information et de consentement a été validé par le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liège. Il figure en annexe dans sa version 3.

### 5.2 Assurance

Cette étude bénéficie de la couverture d'une assurance (police n°45.482.838).

## 6 Exploitation des résultats et publication

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études pour l'obtention d'un master en santé publique. Si l'étude est susceptible d'intéresser au regard de son apport pour l'accompagnement et les soins des femmes DPI, elle pourrait être publiée.

Les résultats de l'étude seront communiqués aux organisations accueillant des femmes DPI.

## 7 Résultats

### 7.1 Description de la population participante

Dix femmes ont participé à cette étude. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont reprises dans le tableau en annexe.

Deux femmes ont refusé d'y prendre part. Conformément aux engagements pris dans le document d'information et de consentement, aucun motif de refus ne leur a été demandé.

La saturation n'a pas été visée dans le cadre de ce mémoire de fin d'études.

### 7.2 Analyse

L'analyse des entretiens a permis d'identifier trois catégories majeures rendant compte de l'expérience vécue des femmes demandeuses de protection internationale interrogées pour cette étude. Ces trois catégories, que sont « le trajet de précarisation », « la négation de soi » et l'appel à « une réhumanisation » -ou stratégies d'adaptation et de soutien- mettent en lumière un processus d'humanisation susceptible de concourir au processus d'empowerment. La démarche d'analyse, de l'étiquetage aux catégories, a été résumée sous forme de tableaux consultables en annexe.

L'analyse a été l'occasion d'élargir notre corpus documentaire. L'étiquetage du vécu nous a amené à enrichir notre cadre conceptuel d'apports théoriques issus des champs de la

psychiatrie et de la sociologie, à même de rendre compte de l'expérience vécue complexe et singulière qui ressort du matériau.

### 7.2.1 Le trajet de précarisation

Le trajet de précarisation ainsi catégorisé repose sur un vécu triplement *marqué* par l'inconnu et la peur, les ruptures ainsi que par un sentiment d'insécurité physique et matérielle. Nous nous inspirons ici de l'approche de la précarité proposée par le psychiatre Jean Furtos qui la rapproche de la peur de la perte :

La précarité ne doit pas être confondue avec la pauvreté. La pauvreté, c'est avoir peu, et l'on sait qu'il peut y avoir des cultures de la pauvreté ; si le mépris social s'en mêle, cela modifie la donne mais non la définition. Le seuil de pauvreté varie selon les contextes et les cultures. La précarité, c'est avoir peur : peur de perdre, mais de perdre quoi ? Nous verrons plus loin qu'il s'agit de la perte des « objets sociaux »(33).

#### 7.2.1.1 « Le rideau n'est pas encore ouvert » (F8) : vivre dans l'inconnu et la peur

Le temps de la procédure de demande de protection internationale génère le sentiment du vide et de l'inconnu : « Tu es là comme dans le néant. Tu es où ? Qu'est-ce qui va arriver ? » (F8) ou « Pour le moment je ne vois pas vraiment le futur. Je ne sais pas ce qui m'attend dehors » (F5).

Une telle incertitude, suspendue à une décision aux enjeux majeurs -la possibilité ou le refus de vivre en Belgique- peut générer une peur de l'exclusion face à la menace de tout perdre : « Je stresse, pour le moment je stresse, je ne sais pas si un beau matin on va dire « faut partir », ce que je vais faire dans la rue avec mon enfant » (F4). Ici placée face à l'anticipation catastrophique de la perte, la peur de la mère pour son enfant surgit ici encore : « Pour la deuxième grossesse, je pensais que quand l'enfant va naître dans l'asile, ça me touchait beaucoup, tu ne penses pas dans le futur. Si tu trouves le négatif, tu vas sortir avec l'enfant, où est-ce que tu vas aller, si j'ai le négatif je vais sortir avec l'enfant, donc je ne voyais pas le futur pour l'enfant » (F5).

S'ajoute le défaut de possibilité de garde alimentant le sentiment décrit d'une vie dans l'inconnu, bloquée :

Parce que quand l'enfant va à la crèche ça permet à la maman d'être libre dans la tête pour autre chose. Avec l'enfant tu ne peux rien faire. Parfois tu réfléchis pour autre chose qui peut peut-être t'aider, quand l'enfant se réveille, tu oublies, tu es sur autre

chose, tu oublies tout. Donc normalement il nous fallait une petite crèche, parce que quand l'enfant va à la crèche, tu peux au moins te battre, chercher de quoi manger mais avec l'enfant tu ne peux rien. (F7)

#### 7.2.1.2 Un parcours de ruptures

Le parcours migratoire, qui s'étire depuis le départ du pays d'origine jusqu'à l'actuelle procédure de DPI, est traversé par l'expérience de ruptures multiples. Plusieurs participantes ont ainsi rendu compte de la perte de proches, des déplacements subis et de la désillusion connue dans les pays d'accueil :

Mais le plus difficile, quand j'étais en Grèce, je suis restée deux mois, j'ai pris les documents. Là-bas c'est très facile. Après ça ils nous ont jetés dans la rue, on est resté sous une tente, on a acheté des tapis et on a dormi dans une tente. Il y avait du bruit, du froid. Après ça j'ai reçu la nouvelle de la mort de mes deux frères morts dans la dernière guerre (F6).

Ces pertes et désillusions, et particulièrement la rupture familiale, produisent un vécu de grossesse où il est nécessaire de s'en sortir seule :

Un espace où je suis avec la famille, on est beaucoup là-bas donc même si je suis malade les mauvaises choses ça passe mais ici je suis seule dans la chambre tout le temps avec mon enfant, donc c'était un peu difficile et jusqu'à maintenant c'est le cas c'est pas facile [...] chez nous si tu es enceinte tu es entourée de toute la famille. Même si tu n'as pas l'aide médicale ou scientifique, au moins même si tu as ta mère ou ta tante elles sont là-bas avec toi et même si c'est des médicaments traditionnels on t'aide un peu mais au moins tu as de gens avec qui tu peux rester, tu côtoies quoi... (F2).

L'absence de la mère, figure de réassurance pour cette participante, éclaire sur ce vécu de rupture avec la famille : « j'ai peur et puis ma mère n'est pas là » (F2).

#### 7.2.1.3 Subir son alimentation et son logement

Deux « objets sociaux » (33)<sup>4</sup> qui relèvent de l'existence matérielle et quotidienne concentrent la majorité des préoccupations exprimées par les informatrices interrogées : l'alimentation et le logement. Pour les femmes enceintes, l'alimentation semble *subie* et ne répond pas aux

---

<sup>4</sup> Pris ici au sens donné par Furtos : « C'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la pension de retraite, le logement, la formation, les diplômes, les troupeaux, les biens. On peut les avoir perdus ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social est une forme de sécurité ».

besoins ressentis : « ici vraiment je n'ai pas eu la nourriture conforme, qu'il faut pour une femme enceinte. Ce que je voulais je ne le trouvais pas » (F5), ou encore : « une autre chose très difficile pour les femmes enceintes dans le centre : la nourriture. La femme enceinte ne peut pas tout manger ? Je réserve la cuisine, cuisine ce que je veux manger. [...] C'est une chose très difficile si tu n'as pas le choix » (F6).

Nous relevons ici l'importance de l'absence du choix dans l'alimentation et la non rencontre entre les besoins de la femme enceinte et la nourriture proposée par le centre. , qui revêt une importance particulière dans la conceptualisation de l'*empowerment* notamment chez Kabeer (34). Ici la possibilité de choisir son alimentation relève d'un choix de « second ordre », qui concerne la qualité de vie, et non d'un choix de « premier ordre » défini par Kabeer comme des « choix de vie stratégiques, tels que le choix « du lieu de vie, de se marier, de la personne épousée, d'avoir ou non des enfants ».

Le logement rassemble aussi de nombreuses préoccupations, qu'il soit difficile d'accès, mal ventilé ou infesté par des nuisibles : « et puis c'est une petite chambre pour l'instant. Le centre a promis que j'allais changer de chambre lorsque j'accoucherai. Il y a beaucoup de cafards » (F6) ; « ça me fatigue je peux mettre presque un quart d'heure pour pouvoir monter. Ça me fait mal au dos, et puis je suis dans la chambre avec la chaleur maintenant, même quand y a le ventilateur mais la nuit je n'arrive pas à dormir tellement qu'il fait trop chaud » (F2).

## 7.2.2 La négation de soi

### 7.2.2.1 L'inhibition

Pour proposer une catégorie de certains vécus de minimisation ou d'empêchement, nous empruntons le concept d' « inhibition » à Jean Maisondieu au sens que : « la paralysie de la pensée et l'anesthésie des sentiments que réalise l'inhibition affectivo-cognitive soulagent sa souffrance d'exclu, mais lui interdisent de se mobiliser pour sortir de l'exclusion » (35).

Les participantes ont témoigné d'attitudes catégorisées comme d'inhibition, rencontrées notamment chez deux participantes qui emploient chacune l'expression « faire avec » : « tu peux pas te permettre aussi. C'est un peu difficile, donc tu es obligée de faire avec » (F1) et « je prends sur moi-même si j'ai mal je fais avec, ça passe » (F2).

