

En période périnatale, le soutien social a-t-il un effet protecteur sur la santé mentale des femmes migrantes ?

Directrice : Chantal Razurel, PhD, Professeure HES, filière sage-femme

Sormani Jessica, n° matricule : 09-338-443

Lachaume Florine, n° matricule : 09-670-324

Grand-Veyre Amanda, n° matricule : 12-654-604

Genève le 6 Août 2015

Déclaration sur l'honneur

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques».

Le 6 Août 2015

Sormani Jessica, Lachaume Florine & Grand-Veyre Amanda

Remerciements

A Mme Chantal Razurel, notre Directrice de Bachelor Thesis pour son engagement dans l'élaboration de ce travail de Bachelor.

A nos familles et notre entourage pour leur soutien et leurs conseils tout au long de cette année.

Résumé

Objectif

Identifier l'effet protecteur du soutien social sur la santé mentale des femmes migrantes en période périnatale.

Méthode

Revue de littérature élaborée à partir de l'analyse critique de cinq études et d'une discussion des résultats en association avec d'autres articles traitant de cette problématique.

Résultats

- Tous les types de soutien semblent avoir un impact sur le bien-être psychique.
- Le soutien émotionnel semble être celui ayant le plus d'influence sur la prévalence des symptômes dépressifs, suivi de près par le soutien matériel.
- Le manque de soutien familial et de soutien conjugal ont été identifiés comme augmentant la prévalence des symptômes dépressifs.
- Le soutien professionnel est indispensable notamment à certaines périodes périnatales et en cas d'absence de soutien social de l'entourage.
- Les conditions migratoires influant sur le bien-être psychique, se révèlent souvent être en lien avec le soutien social.
- Au-delà d'un effet protecteur le soutien social semble avoir un rôle dans le rétablissement du bien-être psychique

Conclusion

La détresse psychologique est plus répandue chez les femmes migrantes en période périnatale. Le soutien social a un effet protecteur sur la souffrance psychique de ces femmes, particulièrement celui de type émotionnel et matériel. Les sources de soutien ayant le plus de répercussion sont le soutien familial (notamment de la part des femmes de la famille) et le soutien conjugal. Toutefois, le soutien professionnel s'avère également crucial à certaines périodes, ou en cas de manque de soutien de la part de l'entourage. Ces données de la littérature permettent de mieux comprendre la nécessité de dépister le manque de soutien social et amènent un début de réflexion sur l'enjeu du soutien professionnel.

Mots-clefs : Dépression ; Psychologie ; Anxiété ; Stress ; Femme ; Migrantes ; Grossesse ; Soutien social

Table des matières

RESUME	3
OBJECTIF	3
1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	8
2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE	11
1. LA MATERNITE : UNE PERIODE DE VULNERABILITE	11
<i>Bouleversements physiques et psychiques</i>	11
<i>Période de vulnérabilité</i>	12
<i>Santé mentale</i>	12
<i>Les troubles mentaux</i>	13
<i>La détresse psychologique ou souffrance psychique</i>	13
<i>La santé mentale positive</i>	13
2. AFFECTIONS COURANTES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	14
<i>Le stress</i>	14
<i>L'anxiété</i>	14
<i>Excès de stress et d'anxiété</i>	14
<i>Vulnérabilité :</i>	15
<i>La vulnérabilité psychique</i>	15
3. DEPRESSION PERINATALE	15
<i>Dépression anténatale</i>	16
<i>Dépression du post-partum</i>	17
<i>Prévalence</i>	17
<i>Importance du dépistage</i>	18
4. IMPACTS DE LA DEPRESSION PERINATALE	19
<i>Coût</i>	21
5. QU'EN EST-IL DES MIGRANTES ?	21
<i>Migration interne, Migration internationale</i>	21
<i>Migration forcée</i>	22
<i>Facteurs économiques</i>	22
<i>Facteurs environnementaux</i>	22
<i>Facteurs sanitaires</i>	23
<i>La migration en Suisse</i>	23
<i>Les migrantes : une population plus vulnérable</i>	24
6. FACTEURS DE RISQUES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES MIGRANTES	26
<i>Précarité</i>	26
<i>Evènement de vie stressant</i>	26
<i>Contexte/circonstances migratoire</i>	26
<i>Problématique culturelle</i>	27

<i>Complications obstétricales</i> -----	27
7. CADRE LEGAL DE LA MIGRATION ET DE LA SANTE MENTALE-----	28
<i>Droit des migrants dans l'Union Européenne</i> -----	28
<i>Droits des migrants en Suisse</i> -----	28
<i>Santé mentale</i> -----	28
8. SOUTIEN SOCIAL -----	29
9. PROBLEMATIQUE-----	33
3. QUESTIONNEMENT ETHIQUE -----	34
<i>Directives sur le devoir professionnel de discrétion dans la santé</i> -----	35
4. METHODE : RECHERCHE DE LITTERATURE-----	36
1. BASE DE DONNEES -----	36
2. MOTS-CLES -----	36
3. LA RECHERCHE D'ETUDES-----	37
I. Critères d'inclusion et d'exclusion -----	37
II. Déroulement de notre recherche -----	37
4. LE CADRE DE REFERENCE -----	39
5. LES LIMITES DE LA REVUE DE LITTERATURE -----	39
6. PRESENTATION ANALYTIQUE DE CHAQUE ARTICLE: -----	40
7. ANALYSE CRITIQUE ET STRUCTURATION DE LA REVUE DE LITTERATURE -----	41
1. BARRIERS AND FACILITATORS OF SOCIAL SUPPORTS FOR IMMIGRANT AND REFUGEE WOMEN COPING WITH POSTPARTUM DEPRESSION.-----	41
<i>Résultats</i> -----	42
<i>Analyse critique</i> -----	43
2. CONTRIBUTION OF IMMIGRATION TO DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN CANADA---	45
<i>Résultats</i> -----	46
<i>Analyse critique</i> -----	47
3. QUAND MIGRATION ET MATERNITE SE CROISENT : PERSPECTIVES DES INTERVENANTES ET DES MERES IMMIGRANTES.-----	49
<i>Résultats</i> -----	50
<i>Analyse critique</i> -----	51
4. ETUDE LONGITUDINALE DU STRESS PERINATAL DES FEMMES MIGRANTES ALLOPHONES -----	54
<i>Résultats</i> -----	56
<i>Analyse critique</i> -----	58
5. FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION IN PREGNANT IMMIGRANT WOMEN-----	61
<i>Résultats</i> -----	62
<i>Analyse critique</i> -----	65
8. ANALYSE CRITIQUE PAR THÉMATIQUE-----	68
1. CONDITIONS DE MIGRATION -----	69