Autre marqueur du phénomène d'inhibition, nous proposons la propriété d'*euphémisation des contraintes*, souvent perçue dans l'expression de plaintes telles qu'ici « juste un peu de fatigue et voilà quoi. Et un peu de stress » (F1), ou encore ici, lorsque la participante évoque

l'erreur d'identité comme une « petite légèreté », commise à deux reprises par son médecin et dont les conséquences auraient pu être « un peu catastrophiques » : « j'ai vu en ça une petite légèreté surtout en ce qui concerne l'état émotionnel que moi j'avais et la situation par laquelle je passais à ce moment donc pour moi ça aurait été un peu catastrophique d'avoir un résultat et d'avoir le contraire par la suite » (F3).

Cette inhibition se traduit par des situations de *non demande* d'aide et de soins. Lorsque la question de l'aide possible est soulevée auprès d'une femme évoquant son anxiété et sa peur vécus, malgré la connaissance des soins psychologiques, l'informatrice déclare ne jamais « avoir cherché à savoir » (F4) s'il était possible d'en faire la demande. « Puisque je parle pas beaucoup, je sors pas beaucoup, c'est pourquoi j'ai jamais cherché à connaître, s'il peut y avoir quelqu'un qui peut me renseigner » (F4). Une participante raconte avoir demandé un rendez-vous chez le dentiste depuis quatre mois, et attendre depuis sans en refaire la demande : « Le plus mauvais sentiment, c'est que chaque jour je dois aller à la réception regarder s'il y a un rdv ou pas, et ça fait quatre mois que j'attends » (F6). La relation, vécue pour elle comme un risque, induit une stratégie d'évitement : « je ne connais personne ici dans le centre, je ne veux pas avoir de relation ici et prendre le risque. J'attends seulement la décision ». (F6)

#### 7.2.2.2 Une vie aux marges.

Dans le dossier « Pour une sociologie des frontières de l'humanité »(36), Rémy et Winance énoncent la perspective de « décrire les processus de dégradation identitaire qui peuvent entraîner *in fine* une altération de l'humanité » et tracent de nouvelles « frontières d'humanité (qui) s'éprouvent sous la forme d'épreuves sans cesse renouvelées ». Cette approche en sociologie nous semble à rattacher à la « vie aux marges » éprouvée et manifestée par les participantes.

Les participantes à notre étude ont témoigné de sentiments de frontières entre l'avenir et le maintenant, le dedans et le dehors, entre moi et l'autre, à l'instar de cette participante qui se refuse à franchir la frontière de sa chambre : « Non, je reste ici, je veux rester moi-seule, J'attends seulement la décision, et je ne sais pas ce que le futur nous cache » (F6).

L'une d'elle partage son sentiment d'enfermement : « peut-être que ça vient de moi mais je vais dire je me sens enfermée parce que je ne peux aller nulle part » (F1). Une autre évoque sa vie recluse : « je reste dans la chambre, je prends sur moi-même si j'ai mal je fais avec, ça passe (F2).

L'absence des enfants restés au pays, situation qui concerne 4 des 10 femmes interrogées, est source d'une souffrance et d'une culpabilité qui assignent à rester seule, comme chez cette participante : « mes filles maintenant sont dans les rues là-bas. Personne ne peut prendre soin d'elles. Après tout ça j'ai choisi de rester ici seule et avec moi-même seulement » (F6), ou encore chez cette autre femme :

En ce qui concerne ma grossesse et la maternité, c'était beaucoup plus comme si je m'en voulais parce que j'ai d'autres enfants qui n'étaient pas avec moi et que je portais un autre à qui je devais consacrer un amour que je sentais pas équilibré avec les autres, donc je voulais pas partager, je voulais beaucoup plus être recasée dans mon coin (F3).

Ramenée à sa propre altérité, au sentiment de frontière entre « moi et l'autre », une participante témoigne ressentir faire l'objet d'une inégalité de traitement, instaurant une limite entre elles et les « ceux qui sont bien » lors de l'évocation d'un regroupement des femmes, opéré par la maternité selon leurs origines ethniques :

Ils ne nous prennent pas...parce que j'ai vu la différence, sur d'autres qui étaient belges, ceux qui sont biens. Nous quand on n'a pas les papiers, nous les Africains on a nos endroits qu'on nous met, on nous mélange pas avec les Belges. C'est un constat que j'ai fait. J'étais même allé rendre visite à une femme qui avait accouché, là où je l'ai vue elle était toujours avec ou bien les arabes, ou bien les africains. Excuse-moi de dire arabes.

### 7.2.3 Se réhumaniser : stratégies d'adaptation et de soutien

Ici les femmes témoignent de « ce qui s'apparente à une compétence d'acteur minimale ou bien encore à une reconnaissance première accordée par la « Cité » qui constituerait le point de départ d'une vie sociale : l'appartenance à une « commune humanité » (36), compétence d'acteur à l'origine du processus d'empowerment.

#### 7.2.3.1 Prier, tenir et espérer

Dans les ressources individuelles évoquées par les femmes, notamment parmi les participantes vivant recluses dans leur chambre, la prière a été fréquemment évoquée comme par exemple chez celle-ci : « je restais en prière, je me confiais au seigneur parce que c'est lui qui a la force, je lui demandais de me donner la force parce que tout ce qui arrive, il connaît la solution » (F7), ou chez une autre participante qui définit la prière comme « la meilleure thérapie » (F4).

Des attitudes de combativité sont également revendiquées comme porteuses de changement, de dépassement de soi et de réussite. Une informatrice qui a dû faire preuve de persévérance

pour obtenir une ceinture lombaire, témoigne de sa ténacité : « je partais au (bureau) médical tout le temps. Et on l'a trouvée. Mais c'était pas facile pour l'avoir. Ma gynécologue et moi on a insisté beaucoup » (F7) ou également chez cette participante : « il avait été dit par mon gynécologue qu'elle allait me rencontrer six semaines après et quand je suis allé pour prendre rendez-vous (mais) c'était pas encore fait donc j'ai dû marcher plusieurs fois au médical » (F3). Des attitudes qui produisent parfois des effets d'autonomisation à travers l'apprentissage ou le réapprentissage de la capacité à agir :

Voilà une navette n'est pas venue me chercher je ferais tous les efforts, je sais que je peux dorénavant appeler si je ne trouve pas, moi-même je peux prendre le téléphone et, maintenant quand je sais que j'ai un rendez-vous je fais l'effort d'avoir moi-même mon propre crédit, et d'avoir le numéro du chauffeur et quand il m'accompagne je prends la carte de visite, genre je peux moi-même lui sonner pour ne pas toujours avoir besoin de l'aide de l'autre. Si ce jour-là j'avais cette idée, j'avais ces connaissances-là...(F3)

Avec l'espoir d'une vie meilleure, une anticipation positive donne aussi le courage de continuer : « une fois nous avons trouvé nos filles dans les décombres d'une maison. Cela me soutient, que mon bébé aura une vie meilleure qu'elles » (F6), ou « ça m'a donné la force de lutter toujours avec la vie, être positive, qu'il peut y avoir quelque-chose de bon qui peut venir après le mauvais » (F5), et parfois vient la possibilité de se projeter et de s'approprier un possible avenir : « parce que moi aussi je projette, je projette pas seulement rester à suivre des rendez-vous, je veux aussi passer à une étape et pouvoir faire quelque chose vraiment qui me fasse avancer » (F3).

7.2.3.2 Se sentir reconnue :« l'envie de soi-même » (F1).

Le sentiment de reconnaissance semble passer par l'attente de venir à soi, d'une rencontre, comme proposée par l'ONE, à l'occasion d'un atelier réalisé au centre : « il y a un groupe de femmes qui sont venues et elles nous avaient un peu expliqué de tout » (F1) ou du suivi à domicile réalisé dans la chambre des participantes :

Le suivi ONE, voir le fait que quelqu'un vienne au domicile, s'occuper du bébé, savoir comment le bébé se porte, déjà psychologiquement ça apporte une très grande confirmation d'humanisme. Parce que c'est ça qui fait de nous ce que nous sommes. Si quelqu'un vous prend en considération, ça veut dire qu'il vous accepte tel que vous êtes. Il essaie de vous traiter, de vous apporter le meilleur des soins, qu'il puisse vous aider à vous sentir mieux. Je pense que c'est l'une des choses qui m'a permis de vraiment passer cette étape de maternité, de césarienne, vraiment je me suis sentie accompagnée. Je veux vraiment remercier et suis reconnaissante. (F3)

Nous retrouvons cette même attente de venir à leur rencontre à la fin d'un entretien lorsque spontanément une femme :

Je voulais rajouter que ça (l'entretien) c'est une occasion. Si Fedasil faisait pas seulement avec cette opportunité qui vient comme ça, si Fedasil organisait des visites comme ça [...] d'approcher les mamans en difficulté comme ça, leur demander leurs besoins, ça aurait été constructif. Même si on ne disait pas ses besoins clairement, Fedasil devrait faire le premier pas de venir vers les mamans en difficulté, leur demander qu'est-ce que vous avez besoin pendant la grossesse, qu'est-ce qu'il vous faut ? (F5)

#### 7.2.3.3 Recréer un entourage

L'une des aspirations importantes des femmes est celle d'éprouver ou de reformer un entourage, autour d'elle et de leur enfant, comme chez cette participante qui évoque le soutien de sa psychologue, du bureau médical et d'autres collaborateurs de Fedasil : « là ça me réjouissait, je me sentais vraiment entouré de personnes, de personnes qui voient en l'être la valeur de l'être » (F3). Et quand le téléphone permet de rompre la distance : « je ne me laissais pas aller, ni à mes problèmes, rien. Parfois j'entendais la voix de mes enfants au téléphone, ça me remontait aussi en plus » (F7). Et nous percevons également chez cette participante un appel à se sortir de son isolement : « j'aimerais avoir le soutien de l'entourage » (F5).

Autre manière de reconstituer un entourage, l'appel à pouvoir recourir à un lieu de garde a été évoqué par une deuxième informatrice avec cette fois une finalité différente : « s'il y avait une grande pièce, avec des fournitures, des jeux, un tapis, ce serait bien pour les enfants. Les autres mamans pourraient rester ensemble » (F10). Ici, la garderie assumerait une fonction de lieu de sociabilité par le rapprochement des femmes en un même lieu, plutôt qu'une fonction émancipatrice -comme évoqué par une première informatrice- d'une garde d'enfant qui offrirait à la mère la possibilité de s'inscrire à une formation, chercher du travail, etc.

Enfin la place importante du mari a été soulignée à plusieurs reprises. Le mari est parfois le seul soutien de la femme enceinte : « mon mari, c'est mon support, mon soutien » (F9) ; « quand j'ai eu certaines difficultés, c'est la première personne qui me secoure, qui est toujours là en fait » (F3)

#### 7.2.3.4 Sortir du silence

Dans le processus de *réhumanisation*, nous avons relevé le rôle de la parole, prise dans ses fonctions d'apaisement, de revendication, voire de libération.

La prise de parole peut être vécue comme impossible dans un contexte hospitalier, comme le déclare cette participante : « tu es frustrée, gênée, tu n'as pas de parole. Tu ne travailles pas, c'est parce que on n'a pas les papiers, on a la peau noire » (F7), ou prendre une tournure revendicatrice : « nous les mères des enfants ici (au centre), on a parlé de ça (la garderie). On est allé à l'accueil dire qu'on veut voir le directeur. Ils nous ont dit qu'on va trouver la solution » (F7).

Une participante évoque quant à elle les paroles apaisantes et rassurantes d'une mère absente : « même par exemple à mon premier bébé elle m'a dit que si elle était là elle allait me prendre, me donner des mots, du courage, car c'est pas facile c'est vrai » (F2), ou encore : « j'ai peur et puis ma mère n'est pas là par exemple, si la douleur commence au moins si elle était là elle me soulagerait avec des mots » (F2)

Ce sont aussi les paroles échangées avec le psychologue qui renforcent : « oui ça m'a aidé surtout quand je fais des séances avec elle, si je reviens je me sens en forme, je me sens relaxée. J'ai la force de continuer » (F2), ou participent au changement, aident à aller de l'avant : « oui, depuis que j'échange avec le psychologue j'ai beaucoup avancé dans ma manière de faire, dans ma manière d'accepter la chose en fait. [...] Je me suis sentie un peu ouverte à parler de bcp de choses que j'avais déjà enfouies en moi » (F3).

Enfin, au terme de deux entretiens, c'est la vertu libératrice de la parole qui a été mise en avant : « je dirais déjà que cette conversation m'a permis d'être ouverte, de pouvoir dire ce que je pense, de me libérer un peu... » (F3) et « bien sûr, moi ça me rassure, j'ai dit ce qu'il fallait. Je me sens libérée, j'ai dit ce qu'il fallait. Je me sens bien » (F1).

#### 7.2.4 Thèmes secondaires

Certains thèmes jugés « secondaires » au regard de notre question de recherche ont été identifiés lors de l'analyse.

##### 7.2.4.1 Comparaison aux normes sanitaires du pays d'origine

Certaines participantes ont comparé l'offre de soin belge à celle de leurs pays d'origine, comme ici : « S'il fallait décrire et faire une évaluation je dirais bien, parce que malgré tout le suivi a été impeccable. Les soins encore plus développés. Y a des choses qui ont été prises de façon très minutieuse » (F3), ou : « Je dirais que c'est différent de l'Afrique, puisque j'avais dit ça à la sage. C'est la première fois que j'ai accouché dans de bonnes conditions. Je félicite. Sans argent, vraiment ils s'occupent bien » (F8), ou encore : « Ah je définirais que c'est mieux

par rapport à chez nous [...]c'est vrai que c'est pas facile mais ici au moins on prend soin des femmes enceintes, on nous donne tout ce qu'on veut ».

#### 7.2.4.2 Les représentations des soins

Les représentations des soins construites à partir des vécus culturels et expérientiels des participantes induisent des affects négatifs puissants, comme chez cette femme à propos de la césarienne : « au départ quand on m'a parlé d'une césarienne j'étais plongée dans la peur parce que quand on entend une opération c'est une situation très catastrophique » (F3) ou chez cette autre femme face au risque de l'accouchement : « l'accouchement c'est quelque chose, faut te dire « tu vas revenir ou pas ». Chez nous en Afrique il faut te mettre ça dans la tête » (F8)

## 8 Limites, perspectives et conclusion

### 8.1 Limites

#### 8.1.1 Réflexion éthique et biais d'asymétrie de pouvoir

La connaissance préalable de certaines des personnes enquêtées induit un biais d'asymétrie de pouvoir qui est aussi un risque d'éthique pratique. De par le statut des femmes DPI, une asymétrie de pouvoir peut toujours s'instaurer dans la relation qui unit l'enquêteur et la participante. Malgré l'ensemble des précautions prises, nous ne pouvons exclure totalement ce biais qui interroge la validité du consentement ainsi recueilli. Ce biais risque également de nuire à qualité conversationnelle de l'entretien lors duquel l'enquêteur doit veiller, selon Kaufmann, à « rompre la hiérarchie »(27).

#### 8.1.2 Biais de désirabilité sociale

La connaissance de certaines participantes induit un autre biais, celui de la désirabilité sociale. Cette relation pourrait induire une attitude consistant à donner un témoignage positif ou à atténuer certains aspects de leurs vécus négatifs. Ainsi nous nous sommes interrogés par exemple sur l'influence de ce biais dans ce que nous avons nommé l' « euphémisation des contraintes ».

#### 8.1.3 Biais de sélection

Bien que nous ayons pu inclure des participantes ne parlant pas le français, réduisant le risque de biais de sélection, nous n'avons pas pu accéder à des femmes issues d'autres aires culturelles que l'Afrique et le Moyen-Orient.

#### 8.1.4 Le travail avec l'interprète : le statut du matériau et la conduite de l'entretien.

Tandis que les entretiens en français ont été retranscrits verbatim, le matériau énoncé par l'interprète a été corrigé lors sa retranscription, puisque les tournures erronées sont imputables à l'interprète et non à la participante. Du reste, un recul supplémentaire sur ce matériau est à prendre, notamment face à la tentation de relever des étiquettes in vivo (29), qui ne sont pas l'expression directe de la participante.

En ce qui concerne la conduite d'un entretien avec un interprète, il est nécessaire de prendre certaines dispositions en amont de l'entretien en précisant le contexte de l'entretien, ses buts, ainsi que l'informer et recueillir son accord préalable à sa contribution. Au cours du briefing précédent les entretiens, nous avons en outre souligné l'importance de traduire au plus près des mots employés par les participantes.

Pendant l'entretien, nous avons eu le souci de regarder la personne interrogée et non l'interprète. Cette attitude apparaît essentielle pour qu'une relation puisse se nouer entre l'enquêteur et la participante et que le premier puisse faire sentir à la seconde tout l'intérêt que représente son témoignage et soit en mesure de la « mettre en confiance »(27).

## 8.2 Discussion et perspectives

### 8.2.1 Confrontation avec les données de la littérature

La catégorie « vivre dans l'inconnu » identifiée auprès de nos participantes renvoie partiellement à celle de « vivre dans l'attente » élaborée par Elsa Meerts (37). Un aspect original de nos résultats, par rapport à cette enquête réalisée également au sein d'un centre d'accueil, est l'identification de mécanismes d'isolement des femmes DPI dès la grossesse.

Cette situation d'attente, du fait de la situation sociale et administrative indéfinie des femmes DPI, évoque le « temps interstitiel, une période qui se situe entre deux moments de leur vie » chez Tisato. Notre étude pourrait suggérer d'étendre la notion de « temps interstitiel » à celle d'espace pour caractériser d'interstices les chambres où vivent dans la solitude ces femmes privées de relation avec le dehors.

Notre matériau ne nous permet pas de faire la lumière sur ce processus mais nous pouvons énoncer certaines hypothèses que nous croyons pouvoir faire l'objet d'investigations ultérieures.

- Hypothèse d'une auto-assignation statutaire.

- Hypothèse de processus pathologiques tel que le syndrome dépressif.