I.	<i>Langue parlée</i>	69
II.	<i>Durée de séjour</i>	69
III.	<i>Origine géographique</i>	70
2.	SOUTIEN SOCIAL ET SANTE MENTALE	70
3.	LES DIFFERENTS TYPES DE SOUTIEN	70
4.	LES SOURCES DE SOUTIEN	71
I.	<i>Soutien familial</i>	71
II.	<i>Soutien conjugal</i>	72
III.	<i>Soutien professionnel</i>	73
9.	DISCUSSION DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	76
1.	LES CONDITIONS DE MIGRATION :	76
2.	SOUTIEN SOCIAL	78
3.	IMPORTANCE DES DIFFERENTS TYPES DE SOUTIEN SOCIAL	78
4.	IMPORTANCE DES DIFFERENTES SOURCES DE SOUTIEN	79
I.	<i>Soutien personnel</i>	79
II.	<i>Soutien professionnel</i>	80
5.	SYNTHESE DE LA DISCUSSION	83
10.	FAIBLESSE ET FORCES DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	85
1.	FAIBLESSES	85
2.	FORCES	86
11.	RETOUR SUR LA PRATIQUE	87
1.	DEPISTAGE DU MANQUE DE SOUTIEN SOCIAL	87
2.	DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	88
3.	SOUTIEN PROFESSIONNEL EMOTIONNEL	88
4.	SOUTIEN INFORMATIF	89
12.	CONCLUSION	92
13.	BIBLIOGRAPHIE	93
14.	ANNEXES	124
1.	DEFINITIONS ECHELLES UTILISEES PAR LES AUTEURS	124
I.	<i>Echelle de Hopkins Syndrom</i>	124
II.	<i>Relationship with the Partner</i>	124
III.	<i>Somatic Symptoms</i>	124
IV.	<i>Stressful Life Events</i>	125
V.	<i>Social Support</i>	125
2.	TABLEAUX ANNEXES DE L'ANALYSE DES ARTICLES :	126
I.	<i>Etude 1 :</i>	126
II.	<i>Etude 2 :</i>	127

III.	Etude 3 : -----	128
IV.	Etude 4 : -----	129

1. Questionnement professionnel

A l'heure où les pays occidentaux s'interrogent et cherchent des solutions à adopter vis à vis de l'afflux massif de migrants (100 000 migrants arrivés en Europe depuis le début de l'année), la migration est un phénomène d'actualité. (Agence France Presse [AFP], 2015).

Politique, économique, émotionnel, éthique, ce sujet complexe touche aux principes humains. A la base de nos cultures, la migration questionne notre histoire (AFP, 2015). Si la migration est à l'origine de nos civilisations, comment se vit-elle lors de la maternité, berceau de l'humanité ?

En Suisse, le taux d'étrangers au sein de la population en 2013 est de 23,8% (Office fédéral de la statistique [OFS], 2014c). Ces étrangers représentent environ 25% de la population active. 200 000 d'entre eux ne comprennent aucune langue nationale (Office fédéral de la Santé publique [OFSP], S.d., p. 3).

Ces dernières années, le visage de la migration se féminise (Almeida, Caldas, Ayres-de-Campos, Barrientos & Dias, 2013). Ces femmes, de plus en plus nombreuses, représentent, aujourd'hui, quasiment la moitié des migrants, alors qu'en 2003 elles correspondaient à 46,4% de la population migrante (Kofler & Frankhauser, 2009 ; OFS, 2004).

Cette augmentation de femmes migrantes est due, certes au regroupement familial (1^{ère} source), mais également à l'émancipation féminine (travail, formation) (Kofler & Frankhauser, 2009).

Comparé aux personnes originaires du pays d'accueil, de nombreuses études montrent que les migrants, de manière générale, développent plus de pathologies tant sur le plan physique que mental (Gabadinho, Wanner & Dahinden, 2006).

Concernant les femmes migrantes, la méta-analyse de Bollini et Wanner (2006) met en évidence leur niveau de santé déficitaire par rapport aux natives. Cette revue systématique de la littérature examine les issues obstétricales et néonatales chez 1,5 millions de femmes migrantes en Europe de l'ouest. Elle met en évidence un taux plus élevé de nouveau-nés ayant un retard de croissance, des accouchements prématurés, de mortalité périnatale et de malformations congénitales. Une seconde revue de littérature de Hayes, Enohumah et McCaul (2011) confirme également que la mortalité et la morbidité maternelle périnatales sont plus élevées chez les femmes migrantes.

Ce niveau de santé déficitaire correspond, également, à un risque plus important de développer des pathologies mentales telles que la dépression péripartum (Almeida et al., 2013 ; Neale & Wand, 2014 ; Prady et al., 2013).

Par ailleurs, la qualité des soins chez les femmes migrantes n'est pas équitable par rapport à celle fournie aux natives (Hayes et al., 2011). En effet, l'étude d'Almeida et al. (2013) montre que ces femmes ont accès à moins de césariennes et d'analgésie péridurale pendant le travail. Elles ont également moins accès aux services de santé et les utilisent moins.

De plus, il est mis en évidence, dans cette étude, que la barrière de la langue joue un rôle fondamental dans la prise en soin. En effet, la non-utilisation de la langue usuelle entraîne des erreurs de diagnostic, la non compréhension des symptômes et la non compliance des patientes aux traitements.

En Suisse, avec 38,7% des accouchements concernant les femmes étrangères (OFS, 2004), les sages-femmes travaillent quotidiennement avec la population migrante. Par conséquent, elles sont le témoin des histoires de vie et des difficultés de ces populations. Les taux concernant la migration étant souvent sous-estimés en raison du statut illégal, c'est ainsi, un minimum de 4 femmes sur 10 qui sont ici concernées.

Afin de proposer une prise en soin adéquate et adaptée aux besoins de ces femmes, il semblait important d'avoir un regard global sur leurs conditions de vie, leur contexte migratoire, la présence d'un éventuel réseau de proches, etc...

Le facteur clé sélectionné au sein de cette revue de la littérature a été celui de la santé mentale, et plus particulièrement, des symptômes de dépression périnatale. En effet, la littérature met en évidence que le bien-être psychique est un facteur prépondérant dans la santé des femmes migrantes durant la période de périnatalité (Bollini & Wanner, 2006). La santé mentale fait partie de la définition de la santé de l'OMS (OMS, 2003), quant à la dépression, indicateur symbole de la santé mentale, elle est évaluée par l'organisation des Nations Unies (2010) au 1^{er} rang des maladies dans les pays industrialisés en 2030.

Les femmes migrantes ont plus de risque de développer une problématique de santé mentale, particulièrement pendant la période de la maternité (Bollini & Wanner, 2006) car elles cumulent une double vulnérabilité : celle de la maternité et celle de la migration (Bydlowski, 1991). Ce risque s'ajoute à un taux déjà élevé dans la population générale, puisqu'avec 15% des femmes touchées par la dépression périnatale, cette dernière est considérée comme un problème de santé publique (Rossignol, Nanzer & Etter, 2010).

D'après l'OMS (2013), la dépression du post-partum touche 20% des mères des pays à revenu faible ou intermédiaire. La santé mentale est donc un bon révélateur, indicateur incontournable de la santé globale des femmes migrantes en situation de maternité.

Si les professionnels de la santé ne peuvent avoir d'influence sur les circonstances migratoires, le soutien social est un facteur reconnu pour son impact sur la dépression périnatale (Gosp-Server, 2014). Ce soutien social fait, par ailleurs, partie intégrante du rôle sage-femme (Razurel & Kaiser, 2015). La réflexion autour de celui-ci est certainement un levier pertinent d'amélioration de la prise en soin des femmes migrantes, tout comme celle autour du dépistage de la dépression. En effet, le rôle sage-femme englobe le dépistage des facteurs de risques et symptômes de la dépression périnatale, tout comme le soutien social, tant du point de vue du soutien direct apporté par la sage-femme, que l'investigation du soutien personnel et l'utilisation des réseaux professionnels de soutien (interprètes, aides sociales, structures spécifiques, etc.).

2. Cadre de référence théorique

1. La maternité : une période de vulnérabilité

Bouleversements physiques et psychiques

Devenir mère ... que de bonheur ... mais aussi que de doutes et de bouleversements, tant physiques que psychiques.

Les nombreuses modifications anatomiques, physiologiques et métaboliques peuvent être à l'origine de pathologies conséquentes comme le diabète gestationnel, mais sont plus fréquemment la cause de troubles regroupés sous le terme de petits maux de grossesse sur lesquels les hormones jouent un rôle important (Marieb, 2005 ; Thoulon, 2005).

Sur le plan psychologique, si l'influence hormonale n'a pas clairement été mise en évidence (Dayan, 2007), le bouleversement psychique a bien lieu. Stern (1997) décrit cette construction psychique de la maternité avec la « constellation maternelle » qui explique comment, en devenant mère, les préoccupations de la femme évoluent selon quatre thèmes : croissance de la vie (assurer le développement de l'enfant), relation primaire (tisser une relation émotionnelle avec l'enfant), matrice de soutien (mettre en place un environnement protecteur), réorganisation identitaire (passer de l'état de fille à celui de mère).

Devenir mère nécessite de passer par des réaménagements psychiques et affectifs. Ces processus, activés par la grossesse sont complexes et font appel à l'expérience de maternage vécue dans l'enfance. Les futures mères ont fréquemment des remémorations de leur enfance et de leur relation à leurs propres parents (Nanzer, 2009).

Cette transparence psychique de la grossesse (Bydlowski, 2000), état particulier permettant de revisiter son histoire de vie est indispensable à l'élaboration du processus de maternité. Toutefois, selon l'histoire de vie, ce travail sur le passé peut être douloureux (Nanzer, 2009).

Devenir mère est un passage, et comme tout passage il est une épreuve, une crise après laquelle la vie ne sera plus complètement comme avant, un moment particulier de vulnérabilité (Collière, 2001).

Il arrive que la femme soit confrontée à la difficulté de devenir mère au point de ne pas réussir à entrer dans l'état d'identification et d'hypersensibilité aux besoins de son enfant. Ce

processus appelé par Winnicott (1969) « préoccupation maternelle primaire » permet à la mère de diriger l'essentiel de ses préoccupations vers son enfant, s'adaptant aux multiples besoins de celui-ci.

Cette difficulté à devenir mère est décrite avec une justesse émouvante dans le livre jeunesse de Planchin et Cinquin (2014) où une mère doit affronter ses démons et faire fondre les échardes de glace qui emprisonnent son cœur pour pouvoir aimer son bébé.

Période de vulnérabilité

La femme voit donc son corps changer, souvent confrontée à des troubles physiques inconfortables dont elle ne comprend pas toujours l'origine. Elle doit, de plus, faire face à une reconstruction psychique déconcertante. Elle doit donc s'adapter à sa nouvelle situation. Da Costa, Larouche, Dritsa et Brender (1999) ont mis en évidence que le niveau de stress était plus élevé au 1^{er} et au 3^{ème} trimestre de grossesse. Lazarus et Folkman (1984) expliquent qu'il y a stress perçu si l'individu perçoit la situation à laquelle il doit faire face comme menaçante et excédant ses ressources. Ce stress perçu est souvent présent pour les nouvelles mères, les événements perçus comme stressants étant multiples : interactions avec le personnel soignant, allaitement, organisation logistique, pleurs et rythme de l'enfant (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011a, p. 55 ; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011b).

Ainsi, les bouleversements de la maternité, avec l'état émotif exacerbé qu'ils engendrent, mettent la femme dans un état de vulnérabilité psychique qui peut s'exprimer par du stress ou de l'anxiété (Lau, Wong, Wang, Kwong & Wang, 2014) et la naissance est en soi un événement stressant pour toutes les mères de la population générale (Terry, Mayocchi & Hynes, 1996).

Santé mentale

Stress, anxiété et symptômes dépressifs, affections courantes de la santé mentale, n'épargnent donc pas les femmes enceintes malgré le bonheur généralement associé à l'évènement de la naissance.

La santé mentale est définie par l'OMS (2014) comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. ».

Les perturbations de la santé mentale impactent les choix, la prise de décision, la relation aux autres de l'individu et pèjore la qualité de vie : emploi, entourage, famille (OMS, 2005).

Trois dimensions de la santé mentale sont actuellement distinguées : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive (OMS, 2005).

Les troubles mentaux

Ils correspondent « à des classifications diagnostiques (American Psychiatric Association, 2005) renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. (...) » (Kovess-Masféty, Boisson, Godot & Sauneron, 2010, p. 20). Les plus fréquents sont les troubles anxieux puis les troubles de l'humeur, dont la dépression (Bee & Boyd, 2003).

La détresse psychologique ou souffrance psychique

« Etat de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Ce sont la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. » (Kovess-Masféty et al., 2010, p. 20).

La santé mentale positive

Elle fait référence, à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi (...). C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie » (Kovess-Masféty et al., 2010, p. 21).

2. Affections courantes de la souffrance psychique

Le stress

Réponse de l'individu face à une situation incontrôlable, imprévisible, une surcharge d'exigence, dépassant les ressources de l'individu (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Nanda International, 2013).

L'anxiété

Sentiment de peur, diffus, souvent non lié à un événement spécifique mais plutôt à l'impression d'un danger imminent. Sa source est souvent difficilement identifiable par l'individu. Elle peut être un trait de personnalité ou associée à un contexte (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015 ; Nanda International, 2013). Elle peut être également associée à l'histoire de vie, on note par exemple une anxiété périnatale plus élevée chez les femmes ayant subi un abus sexuel (Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll & Schei, 2006). Un contexte de stress est un facteur favorisant l'anxiété (Nanda International, 2013) et un trait de personnalité anxieux un facteur favorisant une réponse élevée au stress.

Excès de stress et d'anxiété

Comme le stress, l'anxiété est une réaction physiologique ordinaire de l'organisme. Une anxiété anormalement élevée devient un trouble anxieux caractérisé : trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, phobies spécifiques, symptôme de stress post traumatique (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015). Ces troubles, se caractérisant par une crainte excessive, voire une terreur, impactent de façon importante le comportement de l'individu, le pénalisent dans son fonctionnement social et l'amènent à un sentiment de détresse psychologique. Certains troubles se caractérisent également par des symptômes physiques pénalisants (American Psychiatric Association, 2013). Il a par ailleurs été démontré par Heron, O'Connor, Evans, Golding et Glover (2004) que l'anxiété anténatale est un prédicteur de la dépression post-partum.

Un excès de stress perçu impacte la santé de la mère, notamment au niveau psychique : dépression, anxiété, sentiment de compétence. (Corwin, Brownstead, Barton, Heckard & Morin, 2005 ; Groer & Morgan, 2007 ; Horowitz & Goodman, 2004 ; Leigh & Milgrom, 2008).

Par ailleurs, des relations ont été mises en évidence entre le stress maternel pendant la grossesse et les pleurs et l'irritabilité du nouveau-né (Wurmser et al., 2006) et entre ce stress

et le développement du bébé et du jeune enfant, avec des effets délétères lorsque le stress est trop important. (Gragnic-Philippe & Tordjman, 2009 ; Gragnic-Philippe, Dayan, Chokron, Jacquet & Tordjman, 2014 ; Tegethoff, Greene, Olsen, Schaffner & Meinlschmidt, 2011).