L'absence des mères des femmes DPI péniblement ressentie, soulevée dans notre enquête, avait déjà été relevée dans la littérature, notamment par Mestre (38) dans une étude qui s'intéressait aux conséquences de l'absence de leurs mères sur les compétences des femmes migrantes.

Ajoutons aussi que les situations de « non-demande » d'aide et de soin évoquées par les participantes vont dans le sens des hypothèses de soins retardés ou non accédés proposées par certaines études (9–11) pour souligner l'excès de risque de complication chez les mères migrantes.

Les travaux d'Isabelle Aujoulat ont mis en évidence un processus d'empowerment décrit « à partir de la perception d'un sentiment d'insécurité et de menace identitaire » (39). Les phénomènes de précarisation et de négation de soi identifiés chez les femmes DPI en situation de maternité pourraient s'apparenter au double sentiment identifié auprès de personnes atteintes de maladies chroniques. Aujoulat a souligné notamment les expériences de « pertes de contrôle multiples » et de « changement de rôles sociaux », vécus chez les femmes DPI dans le rapport à l'alimentation subie ou les processus d'isolement social.

L'émergence active d'un processus d'empowerment pris au sens d'Aujoulat comme « sentiment de maîtrise relative (pouvoir d'agir) et sentiment de cohérence (pouvoir d'être) » trouve écho dans certaines expériences vécues par les participantes : la place de la parole prise -ou reprise- à l'occasion de revendications, la prière comme support spirituel et soutien existentiel.

## **8.2.2 Perspectives de santé publique**

### **8.2.2.1 L'accès aux soins**

Dans une perspective de santé publique, l'importance accordée par plusieurs participantes aux soins à domicile, d'être reconnue dans le soin « qui vient à elles », nous semble à explorer. Il serait opportun de mener une réflexion autour de projets de soins portés vers ce public, dans son lieu de résidence, à l'instar de projets pensés pour accéder à des publics non demandeurs de soin existants dans d'autres secteurs tels que la toxicomanie ou la psychiatrie. L'ONE intervient déjà au domicile de la femme DPI après l'accouchement. Des visites anténatales seraient-elles envisageables ? Une telle approche pourrait concourir notamment à limiter le problème de retard d'accès aux soins pointé dans la littérature comme une hypothèse au risque de complication augmenté chez les femmes migrantes.

#### 8.2.2.2 Soutien à la parentalité/maternité

L'attente d'une solution de garde pour les enfants a été soulevée dans les entretiens. Si de rares centres<sup>5</sup> ont pu développer en interne une garderie, cette situation est loin d'être la norme. Une réflexion à grande échelle sur l'offre de garde d'enfants serait à mener afin de fournir équitablement à l'ensemble des mères et pères DPI la possibilité de faire garder leur enfant. Un tel lieu aurait une fonction de sociabilité entre parents et pourrait offrir aux femmes DPI non seulement l'opportunité de poursuivre une formation ou de travailler mais aussi de prendre du repos ou d'être soutenues.

#### 8.2.2.3 Renforcer le volet communautaire et le capital social

Une autre perspective digne d'être renforcée serait l'approche groupale des soins et activités de prévention et promotion de la santé. À l'instar du groupe organisé au sein du centre avec l'ONE mentionné par une participante, ce type d'intervention pourrait contribuer à faire sortir de l'isolement certaines femmes DPI en mobilisant un soutien communautaire. Nous proposons ici, à titre d'exemple, la possibilité de participer à des groupes de préparation à l'accouchement. De tels groupes, actuellement non accessibles aux femmes DPI<sup>6</sup>, pourraient être facteur de sociabilité et d'insertion.

#### 8.2.2.4 Mobiliser les ressources personnelles

Les projets en prévention et en promotion de la santé doivent impliquer les femmes DPI dans leur élaboration. Les attentes en terme de consultation et d'association aux projets institutionnels ont été formulées dans les entretiens, laissant penser à un sentiment d'« inaudibilité » des femmes DPI. L'inadéquation entre certains services ou soins et leurs besoins implique aussi de répondre à la demande de valorisation des expériences antérieures, et notamment de maternité.

### 8.3 Conclusion

Cette étude nous a permis d'explorer le vécu de maternité des femmes demandeuses de protection internationale au regard du processus d'empowerment conceptualisé par Isabelle Aujoulat. À l'issue de l'analyse du matériau recueilli, nous avons pu dégager trois catégories. Les deux premières, « trajet de précarisation » et « négation de soi », rendent compte du vécu

---

<sup>5</sup> Le centre de Nonceveux de la Croix-Rouge de Belgique dispose par exemple de ce type de dispositif.

<sup>6</sup> Excepté pour certains sous-groupes de femmes DPI présentant des vulnérabilités spécifiques telles que les femmes ayant été victimes de mutilations génitales féminines.

négatif dont témoignèrent les femmes DPI. La troisième catégorie, qui reprend les stratégies d'adaptation et de soutien, donne des indications sur les changements pouvant permettre de restituer aux femmes DPI leur « pouvoir d'agir » et leur « pouvoir d'être », selon une définition proposée par Aujoulat. Trois leviers potentiels à l'empowerment ont ainsi été relevés : des attitudes de force et de positivité, la reconstitution d'un entourage et le pouvoir de la parole. Cette étude a identifié, dans une perspective de santé publique, plusieurs opportunités de changement qui pourraient permettre de rencontrer les besoins des femmes DPI en situation de maternité et de soutenir leur empowerment à travers une réflexion sur l'accès aux soins, un soutien à la parentalité, le renforcement du volet communautaire et du capital social et la mobilisation des ressources personnelles.

## 9 Références bibliographiques

1. État de la migration dans le monde 2022 [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 27]. Available from: <https://publications.iom.int/books/rapport-etat-de-la-migration-dans-le-monde-2022>
2. Convention relative au statut de réfugié [Internet]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-relating-status-refugees>
3. CGVS [Internet]. [cited 2024 Aug 16]. La procédure d’asile. Available from: <https://www.cgra.be/fr/asile>
4. Mescoli E. La Belgique face à la crise migratoire : analyse critique de l’accueil. *Pensée Plurielle*. 2021;54(2):95–106.
5. LOI - WET [Internet]. [cited 2023 Dec 28]. Available from: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table_name=loi)
6. Fedasil - les centres d’accueil. [cited 2023 Dec 11]; Available from: <https://www.fedasil.be/fr/les-centres-daccueil>
7. Demandeurs d’asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/demandeurs-dasile-options-pour-un-acces-plus-equitable-aux-soins-de-sante-une-consultation-des>
8. HCR [Internet]. [cited 2023 Dec 29]. Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants. Available from: <https://www.unhcr.org/fr/declaration-de-new-york-pour-les-refugies-et-les-migrants>
9. Carolan M. Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery*. 2010 Aug 1;26(4):407–14.
10. Sturrock S, Williams E, Greenough A. Antenatal and perinatal outcomes of refugees in high income countries. *J Perinat Med*. 2021 Jan 26;49(1):80–93.
11. Malebranche M, Norrie E, Hao S, Brown G, Talavlikar R, Hull A, et al. Antenatal Care Utilization and Obstetric and Newborn Outcomes Among Pregnant Refugees Attending a Specialized Refugee Clinic. *J Immigr Minor Health*. 2020 Jun 1;22(3):467–75.
12. Harakow H, Hvidman L, Wejse C, Eiset AH. Pregnancy complications among refugee women: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 Apr;100(4):649–57.
13. Verschuuren AEH, Postma IR, Riksen ZM, Nott RL, Feijen-de Jong EI, Stekelenburg J. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 25;20:320.

14. Eslier M, Azria E, Chatzistergiou K, Stewart Z, Dechartres A, Deneux-Tharaux C. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023 Jun;20(6):e1004257.
15. Sudhinaraset M, Kolodner RA, Nakphong MK. Maternity Care at the Intersections of Language, Ethnicity, and Immigration Status: A Qualitative Study. *Womens Health Issues.* 2023 Nov 1;33(6):618–25.
16. Bohren MA, Iyer A, Barros AJD, Williams CR, Hazfiarini A, Arroyave L, et al. Towards a better tomorrow: addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2023 Dec 6 [cited 2023 Dec 15];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00357-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00357-7/fulltext)
17. Martuccelli D. Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie. *Sociologie.* 2015;6(1):43–60.
18. Mc Mahon A, Feldman M, Rousseau C, Moro MR. Enfant persécuteur ou enfant sauveur ? Quand trauma et migration s'amalgament à l'ambivalence de la mère dans la relation à son bébé. *Santé Ment Au Qué.* 2020;45(2):79–95.
19. Camara H, Radjack R, Klein A, Di C, Moro MR. Apprendre de la vie des mères. Approche transculturelle. *J Psychanal Enfant.* 2016;6(2):151–72.
20. A concept analysis of empowerment - Gibson - 1991 - *Journal of Advanced Nursing* - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2024 Jun 29]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
21. Gross O. L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? *SANTE EN ACTION.* 2020 Sep;(n° 453):20–2.
22. Sen A. Development as Freedom. *Res Publica Liverp Engl.* 1999;10(2):193–205.
23. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns.* 2007 Apr 1;66(1):13–20.
24. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, securite et coherence identitaire. 2007.
25. Fortin Marie Fabienne. *Fondements et étapes du processus de recherche.* 2e édition. Montréal: Chenelière Education; 2010.
26. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cited 2023 Dec 30]. p. 167–85. (Collection U). Available from: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>

27. Kaufmann JC, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Nathan; 1996. (Collection 128. Sociologie; 137).
28. Paille P, Mucchielli A. L'analyse Qualitative En Sciences Humaines Et Sociales - 5E Ed. Armand Colin; 2021. (Sciences humaines & sociales).
29. Lejeune C. Chapitre 3. Étiqueter : des propriétés aux catégories. In: Manuel d'analyse qualitative [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cited 2023 Dec 30]. p. 61–100. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.). Available from: <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582-p-61.htm>
30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
31. Clark-Kazak C. Considérations en matière d'éthique de la recherche auprès de personnes en situation de migration forcée. *Refuge Can J Refug*. 2017 Nov 3;33(2):3–10.
32. Caldairou-Besette P, Vachon M, Bélangier-Dumontier G, Rousseau C. La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. *Rech Qual*. 2017;36(2):29–51.
33. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Carnet PSY*. 2011;156(7):29–34.
34. Kabeer N. Réflexions sur la mesure de l'« empowerment » des femmes. In: Verschuur C, Reysoo F, editors. Genre, pouvoirs et justice sociale [Internet]. Genève: Graduate Institute Publications; 2003 [cited 2024 Aug 9]. p. 253–74. (Cahiers genre et développement). Available from: <https://books.openedition.org/iheid/5686>
35. Maisondieu J. L'exclusion : un processus mortel. *Études Sur Mort*. 2002;122(2):85–91.
36. Rémy C, Winance M. Pour une sociologie des “frontières d'humanité.” *Politix*. 2010;23(90):9.
37. Meert E. Vivre (dans) l'attente. Une ethnographie d'un centre d'accueil collectif pour demandeur·se·s de protection internationale à Liège, avec un focus sur l'expérience des femmes.
38. Mestre C. Mettre au monde loin de sa mère. Comment les femmes migrantes utilisent-elles leurs compétences en migration ? *L'Autre*. 2004;5(3):455–8.
39. Aujoulat I. Chapitre 11. De l'analyse descriptive à la théorisation. Apports de la phénoménologie et de l'analyse par théorisation ancrée à la compréhension du processus d'empowerment des patients. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cited 2024 Aug 10]. p. 199–211. (Collection U). Available from:

<https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-199.htm>

## ANNEXES

Annexe 1 : représentation schématique de la demande de protection internationale

Annexe 2 : guide d'entretien

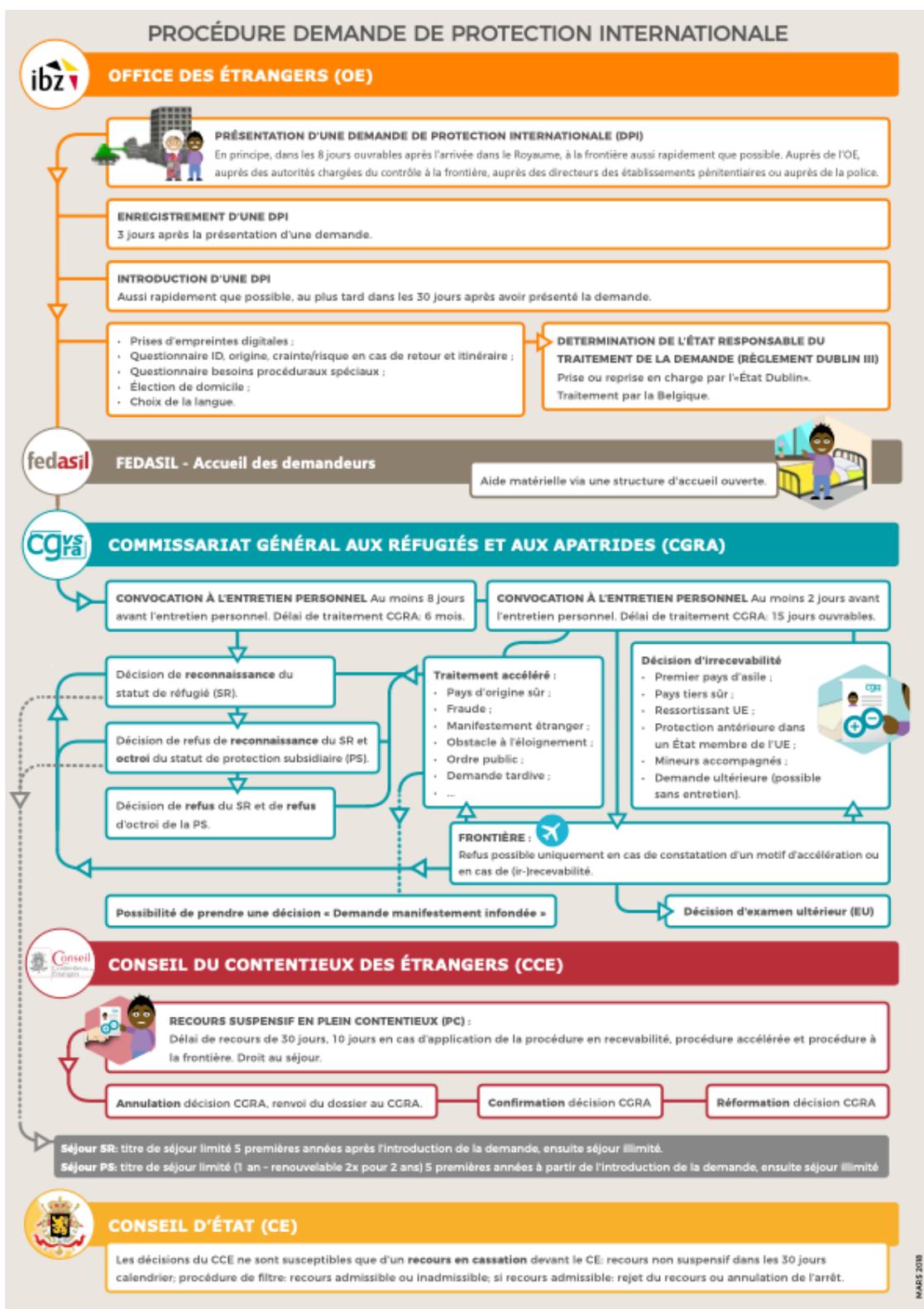
Annexe 3 : document d'information et de consentement

Annexe 4 : échanges avec le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liège

Annexe 5 : tableau de présentation de l'échantillon

Annexe 6 : démarche d'analyse

Annexe 1 : représentation schématique de la demande de protection internationale (source : CGRA)



## Annexe 2 : guide d'entretien

### - GUIDE D'ENTRETIEN -

Titre de l'étude : « Empowerment et expérience de la maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique »

Date de l'entretien : .....

#### Présentation et introduction

« Bonjour,

Je suis étudiant en Master en sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette enquête. Votre contribution est précieuse. Comme je vous l'ai expliqué, cette étude a pour objectif de mieux comprendre votre vécu de maternité afin de mieux connaître vos besoins ».

- Présentation du document d'information et de consentement
- Rappel concernant la gestion des données (confidentialité, conservation, analyse)
- Rappel des objectifs de l'enregistrement
- Lancement de l'enregistrement

Notre entrevue se déroulera comme une discussion à partir de questions ouvertes.

Un guide d'entretien a été établi à partir des travaux d'Isabelle Aujoulat dont les recherches portent sur le vécu d'empowerment de patients. Ce guide propose des questions assez larges pour nous permettre d'échanger autour de thèmes variés.

Il se compose de deux parties : d'abord nous aborderons votre perception de situations difficiles puis nous nous intéresserons à la manière dont vous avez surmonté ces épreuves.

Je tiens à vous rappeler que vous pouvez renoncer à participer à ce projet de recherche à tout moment et que rien ne vous oblige à répondre à l'ensemble des questions.

Il n'y a pas de mauvaise réponse.

N'hésitez pas à me demander de reformuler, d'expliquer la question.

Avez-vous à ce stade des questions ? Pouvons-nous commencer l'entretien ? »

#### Partie I. Données socio-démographiques

- Nom :
- Prénom :
- Âge :
- Pays d'origine :
- Niveau d'éducation/formation :
- Situation familiale :
- Nombre d'enfants :
- Statut de la demande de protection internationale (par ex en cours, acceptée, refusée) :
- Durée de séjour en Belgique :
- Connaissance des langues parlées en Belgique :

## Partie II. Situations difficiles au départ du processus d'empowerment

### Perception et signification de vécus négatifs

1. Pouvez-vous me parler des moments difficiles que vous avez rencontrés pendant votre grossesse ou depuis la naissance de votre enfant ?
2. Comment ces situations ont-elles affecté votre quotidien et votre bien-être ?
3. Quels types de difficultés avez-vous rencontré (par exemple accompagnement au centre d'accueil, soins en maternité, soins ambulatoires, etc.) ?
4. Quels ont été vos sentiments et vos réactions face à ces situations ?