Vulnérabilité :

La vulnérabilité est décrite comme une fragilité, une diminution de la capacité à gérer des ressources et à conduire seule sa vie. Cette caractéristique est retrouvée chez certains individus de manière exacerbée avec pour conséquence un risque élevé de subir un tort tant moral que physique. D'un point de vue médical, « la vulnérabilité est un concept important mais trop souvent utilisé de manière floue, ce qui limite son application » (Hurst, 2008 ; Martin, Tavaglione & Hurst, 2014). Pourtant un dépistage est important afin de pouvoir accompagner les personnes qui en souffrent de manière optimale en leur apportant une protection. Le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales [CIOMS] & l'OMS (2003, p. 47) précise que « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement ou totalement incapables de protéger leurs propres intérêts. »

Cette notion est définie par Hurst, Bodenmann, Wolff et Madrid (2013) comme « l'état de fragilisation sociale, physique ou psychologique affectant les personnes, consécutif à un état de dépendance sociale forte envers autrui, liée à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale »

La vulnérabilité psychique

Kühl et Martini (1981) définissent les personnes vulnérables psychiquement comme influençables et présentant un risque de réaction inadaptée dans les interactions sociales. Ces personnes présentent de la nervosité, de l'agitation, de l'indécision, de l'appréhension et un manque de confiance en elles. Lorsqu'elles veulent s'affirmer, elles peuvent être ironiques, agressives, susceptibles et manquer d'indulgence par rapport aux erreurs des autres. (Schapiro, Nielse, Jorgensen, Boesen & Johansen, 2002, p. 3230).

3. Dépression périnatale

Cette vulnérabilité peut ainsi conduire à des symptômes dépressifs. En effet, selon l'histoire de vie, le passé peut parasiter la femme au point d'être à l'origine d'une dépression périnatale (Nanzer, 2009). Un autre facteur augmentant le risque de troubles dépressifs est

la confrontation à des événements ou des conditions de vie stressantes (Kendler, Kuhn & Prescott, 2004). Les facteurs de risques de la dépression périnatale peuvent ainsi se regrouper en facteurs individuels (antécédent de dépression, trouble anxieux familial ou personnel, trouble bipolaire, grossesse non désirée, expériences traumatisantes dans l'enfance, faible estime de soi, relation précoce compliquée avec ses parents, consommation de toxique, difficulté à la maternité comme par exemple des fausses couches à répétition, mère adolescente) et facteurs environnementaux (événements de vie stressants, difficultés conjugales, précarité, absence de soutien social) (Institut national de santé publique Québec, 2011 ; Koleva, Stuart, O'Hara & Bowman-Reif, 2010 ; Lancaster et al., 2010 ; Rossignol et al., 2010 p. 6)

La dépression périnatale se définit comme tout épisode de dépression ayant lieu durant la grossesse ou au cours des 12 mois suivant la naissance de l'enfant (Gaynes et al., 2005). Si les symptômes sont similaires à ceux d'une dépression classique (sentiment de tristesse, pleurs, absence de plaisir, absence d'intérêt, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue, dévalorisation, culpabilité, difficulté de concentration, pensées de mort (American Psychiatric Association, 2013)) il est à noter que la dévalorisation, la culpabilité et la nervosité sont fortement présentes tandis que les idées suicidaires (Dayan et al., 2002a), la tristesse et le ralentissement sont moins fréquents (Nanzer, 2009).

La dépression périnatale regroupe donc la dépression anténatale et la dépression du post-partum.

Dépression anténatale

Moins connue que la dépression du post-partum, elle est pourtant plus fréquente (Righetti-Veltema, Nanzer, Conne-Perréard, Manzano, & Palacio-Espasa, 2007). Les symptômes de la dépression anténatale sont semblables à ceux de la dépression (Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal., 2015). Pourtant, la ressemblance des symptômes avec certains maux de la grossesse rendent le dépistage difficile (Agence de la santé publique du Canada, 2012). En effet les symptômes dépressifs sont souvent présents pendant la grossesse mais non identifiés par les professionnels de santé. (Marcus & Heringhausen, 2009a ; Stowe, Hostetter & Newport, 2005).

Il est important de noter que la dépression anténatale prédit la dépression post-partum dans 50% des cas. Elle en est l'un des principaux facteurs de risque (Rich-Edwards et al., 2006).

Dépression du post-partum

La dépression post-partum correspond, à un trouble dépressif survenant dans l'année suivant la naissance, principalement dans le 1^{er} trimestre du post-partum. (Righetti-Veltema et al., 2007).

Les symptômes peuvent être banalisés et également confondus avec un excès de fatigue dû à l'accouchement, à l'allaitement ou au nouveau rythme de vie provoqué par l'arrivée du bébé.

Ces symptômes peuvent être aussi identifiés à ceux du baby-blues. Pourtant si certaines manifestations provoquent le doute à cause de leur similitude (envie incontrôlable de pleurer, fatigue, insomnie, anxiété, irritabilité), la durée et le moment d'apparition permettent de les distinguer nettement. Le baby-blues apparaît durant les 7 premiers jours suivant la naissance et dure quelques jours. Tandis que, la dépression survient plus souvent dans les trois mois suivant la naissance et jusqu'à un an après celle-ci (Murray & Cox, 1990 ; Nanzer, 2009 ; Séguin & Cosette, 1991).

Prévalence

La disparité des chiffres selon les études illustre cette difficulté de diagnostic tout en confirmant que la dépression périnatale est un problème majeur de santé publique. La dépression prénatale touche en effet de 12 à 25 % des femmes selon les études (Alberque, Bianchi-Demicheli, Andreoli, Epiney & Irion, 2008 ; Rossignol et al., 2010 ; Zekowitz et al., 2004). Si elle tend à diminuer après la naissance, la prévalence de la dépression du post-partum reste tout de même quasi similaire : de 10 à 20% (Righetti-Veltema et al., 2007).

La disparité des chiffres selon les articles est également fonction des populations étudiées. En effet, selon l'OMS (2013), 20% des mères des pays à revenus faibles ou intermédiaires de la tranche inférieure souffrent d'une dépression post-partum, ce chiffre est supérieur à celui que l'on enregistre dans les pays à revenus élevés.

De plus, en raison de cette difficulté de diagnostic la prévalence de la dépression périnatale, d'environ 15% est certainement, sous-estimée (Righetti-Veltema et al., 2007; Rossignol et al., 2010).

Devant la difficulté de la pose du diagnostic, l'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], se propose de faciliter le dépistage de la dépression post-partum. Evins, Theofrastous et Galvin (2000) confirment la pertinence de cette échelle en démontrant que la dépression post-partum est mieux dépistée (35% dépistée avec l'échelle EPDS contre 6% seulement dépistée sans l'échelle).

Développée par Cox, Holden et Sagovsky en 1987 et utilisable par les sages-femmes, ce questionnaire, affichant un score au-delà de 12 points, est prédictif d'un état dépressif dont le diagnostic devra être posé par un professionnel habilité.

Elaborée pour la dépression post-partum, cette échelle peut être utilisée pour la dépression anténatale. En effet, dans une étude comparant les différents outils de dépistage de la dépression périnatale, Gaynes et al. (2005), conclue que l'échelle EPDS est l'outil le mieux adapté. Marcus et Heringhausen (2009a) apportent une précision concernant le score prédictif en conseillant d'utiliser un score > 9 en anténatal et > 12 au post-partum.