### Partie III. Stratégies et aides identifiées

#### A. Dimension interpersonnelle

1. Quelles personnes ou organisations vous ont soutenu pendant ces moments difficiles ?
2. Comment ces soutiens vous ont-ils aidé à surmonter ces moments éprouvants ?

#### B. Dimension intrapersonnelle

1. Quelles ressources personnelles avez-vous mobilisé pour surmonter ces difficultés ?
2. Avez-vous constaté des changements positifs opérés en vous suite à ces expériences ?  
Si oui, lesquels ?
3. Quelles stratégies avez-vous développé pour faire face aux défis associés à votre maternité et à votre statut de demandeuse de protection internationale ?

### Partie IV. Expérience de la maternité

1. Comment définiriez-vous votre expérience de la maternité en Belgique
2. Quels sont, selon vous, les aspects positifs et négatifs de votre expérience ?
3. Quelles sont vos attentes et vos besoins en termes de soutien pour votre maternité et votre vie en Belgique de manière plus générale ?

« Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette enquête. En cas de question ou besoin survenant après notre rencontre, n'hésitez pas à me revenir par l'intermédiaire du bureau médical du centre ».

Annexe 3 : document d'information et de consentement.

Titre de l'enquête : Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique

Promoteur de l'étude : Université de Liège

Comité d'Ethique : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Investigateurs locaux : Maxime Paupinet, étudiant, infirmier

## **I Information essentielle au participant**

Vous êtes invitée à participer à une enquête.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à lire ce formulaire qui décrit les objectifs et les modalités pratiques.

Vous avez le droit de poser, à tout moment, des questions en rapport avec cette enquête.

**L'objectif** de cette enquête consiste à mettre en valeur votre expérience de la maternité en Belgique. A partir de situations difficiles, vous serez interrogée sur votre vécu de maternité et les ressources personnelles, aides, soutiens qui vous ont aidée à les surmonter.

De cette manière, nous entendons révéler les ressorts du processus d'« empowerment » par lequel une personne parvient à renforcer ses capacités d'agir afin de rencontrer ses besoins, résoudre ses problèmes. Nous chercherons à mettre en valeur les éléments qui vous ont permis de surmonter vos difficultés, telles que les compétences partagées entre femmes, les stratégies employées et les types de soutiens, les apprentissages, qui ont favorisé votre pouvoir d'agir par vous-même et pour vous-même.

Pour y parvenir nous vous rencontrerons au cours d'un entretien qui durera environ une heure au cours duquel nous recueillerons votre expérience vécue. Votre témoignage intégrera par la suite une analyse permettant de répondre à notre objectif de recherche.

Nous vous précisons que cette enquête ne saurait en aucune façon menacer ou favoriser l'obtention de votre statut migratoire.

Cette enquête devrait inclure environ dix participantes en Belgique.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, **il vous sera demandé de:**

- Participer à un entretien au cours duquel vous serez invitée à partager votre expérience, évoquer votre vécu, y compris des situations difficiles.

## **Données collectées**

Les données collectées seront :

- données socio-démographiques (nom, prénom, situation familiale, pays d'origine, niveau d'éducation/formation, nombre d'enfants, statut de la demande de protection internationale, durée de séjour en Belgique, connaissance des langues parlées en Belgique)
- les contenus de nos échanges portant sur votre expérience vécue de la maternité.

**Votre participation durera** environ une heure.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

### **Bénéfices et risques**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance du vécu de la maternité en Belgique chez les femmes demandeuses de protection internationale et à mieux les accompagner.

En participant à cette étude, vous pouvez être amenée à ressentir des émotions soulevées à l'évocation de situations vécues. Nous vous rappelons qu'il est possible à tout moment d'interrompre l'entretien et de nous solliciter si vous rencontrez des difficultés.

### **Assurance sans faute**

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette expérimentation/enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias  
Numéro de police d'Assurance : 45.482.838

### **Protection de la vie privée**

- Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Les données recueillies au moyen d'un enregistreur audio en seront supprimées après avoir été transférées vers l'ordinateur de l'investigateur. Aucun contenu de nos échanges ne sera partagé avec des

personnes extérieures, en-dehors de l'équipe de recherche composée de l'étudiant et de son promoteur et, éventuellement, des membres du jury du mémoire (pour validation de la démarche scientifique). Conformément à la loi relative à la protection des données à caractère personnel, les données collectées et les interviews seront pseudonymisées puis anonymisées. Les données seront conservées avec grande rigueur en matière de sécurité jusqu'à leur suppression définitive.

- La pseudonymisation interviendra suite à notre entretien. Les réponses seront reliées aux données de contact via un code. La table de correspondance liant le code et votre identité sera conservée séparément.
- Les fichiers créés seront conservés uniquement sur un disque dur chiffré avec l'aide du logiciel « Veracrypt ».
- A l'étape de l'analyse, les informations de contact n'étant plus nécessaires, le fichier contenant ces données sera supprimé et vos réponses deviendront alors anonymes.
- Vous ne serez pas identifiée par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Maxime Paupinet est la personne gestionnaire des données, sous la direction de son promoteur. Les données seront conservées le temps nécessaire à la finalisation du projet de recherche, soit 6 mois, puis seront supprimées.
- La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
- Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : (33)
- En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

### **Comité d'éthique**

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège, qui a émis un avis favorable le .....

### **Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête**

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Mr Mbiton Joel Zina, médecin coordinateur région sud, Fedasil  
Email : joel.zina@fedasil.be  
Téléphone : +32 4 340 20 82

## **II Formulaire de consentement éclairé au participant :**

Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Participant**

1. Je déclare que j'ai été informée sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les effets secondaires éventuels et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

2. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans qu'il soit nécessaire justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

3. Je consens de mon plein gré, sans avoir subi aucune pression physique ni psychologique.

4. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur se portent garant de la confidentialité de ces données, dans le respect de :

- la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
- les réglementations européennes et belges en vigueur (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018 et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée).

5. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.

6. J'ai été informé de l'existence d'une assurance

7. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de l'université de Liège - CEHFUL.

8. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

**Témoignage / Interprète**

J'ai été présent durant l'entièreté du processus d'information au patient et je confirme que l'information sur les objectifs et procédures de l'étude a été fournie de manière adéquate, que le participant (ou son représentant légal) a apparemment compris l'étude et que le consentement à participer à l'étude a été donné librement.

Nom, prénom, qualification, date et signature du témoin / interprète :

**Investigateur**

Je soussigné, Paupinet Maxime, étudiant, investigateur confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je me suis assuré que la participante a bien compris l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire  
Universitaire de Liège (707)



## Demande d'avis au Comité d'Éthique - Étude soumise à la loi du 7 mai 2004<sup>1</sup>

- Cette demande d'avis doit être entièrement dactylographiée en français. Si ce document est rempli de façon manuscrite, votre dossier sera immédiatement **refusé**.
- Seuls les dossiers complets seront analysés.
- Tous les documents doivent, obligatoirement, être envoyés par email ([ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)) et les versions papiers doivent être déposées au secrétariat du Comité d'Éthique (route 562, porte 166).
- Si vous éprouvez des difficultés à compléter cette demande d'avis, vous pouvez contacter Mme KESSELER, coordinatrice scientifique ([skessler@chuliege.be](mailto:skessler@chuliege.be)).
- Si certains éléments ne sont pas d'application dans le cas de votre étude, veuillez indiquer dans la case correspondante « NA ».

---

<sup>1</sup> Expérimentations menées sur la personne humaine, autres que les essais médicamenteux interventionnels.  
Demande d'avis- Etude soumise à la loi du 7 mai 2004 - Version 03/07/2024

## Informations générales

Nom du service ou du département	Département des sciences de la santé publique
Chef de service ou de département	Professeur A-F. DONNEAU
Nom de l'investigateur principal <sup>2</sup>	Maxime Paupinet
Email	maxime.paupinet@student.uliege.be
N° de téléphone	+32 4 78 54 97 16
Nom de la personne de contact <sup>3</sup>	NA
Email	
N° de téléphone	

Nom du promoteur <sup>4</sup>	Dr MBITON Joel Zina
Email ( <i>hors CHU et ULiege</i> )	joel.zina@fedasil.be
N° de téléphone ( <i>hors CHU et ULiege</i> )	+32 4 340 20 82
<i>Si applicable</i> : Nom du représentant légal du promoteur dans l'union européenne :	NA
<i>Si applicable</i> : N° EUDRACT	NA

Nom du co-investigateur éventuel <sup>5</sup>	NA
Email	
N° de téléphone	

## Titre

Titre de l'étude en français	Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique.
Titre de l'étude en anglais	Empowerment and maternity experience among women seeking international protection in Belgium

L'étude est-elle ?	<input checked="" type="checkbox"/> Monocentrique <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Multicentrique <sup>6</sup>
<i>Si l'étude est multicentrique, quel Comité d'Éthique est chargé de rendre l'avis l'unique ?</i>	
Quels sont les centres participants ? (Merci de tous les énumérer) Le nom de l'investigateur principal pour chaque site.	Centre Fedasil de Spa Maxime Paupinet

<sup>2</sup> L'investigateur principal doit être diplômé d'une profession des soins de santé en Belgique.

<sup>3</sup> Exemple : le/la data manager en charge de l'étude.