Importance du dépistage

Les femmes, banalisant souvent les symptômes, les évoquent rarement spontanément (Nanzer, 2009). En effet, ils peuvent être difficiles à distinguer des manifestations liées à la grossesse ou à l'arrivée du nouveau-né (variation de poids, fatigue, trouble du sommeil, etc.) (Marcus, 2009b). Ainsi, moins de 18% des femmes souffrant de dépression périnatale consultent (Marcus & Heringhausen, 2009). De plus, les mères peuvent éprouver de la réticence à évoquer ce sujet avec les professionnels par peur d'être stigmatisées (Goodman, 2009) et de mettre en danger leurs droits parentaux (Kopelman, Moel, Mertens, Stuart, Arndt & O'Hara, 2008). En effet, Russel (2006) montre dans son étude que la moitié des 1250 mères de l'échantillon avaient donné de fausses informations dans le questionnaire de dépistage de dépression par peur d'être jugées mauvaises mères. Nanzer (2009, p. 119) explique ainsi que « les maux psychiques sont souvent connotés négativement. (...) l'être humain réagit par de la gêne, de la honte, de la culpabilité (...) ».

Le dépistage de la dépression est donc primordial en période périnatale. Mais, au-delà des symptômes dépressifs, il a été mentionné à plusieurs reprises la nécessité du dépistage de la souffrance psychique, en général, durant la période de la périnatalité. En effet, il est prouvé que le stress prénatal et le stress post-natal ont une influence directe sur le risque de dépression et d'anxiété dans le post-partum et sur le niveau d'auto-efficacité parentale (Razurel, Kaiser, Sellenet & Epiney, 2013, p.94).

Le rôle de la sage-femme est ainsi essentiel durant cette période pré et post-natale, offrant un espace de parole afin d'accueillir les signes de souffrance et de fragilité des femmes. Ainsi, il est important pour la sage-femme d'être attentive aux signes principaux de dépression, aux facteurs de risque et d'effectuer son dépistage. Le rôle de la sage-femme sera aussi d'apporter un soutien informatif notamment sur les risques de la dépression, son dépistage, la fréquence des signes et les différents types de symptômes. Si nécessaire, elle orientera les femmes vers les réseaux de soins adéquats et vers les structures proposant les entretiens prénataux (Razurel & Kaiser, 2015). L'étude de Rossignol et al. (2010) montre, par ailleurs, l'importance de cet entretien prénatal pour la prévention (identification des facteurs de risques psychosociaux), le dépistage des signes dépressifs et l'information (sensibilisation à la parentalité, informations sur la dépression périnatale et le réseau de soutien existant). Ce temps d'écoute et d'expression sur le vécu émotionnel de la grossesse est également utile pour aborder les différentes inquiétudes de manière personnalisée et confidentielle.

De plus, Dennis et Letourneau (2007) soulignent que lorsque la dépression dure plus de 6 mois, l'impact sur l'enfant est plus important. Dès lors, l'enjeu du dépistage et du traitement précoce est ainsi primordial pour la mère mais également pour l'enfant. Enfin, il est observé que les programmes de dépistage de routine représentent un coût bien moindre que le traitement de la dépression de l'adulte ou de ses conséquences sur l'enfant (Rossignol et al., 2010).

4. Impacts de la dépression périnatale

Le tableau ci-dessous, inspiré du rapport rédigé par Rossignol et al. (2010), présente les risques, plus fréquents, auxquels les femmes dépressives sont exposées, par rapport aux femmes non dépressives.

Santé des femmes	Vie quotidienne	Grossesse	Santé des enfants	Lien mère-enfant
→ Mauvaises pratiques hygiéno-diététiques (consommation accrue de toxiques, prise de poids inadéquate) (O'Hara, 2009)	→ Mauvaises pratiques alimentaires. → Trouble du sommeil (O'Hara, 2009)	→ Consultations médicales fréquentes. → Complications de grossesse (prématurité, retard de croissance, pré-éclampsie). (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Aström & Bixo, 2004 ; Teixeira, Fisk & Glover, 1999)	→ Activité élevée du fœtus (Dieter et al. 2001).	→ Soins au nourrisson (physiques et psychologiques) peu appropriés

→ Auto agression. → Suicide (O'Hara, 2009)	→ Incapacité	→ Faible implication dans le suivi de grossesse et dans le respect des recommandations médicales (O'Hara, 2009)	→Prématurité. → Retard de croissance. → Hospitalisation en néonatalogie (Glover, Bergman, Sarkar & O'Connor, 2009 ; Heron et al., 2004 ; Teixeira et al., 1999)	→ Peu d'implication dans le rôle de mère
	→ Enfermement dans une routine contraignante		→ Taux de cortisol et catécholamines élevés à la naissance (Field et al., 2003 ; Talge, Neal & Glover 2007).	→ Peu d'interactions (expression faciales, vocalisations, comportement affectueux) (Field et al., 2003)
	→ Désinvestissement dans les relations de couple, sociales ou professionnelle		→ Pleurs excessifs difficiles à calmer. → Trouble du sommeil (Marcus & Heringhausen, 2009 ; Cummings, Keller & Davies, 2005).	→ Peu d'empathie vis-à-vis du nourrisson. → Echanges neutres ou comportant des affects négatifs (Murray, Creswell & Cooper, 2009).
	→ Divorce (Nanzer, 2009)		→ Trouble de l'alimentation (Cummings et al., 2005)	→ Attachement insecure décrit comme 2 fois plus nombreux à 18 mois (Murray et al., 2009).
			→ Activation chronique de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) : impact défavorable sur le développement psychomoteur et sur la capacité d'apprentissages scolaires (Blair, 2005 ; Van den Bergh et al., 2005).	
			→ Troubles du comportement (Beck, Records & Rice 2002).	
			→ Troubles de l'humeur. → Anxiété à l'âge scolaire (Goodman, 2002).	

Coût

Les coûts sociaux des troubles mentaux dans les pays de l'Union Européenne, représentent 3-4% du PIB (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], Better life Index, 2013).

Au niveau de la Suisse, « une étude de l'Université de Zurich a estimé les coûts concernant les maladies psychiatriques à 12 milliards de CHF » (Jägler, Sobocki & Rössler, 2008). En ce qui concerne la dépression, le coût annuel est évalué à 4,5 milliards de francs : 11 000 à 17 000 francs par cas (Favre, 2008). Les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente et sont à l'origine de l'octroi de 43% des nouvelles rentes AI en Suisse en 2010, contre 36% en 2000 (Schuler & Burla, 2012). Quant à la dépression périnatale, son coût est alourdi par l'impact sur le développement de l'enfant. Ainsi, les programmes de dépistage de routine représentent un coût bien moindre que le traitement (Rossignol et al., 2010).

5. Qu'en est-il des migrantes ?

Le 20^{ème} siècle a connu plus de mouvements de personnes qu'aucune autre période, en lien évident avec la démographie, comme avec des opportunités de mobilité de plus en plus développées dans un monde où les distances géographiques et culturelles se réduisent quotidiennement, en raison des modes de transport rapides et à moindre coût ou en lien avec le développement des technologies de l'information et de la communication.

Avec quasiment 200 millions de migrants internationaux évalués pour l'année 2000, la migration existe depuis les débuts de l'humanité. Elle concerne quasiment 3% de la population mondiale dont 37% sont originaire d'un pays en voie de développement. (Baby-Collin, Bensaâd & Sintès, 2009)

Migration interne, Migration internationale

La migration interne intervient entre une zone rurale et une zone urbaine et entre zones urbaines ou de façon circulaire. La migration interne est plus importante que la migration internationale, en effet la population des villes a été multipliée par 10 entre 1900 et 2000 et 40% de cet accroissement est lié aux migrations internes. Il est observé aux USA qu'environ 3% de la population migre hors de leur pays, alors que plus de 20 % migre en interne. Ce schéma se retrouve dans les différents continents. Au niveau international, 75% des

migrants recensés dans le monde en 2005 se répartissaient seulement dans 28 pays. De plus, les villes sont vues comme un meilleur accès à l'obtention de diplômes permettant de partir par la suite à l'international. (Agence Française de développement, 2013).

Migration forcée

Il s'agit de migrations non-volontaires. Ce sont par exemple les réfugiés politiques. Aujourd'hui, près de 45 millions de personnes (25 millions de réfugiés et 20 millions de déplacés à l'intérieur de leurs propres frontières) ont été obligés de fuir leur lieu d'habitation pour des raisons religieuses, politiques ou ethniques. La multiplication des guerres, en particulier en Afrique noire, en Asie centrale et au Moyen-Orient, fait parfois vivre des générations entières dans des camps de réfugiés, souvent peu équipés pour accueillir ces populations. (Baby-Collin et al., 2009)

Facteurs économiques

La recherche d'une situation économique plus favorable et de sources de revenus est l'une des « premières causes de décision de mobilité » (IOM, 2009 cité par l'Agence Française de développement, 2013, p. 12 ; OCDE, 2008).

La globalisation, le développement des transports à moindre coût et l'accès facilité aux moyens de communication permettent une découverte du monde et de ses inégalités socio-économiques et favorisent l'envie d'expérimenter des sociétés différentes de la sienne, au niveau national comme international (Freire, 2006 cité par l'Agence Française de développement, 2013, p. 12). On peut noter l'importance du regroupement familial dans les causes des migrations, en effet, une fois qu'un membre de la famille a émigré, il devient en plus d'une source de revenus, une source d'information et d'hébergement. Ainsi les membres de sa famille seront tentés de partir à leur tour. (Agence française de développement, 2013).

Facteurs environnementaux

« Les zones inondables ou en voie de désertification engendrent par exemple des flux de déplacés environnementaux (Gemenne, 2007 ; UNEP, 2008). Les changements climatiques et leurs implications sur la dégradation des environnements locaux pourraient accélérer ces tendances, affectant par exemple les lieux de vie des urbains côtiers (Warner, 2009). » (Agence Française de développement, 2013, p. 13)

Facteurs sanitaires

« Deux études menées par l'Inserm à la demande de l'Agence Française de Développement [AFD] semblent indiquer que les problématiques de santé sont de faibles déterminants migratoires. Toutefois, la recherche de soins médicaux de qualité, y compris pour des affections courantes ou des accouchements peut être à l'origine de migrations pendulaires. » (AFD S.d., p. 13).

La migration en Suisse

En Suisse, le terme migrant est utilisé dans son sens large et fait dans un premier temps la distinction entre la première génération de migrants et la deuxième génération. Toute personne née à l'étranger est considérée comme issue de la migration de 1^{ère} génération (1'901'000 personnes) et englobe : les étrangers nés à l'étranger (71,2 %), les Suisses nés à l'étranger et dont les deux parents sont nés à l'étranger, les personnes naturalisées nées à l'étranger (OFS, 2013). La population est hétérogène et comprend des profils variés (Gabadinho, Wanner & Dahinden, 2007).

La Suisse est devenue un pays d'immigration à partir de la fin du 19^{ème} siècle. Aujourd'hui, 1/5 de la population se compose de personnes d'origine étrangère, en comptant les enfants et petits-enfants, les chiffres atteignent 2 millions de personnes. Elles représentent 1/4 de la population active et 200 000 personnes vivant en Suisse ne comprennent aucune des langues nationales (Office fédéral de la Santé publique [OFSP], S.d., p. 3). La Suisse affiche ainsi un taux de résidents de nationalité étrangère parmi les plus hauts de l'Union Européenne (3^{ème} rang derrière le Luxembourg et le Liechtenstein).

En 2005, la population résidente permanente étrangère en Suisse était répartie de la façon suivante (OFS, 2004) :

1. Italie	20%	3. Portugal	11%	5. Turquie	5%
2. Serbie	13%	4. Allemagne	10%	6. Espagne	5%

Les langues étrangères les plus parlées sont le serbo-croate, l'albanais, le portugais, l'espagnol, le turc et l'anglais. La population migrante est majoritairement masculine (54%) mais on assiste à une féminisation de la migration avec 900 000 femmes étrangères en Suisse en 2014 (OFS, 2014b, p. 1).

En 2013, 32 000 enfants sont nés en Suisse de femmes étrangères, dont 3000 à Genève. Ainsi, 38.7% des enfants nés en Suisse en 2013 étaient étrangers (OFS, 2014b, p. 1).

Les migrantes : une population plus vulnérable

La méta-analyse de Bollini et Wanner (2006) explique que de nombreuses études montrent que les femmes migrantes ont un niveau de santé déficitaire par rapport à celui des natives. Cette revue systématique de la littérature examinant les issues obstétricales et néonatales de 1,5 million de femmes migrantes en Europe de l'ouest met en évidence, après avoir retenu 64 études pour leur analyse, un taux plus élevé de nouveau-nés présentant un retard de croissance, d'accouchements prématurés, de mortalité périnatale et de malformations congénitales (Bollini & Wanner, 2006). La revue de littérature de Hayes et al. (2011) confirme que la mortalité et la morbidité maternelle périnatales sont plus élevées chez les femmes migrantes que dans la population générale dans les pays développés. Il y est également souvent soulevé des différences dans la qualité des soins médicaux et obstétricaux.

Ce niveau de santé déficitaire concerne également un plus grand risque de dépression au niveau anté et post-partum (Neale & Wand, 2013 ; Prady et al., 2013). Ainsi, 25 à 50% des femmes migrantes souffrent de dépression prénatale (Gagnon et al., 2006 ; Pottie et al., 2011).

La récente revue de littérature De Almeida et al. (2013) confirme que la majorité des études répertoriées montrent un taux élevé de problématique de santé chez les migrantes en période périnatale, notamment un taux plus élevé de dépression du post-partum.

De manière générale, les femmes migrantes présentent des signes de vulnérabilité associés, entre autre, à l'isolement social, qui découle de l'expérience migratoire. En effet, cette expérience réduit singulièrement les réseaux de soutien familiaux, amicaux et économiques (Alvarado & Gravel, 1991 cité par Battaglini et al., 2002). En effet, les circonstances migratoires semblent favorables à l'émergence des troubles psychologiques (Beiser, 1988), augmentant la vulnérabilité des mères et des enfants en période périnatale (Moro, 1992), tel que les problèmes d'anxiété, de stress et de dépression (Alvarado & Gravel, 1991 cité par Battaglini et al., 2002 ; Heneman, Legault, Gravel, Fortin & Alvarado, 1994).

L'OMS (2012) note également que la discrimination présente au sein de la population générale face aux minorités et groupes marginalisés a comme potentiel de rendre les personnes appartenant à ces communautés plus vulnérables aux troubles psychiques, tels

que le stress, l'anxiété et aux troubles mentaux (p. 10). Il est également expliqué dans le plan de prévention et de promotion de la santé de l'OMS (2012) qu' : « Il y un risque plus élevé de morbidité psychiatrique au sein des populations minoritaires, des réfugiés, des personnes prises dans un conflit ou une catastrophe et dans d'autres groupes vulnérables d'une société (très souvent des femmes) (p. 15).