<sup>4</sup> Définition : une entreprise, une institution, un organisme ou une personne responsable du lancement, de la gestion et/ou du financement d'une expérimentation.

<sup>5</sup> Ce tableau est à répliquer autant de fois que nécessaire.

<sup>6</sup> Plusieurs centres participants en **Belgique**.

L'adresse mail du comité d'éthique des sites participants	
-----------------------------------------------------------	--

### Informations sur l'étude

Quel est le but de votre étude ? (Détaillez en quelques lignes)	Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de sciences de la santé publique. Son objectif principal est d'explorer l'expérience vécue des femmes demandeuses de protection internationale, à travers la mise en évidence du processus d'empowerment. L'objectif secondaire de l'étude consiste en une mise en valeur de l'expérience de la maternité par les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique afin de dégager d'éventuelles perspectives en promotion de la santé.
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle est la pertinence scientifique de votre étude ? (Rationale) (Détaillez en quelques lignes)	À notre connaissance, il n'existe aucune étude portant sur le vécu de maternité de femmes demandeuses de protection internationale ayant été menée au sein d'un centre d'accueil collectif en Belgique. Hors ces femmes et leurs enfants présentent une vulnérabilité spécifique ainsi qu'un risque accru de rencontrer des problèmes de santé pendant la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant.
Quel est le « design » de votre étude ?	Étude qualitative phénoménologique

Comment les sujets seront-ils recrutés ?	Échantillonnage par choix raisonné.
Combien de sujets seront recrutés ?	Environ 10
Les sujets sont-ils des volontaires sains ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les sujets sont-ils vulnérables ? (mineurs, personnes incapables d'exprimer leur volonté, femmes enceintes, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap...)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : femmes demandeuses de protection internationale
Comment avez-vous choisi la taille de votre échantillon ? (ex. : calcul de puissance) :	Étude qualitative avec pour objectif de tendre vers la saturation des données.

Quels sont les risques potentiellement encourus par les patients ?	Le premier risque encouru par les participantes est le risque émotif à l'évocation de situations difficiles vécues en Belgique. Il est à souligner qu'aucun antécédent à l'arrivée en Belgique ayant eu cours dans le pays d'origine ou pendant le parcours migratoire ne sera abordé. Si une problématique d'ordre émotionnel survenait, la participante concernée pourrait accéder à un
--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>soutien adapté par l'intermédiaire du bureau médical du centre d'accueil.</p> <p>Le second risque se situe à un niveau micro-éthique et porte sur le risque d'existence d'une relation de pouvoir asymétrique au contact des participants, notamment lors du recueil de consentement. Plusieurs précautions sont prévues pour y remédier, notamment lors du recueil du consentement à l'étude qui sera vérifié de façon dynamique (en amont de et pendant l'entretien).</p>
Pouvez-vous donner votre évaluation de la balance bénéfices/risques ?	<p>Les deux risques évoqués plus hauts nous paraissent « faibles » en termes de probabilité et de gravité. Nous évaluons ainsi les risques comme inférieurs aux bénéfices représentés par l'étude compte tenu de l'absence d'étude similaire et du bénéfice pour la population étudiée d'être incluse dans des projets de recherche, au regard des potentiels résultats et de la prise en considération des besoins des femmes demandeuses de protection internationale dans l'offre de soins.</p>
Les sujets seront-ils défrayés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le montant :	
Si non, pourquoi ?	Aucun frais ne sera à engager par les participantes.

### Assurance

Le promoteur doit souscrire à une assurance responsabilité « même sans faute ».	
Les démarches sont-elles en cours ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Étude commerciale

Est-ce une étude sponsorisée par une industrie et pour laquelle vous êtes rémunéré(e) <sup>7</sup> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

<sup>7</sup> Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'une étude académique et le Comité ne demande pas de rémunération pour son évaluation.

Documents nécessaires pour un dossier complet : checklist

Documents		Nb d'exemplaires	Version	Date <sup>8</sup>
Demande d'avis	<input checked="" type="checkbox"/>	10		
Protocole complet	<input checked="" type="checkbox"/>	3		
Résumé du protocole en français (2 pages)	<input checked="" type="checkbox"/>	10		
Formulaire(s) d'information et de consentement	<input checked="" type="checkbox"/>	10		
Court CV (max 3 pages) de l'investigateur principal (max 3ans)	<input checked="" type="checkbox"/>	3		
Certificat GCP (max 3 ans)	<input checked="" type="checkbox"/>	3		
Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/>	10		Demande en cours
<i>Si étude commerciale</i> : Contrat financier	<input type="checkbox"/>	1		
<i>Si étude multicentrique</i> : Liste de centres participants avec les coordonnées de leur CE et PI	<input type="checkbox"/>	1		
Autre (Questionnaires, documents de recrutement,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	3		

<sup>8</sup> La date et la version doivent apparaitre au bas de chaque document.

**Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



**REMARQUES ET QUESTIONS APRES EXAMEN DU DOSSIER**

**Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000053; Notre réf: 2024-245 ; Promoteur: Uliège**

Titre du dossier: *"Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique."*

Protocole: *v1*

Le Comité d’Ethique considère que le fait de n’inclure que des participantes parlant français, lesquelles ne représentent pas la population générale des Demandeuses de Protection Internationale présente un biais à l’étude. Ne serait-il pas possible de faire appel à des interprètes ?

Comment allez-vous procéder pour rassurer la participante qui répond à vos questions alors qu’elle subit déjà quantité d’interview pour vérifier sa légitimité en tant que DPI ?

Dans le formulaire d’information, veuillez expliquer et définir « Empowerment » et expliquer comment on le « mesure ».

Dr E. BAUDOUX  
Vice-Président du Comité d’Ethique  
16 juillet 2024

*Le Comité d'Éthique considère que le fait de n'inclure que des participantes parlant français, lesquelles ne représentent pas la population générale des Demandeuses de Protection Internationale présente un biais à l'étude. Ne serait-il pas possible de faire appel à des interprètes ?*

Nous sommes conscients de l'existence de ce biais de sélection que nous ne pouvons palier faute de disposer des moyens financiers nécessaires au recours aux interprètes. Nous sommes profondément convaincus de la nécessité d'intégrer au corpus de recherche les personnes ne parlant pas le français, à des fins de validité scientifique ainsi que par respect de leur droit de s'exprimer sur leur vécu. Si ce mémoire de fin d'études devait être prolongé par d'autres enquêtes ultérieures, nous nous emploierions à trouver les ressources nécessaires au recours à des interprètes afin d'étendre notre échantillon aux personnes allophones.

*Comment allez-vous procéder pour rassurer la participante qui répond à vos questions alors qu'elle subit déjà quantité d'interview pour vérifier sa légitimité en tant que DPI ?*

La procédure d'examen de la demande de protection internationale repose sur une interview majeure qui se tient au CGRA, laquelle peut s'étendre sur plusieurs heures durant lesquelles les motifs invoqués par la personne requérante sont passés au crible. En dehors de cet examen poussé et éprouvant, les entretiens subis sont peu nombreux. S'y ajoutent une « petite interview » -ainsi nommée par les professionnels de l'accompagnement- d'ordre administratif à l'Office des étrangers en début de procédure, lors de l'enregistrement et, éventuellement, une seconde interview en cas de procédure de recours ou d'investigations complémentaires. Ces différentes interviews sont dans la très grande majorité des situations d'entretien espacées de plusieurs mois.

Nous pourrions ainsi avancer l'hypothèse, observée de façon empirique dans notre pratique soignante, d'un sentiment d'invisibilité qui prédominerait sur celui d'une surexposition. En effet il nous a été donné d'observer la bonne réception de la part des personnes DPI de temps d'entretien au cours desquels leurs avis ou expériences sont interrogés.

La réassurance paraît toutefois nécessaire face au risque de confusion entre les contextes d'entretien. Un tel risque pourrait leur faire craindre de voir le contenu des échanges utilisés à des fins autres que la recherche, et leur porter un préjudice administratif.

Nous proposons d'ajouter au document d'information et de consentement la clarification de la distinction nette entre ces différents entretiens et d'assurer une imperméabilité entre la procédure DPI et la visée scientifique de l'enquête présentée.

Ainsi nous proposons que soit ajoutée la mention suivante aux objectifs de l'étude :

« Nous vous précisons que cette enquête ne saurait en aucune façon menacer ou favoriser l'obtention de votre statut migratoire et qu'elle est menée à des fins scientifiques exclusivement ».

*Dans le formulaire d'information, veuillez expliquer et définir « Empowerment » et expliquer comment on le « mesure ».*

La partie du DIC abordant les objectifs a été amendée pour apporter une définition de l'« Empowerment » et l'explication de la manière dont nous explorons ce processus subjectif. Nous proposons qu'elles soient formulées ainsi :

« **L'objectif** de cette enquête consiste à mettre en valeur votre expérience de la maternité en Belgique. A partir de situations difficiles, vous serez interrogée sur votre vécu de maternité et les ressources personnelles, aides, soutiens qui vous ont aidée à les surmonter.