En Suisse 21% de l'ensemble des femmes suisses et étrangères (hors requérant d'asile) présente un « équilibre psychique mauvais ». La proportion est proche de la population générale (20%) mais on peut mettre en évidence que la prévalence varie chez les femmes étrangères en fonction de leur nationalité. Les populations retrouvées dans la catégorie « équilibre psychique mauvais » représente 40% des femmes d'ex-Yougoslavie, des portugaises et des sri-lankaises, et 65% des femmes turcs et des requérantes d'asile Kosovares sont également touchées (Gabadinho et al., 2007)

La détresse psychologique varie également en fonction de la nationalité comme le montre les statistiques de l'OFS (2014a) en 2012 :

Suisse	19%	Hors Union Européenne	29%
Europe du sud-ouest	36%	Europe du nord et de l'ouest	26%
Europe de l'est et du sud est	26%		

Si les écrits de M. Bydlowski publiés en 1989 mettent en avant que la périnatalité est « une période de grande vulnérabilité », l'auteure aborde également la problématique de la migration et observe que celle-ci « contribue à fragiliser davantage la future mère et renforce l'état d'insécurité psychique et de la vulnérabilité liée à la grossesse.» La femme qui n'est plus reconnue socialement auprès de ses paires est décrite par l'auteur comme « déprimée ». C'est précisément tous ces changements dans la vie de ces femmes tant au point de vue de leur grossesse, que « la perte de leur cadre culturel » et l'absence de gratifications des siens, qui créent une vulnérabilité psychique à l'encontre de ces futures mères. La migration, avec son cumul de facteurs d'anxiété et de peine, est en soi une situation de crise, potentiellement traumatique. Elle est un choc mettant en péril l'identité. Quel que soit le type de migration, les personnes devront affronter des périodes de deuil, de déracinement, de tentatives d'adaptation (Grinberg et Grinberg, 1986). Les populations migrantes ont toutes une problématique similaire : l'immigration comporte des périodes d'identité diffuse liées à la séparation du réseau social et du réseau de soutien habituel provoquant une perte des points d'ancrage par rapport au milieu de vie (Meleis, 1991). Ainsi la migration, tout comme la maternité, est une période de vulnérabilité. Etre migrante en période périnatale nécessite donc d'affronter une double crise.

6. Facteurs de risques chez les femmes enceintes migrantes

Si être enceinte ou être migrante est en soi un facteur de risque de dépression, certaines situations vécues par les migrantes en période périnatale pèsent d'autant plus fortement sur ce risque.

Précarité

Selon l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France (2010) « Les femmes à risque social avec une absence de couverture sociale et des signes de précarité ont tendance à ne pas déclarer leur grossesse et par conséquent ont un suivi de grossesse insuffisant. Elles présentent un risque plus important de vulnérabilité. Même cas de figure chez les familles migrantes qui vivent provisoirement dans les hôtels. Elles constituent également un groupe à risque, elles connaissent des difficultés d'accès aux soins notamment à cause des barrières culturelles ou de langue. De plus, les difficultés rencontrées au niveau administratif tendent à les rendre plus vulnérable aux troubles anxieux ou dépressifs moyens à légers. »

Les femmes migrantes ayant un statut légal précaire sont plus vulnérables (Gagnon et al., 2006 ; Pottie et al., 2011).

Evènement de vie stressant

La survenue d'évènements stressants en période périnatale font partie des facteurs de risque de dépression chez les femmes migrantes enceintes (Zelkowitz et al., 2004).

L'association des facteurs de risques psychosociaux et des événements de vie stressants augmentent de façon importante les risques de dépression. (Adouard, Glangeaud-Freudenthal & Golse, 2005 ; Bernazzani, Saucier, David & Borgeat, 1997 ; Kitamura, Sugawara, Toda & Shina, 1996 ; Le Strata, Dubertret & Le Folla, 2011 ; Zelkowitz et al., 2004).

Contexte/circonstances migratoire

Le contexte social joue un rôle notoire sur la santé mentale, en effet, les déterminants suivants peuvent être cités comme impactant la santé mentale (OMS, 2005) :

	Impact négatif sur la santé mentale	Impact positif sur la santé mentale
• Famille	• Solitude, deuil	• Soutien social de la famille et des amis
• Relations avant migration	• Négligence, conflit familial	• Bonne interaction avec les parents/famille
• Précarité	• Faible revenu et pauvreté	• Sécurité économique
• Education	• Difficultés ou échec scolaire	• Réussite scolaire
• Professionnel	• Tension au travail, chômage	• Satisfaction et réussite professionnelle

Problématique culturelle

Les différences culturelles sont susceptibles de fausser les interprétations concernant la vulnérabilité des mères immigrantes et de leur famille (Battaglini, Gravel, Boucheron & Fournier, 2000). En effet, la barrière de la langue, les représentations culturelles et les rituels sont différents autour de la maternité et de la grossesse, ce qui peut poser problème lors des dépistages durant les consultations.

Complications obstétricales

En comparaison aux suissesses, les femmes étrangères présentent en moyenne un risque plus accru de complications périnatales et des taux plus élevés de mortalité périnatale maternelle et infantile (Bollini, Fall & Warner, 2010 ; Bollini & Warner, 2006). De plus, le taux de mortalité a nettement diminué chez les suissesses alors qu'on trouve une stagnation chez les femmes étrangères (Bollini & Warner, 2006).

La récente revue de littérature De Almeida et al. (2013) explique également que la majorité des études répertoriées montrent un taux élevé de problématique de santé chez les migrantes en période périnatale, comme l'augmentation de mortalité néonatale, l'accouchement prématuré, une augmentation du risque de mortalité maternel. Les auteurs précisent toutefois qu'il existe des variations en fonction de l'origine des migrantes.

7. Cadre légal de la migration et de la santé mentale

Droit des migrants dans l'Union Européenne

Le Commissaire européen déclare que « Tous les migrants sont titulaires de droits de l'homme, qu'il faut respecter. La règle générale est que ces droits devraient être garantis sans discrimination entre les nationaux et les étrangers. (...) » Ainsi, il est demandé aux Etats membres du Conseil européen de ratifier la Convention européenne établie en 1977, relative au statut juridique du travailleur migrant, et de signer la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, afin de pouvoir appliquer dans leur pays une politique migratoire respectant les Droits de l'Homme.

De plus, il indique que le contrôle du flux migratoire aux frontières doit s'inscrire dans l'application des Droits de l'Homme et du Droit à la vie.

Droits des migrants en Suisse

La Suisse est cosignataire d'accords émanant des Nations Unies et du Conseil de l'Europe relatifs aux droits humains et fait partie de l'espace Schengen, qui s'occupe de la gestion migratoire, en Europe. Par ailleurs, la Constitution Suisse comporte deux articles de loi sur la migration : la Loi fédérale sur les étrangers et la Loi sur l'asile. Cette dernière définit les réfugiés comme des individus qui « dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposés à des sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. ». Il est à noter que suite aux dispositions prises au niveau de la politique migratoire en Suisse, les organes de surveillances internationaux mandatés ont mis en lumière de nombreuses irrégularités et des lacunes vis-à-vis des accords européens ratifiés.

Santé mentale

Union européenne

Le parlement européen, en 2009, authentifie le « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être », ratifié par les 27 Etats-membres de l'UE.

Suisse

La santé mentale a été identifiée par les autorités, comme une problématique de santé publique. Ceci a abouti, en 2004, à un projet pour une « stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population suisse ». Cette année 2015, le dialogue « Politique nationale de la santé » a approuvé le rapport « Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action », qui permet d'avoir une vision récente de cette souffrance psychique, montrant que la santé psychique reste un sujet central aujourd'hui. (OSFP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2014)

8. Soutien social

On distingue différents aspects du soutien social. Le réseau social correspond au nombre de connaissances de la personne, c'est l'aspect quantitatif. Le soutien reçu et le soutien perçu, quant à eux reflètent la dimension qualitative du soutien. Le soutien reçu est l'aide effective. Le soutien perçu reflète l'adéquation du soutien aux besoins de la personne. (Boucher & Laprise, 2001 ; Razurel, 2012).