De cette manière, nous entendons révéler les ressorts du processus d'« empowerment » par lequel une personne parvient à renforcer ses capacités d'agir afin de rencontrer ses besoins, résoudre ses problèmes. Nous chercherons à éclairer les éléments qui vous ont permis de surmonter vos difficultés, telles que les compétences partagées entre femmes, les stratégies employées ou les types de soutiens et apprentissages, qui ont favorisé votre pouvoir d'agir pour vous-même.

Pour y parvenir nous vous rencontrerons au cours d'un entretien qui durera environ une heure au cours duquel nous recueillerons votre expérience vécue. Votre témoignage intégrera par la suite une analyse permettant de répondre à notre objectif de recherche.

## Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 26 juillet 2024

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Monsieur Maxime PAUPINET  
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU B23

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique."**

Protocole : v1

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

## Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 26 juillet 2024

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**  
Monsieur le **Maxime PAUPINET**  
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**CHU B23**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge : **B7072024000053** ; Notre réf: **2024/245**

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique. "**  
Protocole : v1

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la **Direction de l'AFMPS**

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2024 / 245  
Nr EudraCT : B7072024000053

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

Protocole, Titre, *Title*

**Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique.**

Numéro d'étude, *Study Number* : v1

Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000053

Promoteur, *Promoter*:

ULIEGE

Date du protocole, *Protocol date* : 03/07/2024

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	23/07/2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	05/07/2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2024 / 245

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

**Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique.**

Service de : SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
Clinical unit

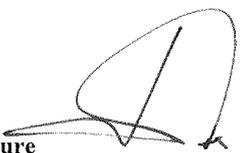
Chef de Service : Prof. A-F. DONNEAU  
*Director of the clinical unit*

Expérimentateur principal : Maxime PAUPINET  
*Principal investigator*

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

  
Signature \_\_\_\_\_  
Signature

Nom : Prof. D. LEDOUX Président  
*Printed name :*

Date, Date :

26/07/2024

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

*Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

À l'attention du comité d'éthique,

Objet : demande d'amendement pour l'étude 2024-245

Madame, Monsieur,

une question soulevée par le comité portait sur la possibilité de recourir à des interprètes afin de pouvoir inclure des personnes ne parlant pas le français et de limiter le biais de sélection associé.

J'avais alors répondu que le recours aux interprètes n'était pas finançable.

Depuis lors, mon promoteur, le Dr Joel Zina Mbiton, m'a proposé une solution rendant possible la réalisation de deux ou trois entretiens avec interprète.

Pour cette raison, je sollicite l'avis du comité, après avoir apporté les modifications suivantes :

1. Suppression du critère d'exclusion : « Concernant le critère d'exclusion, nous excluons les femmes incapables de s'exprimer en français ».
2. Ajout de la signature de l'interprète au document d'information et de consentement

Je vous remercie par avance pour votre réponse et vous adresse mes respectueuses salutations.

À Spa, le 01/08/2024,

Maxime Paupinet

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 2 août 2024

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Monsieur Maxime PAUPINET  
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000053 ; Notre réf.: 2024/245

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à l'**amendement 1 du 01/08/24** de l'étude intitulée:

**"Empowerment et expérience de maternité chez les femmes demandeuses de protection internationale en Belgique."**

Protocole: v1

Concernant :

- Lettre d'accompagnement demande d'amendement dd 01/08/24
- Protocole v2 dd 01/08/24
- Formulaire d'information et de consentement v3 dd 01/08/24

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : Uliège  
Copie à la Direction de l'AFMPS

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

## 10 Annexe 5 : tableau de présentation de l'échantillon

Code	Pays d'origine	Niveau éducation/formation	Situation familiale	Nombre d'enfants	Statut de la DPI	Durée de séjour en Belgique	Langue parlée
F1	Côte d'Ivoire	Maternel	Concubinage	Enceinte + 1 enfant	CGRA en cours	11 mois	Français
F2	Mali	Primaire	Concubinage	Enceinte + 1 enfant	Recours CCE	2 ans et 6 mois	Français
F3	Cameroun	2 années d'études supérieures	Mariée	3 (dont 2 au pays)	Recours Dublin	10 mois	Français
F4	Cameroun	Secondaire	Concubinage	Enceinte, pas d'enfants	Recours Dublin	7 mois	Français
F5	Rwanda	5 années d'études supérieures	Mariée	2 enfants (dont 1 au pays)	Reconnaissance statut réfugié	2 ans et 9 mois	Kinyarwanda
F6	Palestine	Secondaire	Mariée	Enceinte, 3 enfants au pays	CGRA en cours	4 mois	Arabe
F7	Cameroun	Aide-ménagère	Célibataire	5 dont 4 au pays	CGRA en cours	2 ans	Français
F8	Bénin	Primaire	Célibataire	3 enfants en Belgique	CGRA en cours	1 an	Français
F9	Côte d'Ivoire	Secondaire	Mariée	5 enfants en Belgique	CGRA en cours	1 an	Français
F10	Palestine	Primaire	Mariée	3 enfants en Belgique	CGRA en cours	1 an	Arabe

## Annexe 6 : démarche d'analyse

Élaboration des catégories depuis l'étiquetage du matériau : nous empruntons sa terminologie à Christophe Lejeune (*Manuel d'analyse qualitative*, chapitre 3 : étiqueter : des propriétés aux catégories).

<p><b>Étiquetage (sélection) du sens vécu des participantes. Les guillemets désignent les étiquettes in vivo.</b></p>	<p>Subir l'attente. Demander et attendre. « Le rideau n'est pas encore ouvert ». « Tu es là comme dans le néant » « Je ne sais pas ce qui m'attend dehors ». A quand mon tour ? Peur de l'exclusion Anticipation catastrophique. Peur de l'expulsion.</p>	<p>« Ils nous ont jeté dans la rue ». Perte d'êtres chers. Absence des enfants. Se débrouiller seule. S'en sortir seule. « Tu es seule parce que tu es venue seule » Quitter sa famille.</p>	<p>J'accède très difficilement à mon logement. Un logement infesté. Lutter contre les cafards. Je ne parviens pas à « joindre les deux bouts » Ne pas choisir son alimentation. Ne pas pouvoir cuisiner. Nas pas avoir le droit de cuisiner. L'importance de l'alimentation pour la femme enceinte.</p>
<p><b>Propriétés (Phénomènes caractérisés par les étiquettes).</b></p>	<p>Vivre dans l'inconnu et la peur</p>	<p>Parcours de ruptures</p>	<p>Subir son alimentation et son logement</p>
<p><b>Catégorie (Sens conceptuel).</b></p>	<p>Trajet de précarisation</p>		

<p><b>Étiquetage (sélection) du sens vécu participantes. Les guillemets désignent les étiquettes in vivo.</b></p>	<p>Ne pas montrer qui l'on est. « Je fais avec ».</p> <p>Ne pas demander. Minimiser les contraintes.</p> <p>« Ça aurait été un peu catastrophique ».</p> <p>Se passer des choses.</p> <p>Ne pas prendre le risque de la relation. « Nous suivons ce qu'on nous donne ».</p> <p>Être dans l'attentisme.</p> <p>S'en remettre à quelqu'un, à une instance. « C'est Fedasil qui décide toute chose »</p> <p>Renoncer.</p>	<p>« Si j'étais dans un autre statut »</p> <p>S'assigner à son statut</p> <p>Se retirer du monde</p> <p>Rester à sa place.</p> <p>Choisir de vivre recluse</p> <p>Choisir la solitude</p> <p>Rester dans sa bulle.</p> <p>S'assigner à sa chambre.</p>
<p><b>Propriétés (Phénomènes caractérisés par les étiquettes).</b></p>	<p>Inhibition</p>	<p>Vivre aux marges</p>
<p><b>Catégorie (Sens conceptuel).</b></p>	<p>Négation de soi</p>	

<p><b>Étiquetage (sélection) du sens vécu des participantes. Les guillemets désignent les étiquettes in vivo.</b></p>	<p>« L'envie de soi-même », se respecter. Sortir de son statut Se « désassigner » « Moi-même je peux » Se réassurer « Accepter l'autre comme soi-même ». Venir à leur rencontre. Venir à moi. L'importance des soins à domicile.</p>	<p>« Être entourée » Se sortir de l'isolement La voix des enfants Sociabiliser les mères. Ça me dépasse. Se regrouper. Espérer le futur regroupement. S'entraider. Se soutenir. « Mon mari c'est mon soutien »</p>	<p>S'impliquer dans le changement. « Nous les mères » Régler ses différends. Savoir dire non. Se libérer par les mots. Les mots de la mère. « Me donner des mots ». Sortir du mutisme. Être privée de parole. L'importance du suivi psychologique.</p>	<p>Garder l'espoir. La thérapie par la prière. S'en remettre à Dieu. La force de Dieu. Je suis tenace. Je suis courageuse et dynamique. Avoir la force pour ses enfants. Se renforcer dans l'épreuve. S'autonomiser. « Moi-même je peux ».</p>
<p><b>Propriétés (Phénomènes caractérisés par les étiquettes).</b></p>	<p>Reconnaissance</p>	<p>Recréer un entourage</p>	<p>Sortir du silence</p>	<p>S'efforcer et prier</p>
<p><b>Catégorie (Sens conceptuel).</b></p>	<p>Se réhumaniser : stratégies d'adaptation et de soutien</p>			