Il existe 4 types de soutien (House, 1981 cité par Razurel, 2012):

- Matériel : instrumental (argent, vêtements, garde d'enfants ...)
- Informatif : (conseils, apport de connaissances ...)
- d'estime : appréciation (valorisation, réassurance ...)
- émotionnel : (affection, réconfort, ...)

Défini il y a une trentaine d'années, le concept de soutien social cherche encore un consensus, ainsi si cette classification est la plus connue, elle diffère quelque peu selon les auteurs. En effet, pour Barrera, Sandler et Ramsey (1981), il existe 6 types de soutien (aide matérielle, assistance physique, interaction intime, conseil, rétroaction, participation sociale), tandis que pour Cohen et Wills (1985), ce sont à nouveau 4 types de soutien, proches de ceux décrits par House (1981) mais le soutien émotionnel, regroupé avec le soutien d'estime, laisse place à l'accompagnement social. Toutefois, un même geste pouvant être associé à plusieurs types de soutien, cette distinction reste relative (Beauregard et Dumont, 1996).

Ce concept jeune, plus étudié au Canada, dépasse néanmoins aujourd'hui largement les frontières du continent américain et a été mis en lien avec la santé psychique en période

périnatale comme le montre l'étude chinoise de Lau et al. (2014) qui s'intéresse à l'impact du soutien social sur le stress perçu associé à des symptômes de dépression anténatale ou d'anxiété.

Cette étude confirme l'effet protecteur du soutien social sur la santé psychique des mères en période périnatale, notamment la dépression, tout comme l'avaient démontré auparavant plusieurs études (Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004 ; O'Hara, 1986 ; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiseleur, 1999) et revues de la littérature (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004 ; Séguin & Cossette, 1991).

Référence également en Suisse, il fait notamment partie des indicateurs de l'OFS qui le décrit comme un indicateur pertinent pour l'intégration et la santé : si 96% de Suisses et 94% des ressortissants de l'Union Européenne et de l'Association Européenne de Libre Echange vivant en Suisse bénéficient de soutien social, ce taux descend à 92% pour ceux des autres pays européens et à 88% pour le reste du monde vivant également en Suisse. (OFS, 2012)

En ce qui concerne « le sentiment de solitude, les Suisses (avec 33%) se détachent nettement de tous les autres pays : 42% pour les ressortissants de l'Union Européenne et de l'Association Européenne de Libre Echange, 45% pour les autres pays européens et 62% pour le reste du monde » (OFS, 2012).

Ces statistiques laissent entrevoir qu'au-delà du soutien reçu, la perception du soutien peut être différente. En effet, certaines études ont mis en avant l'effet plus protecteur du soutien social perçu comme satisfaisant par rapport à la simple présence de soutien (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw 1993). Ainsi, tout comme pour le concept du stress, la notion de la perception est déterminante pour le soutien social.

Ainsi, l'étude de cette différence entre soutien reçu et perçu sur l'impact de la santé psychique voit le jour depuis peu. Plusieurs études ont récemment démontré l'impact positif de la satisfaction du soutien social sur la santé psychique en période périnatale (Haslam & Reicher, 2006 ; Heh, Coombes & Bartlett, 2004 ; Surkan, Peterson, Hughes & Gottlieb, 2006) tout comme l'impact négatif de son insatisfaction (Dennis, Janssen & Singer, 2004 ; Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong, 2007 ; Gaugue-Finot, Devouche, Wendland & Varescon, 2010).

Toutefois, comme le précise Razurel (2012) les outils utilisés dans ces recherches mettant en avant l'effet protecteur du soutien social perçu positivement ne font pas la différence entre

les 4 types de soutien (matériel, informatif, estime, émotionnel). Ce champ d'investigation commence en effet tout juste à être exploré avec l'étude de Capponi et al. (2013) qui examine les liens entre l'anxiété maternelle et la satisfaction relative aux différents types de soutien social perçus ou celle de Razurel et Kaiser (2015).

Selon l'étude de Razurel et al. (2010), il semble en effet que la perception du soutien varie en fonction de son type. Ainsi, le soutien émotionnel et le soutien d'estime sont perçus comme les plus satisfaisants pour les mères lors du séjour hospitalier de suite de couche. De retour à domicile, bien que les femmes expriment un grand besoin de soutien matériel, celui-ci n'est pas toujours perçu positivement.

Si l'OFS utilise une seule question pour déterminer la présence ou non de soutien social, « Y a-t-il, parmi vos proches, une personne à qui vous puissiez vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels ? » (OFS, 2012) de nombreuses études apprécient le soutien social au moyen d'entretiens semi-directifs. Il existe, en outre, de multiples instruments de mesure du soutien social comme l'expliquent Beauregard et Dumont (1996) qui, dénombrant plus de quarante instruments, présentent dans leur étude 9 instruments retenus pour leur qualité et leur représentativité des dimensions principales du soutien social. Ainsi, selon l'aspect du soutien social destiné à être étudié, un instrument de mesure sera plus pertinent qu'un autre. Ceci explique l'absence de consensus autour d'un instrument de mesure, absence toujours d'actualité si l'on en juge par la récente étude de Capponi, Bacro et Boudoukha (2013) utilisant une version modifiée du Social Support Questionnaire [SSQ6].

Cette absence de consensus rend les études moins facilement comparables par rapport au concept de la dépression où l'échelle EPDS fait référence présentant un moyen simple d'évaluation. De plus, Webster et al. (2000), relèvent que cette absence impacte le dépistage en consultation prénatale, où un outil d'évaluation rapide permettrait d'évaluer de façon plus fiable le niveau de soutien social. Les auteurs tentent de répondre à ce besoin en élaborant l'échelle Maternity Social Support Scale.

Constatant également un manque d'échelle appropriée à la situation périnatale, prenant en compte aussi bien les événements liés à cette situation que les différents types et sources de soutien, Razurel (2012) explique travailler à la validation d'un tel instrument.

Caron et Guay (2005b) conseillent, quant à eux, d'utiliser les instruments multidimensionnels et précisent que les plus utilisés sont l'Interpersonal Support Evaluation List de Cohen et

Hoberman (1983), le Social Support Behavior Scale de Vaux et Harrison (1985) et le Social Provisions Scale de Cutrona et Russell (1987) déplorant toutefois qu'ils ne prennent pas en compte la source du soutien.

Selon Streeter et Franklin (1992), la source du soutien peut être informelle, provenance plus personnelle (conjoint, famille, amis, collègues, ethnie, ...) ou formelle, provenance plus professionnelle et structurée (professionnels de santé, services sociaux, associations d'aide, ...). Si plusieurs auteurs en soulignent l'importance (Razurel et al. 2010 ; Vaux, 1992), la source du soutien n'est pourtant pas prise en compte dans toutes les études. Razurel et al. (2011a) soulignent de plus l'importance du rôle de la sage-femme comme source de soutien en période périnatale. En effet, pendant le séjour hospitalier du post-partum, les sages-femmes constituent le réseau principal des nouvelles mères et lors du retour à domicile si le soutien attendu est autant de source personnelle que professionnelle, les femmes attendent des sages-femmes un soutien informatif mais également un important soutien d'estime (Razurel et al. 2010).

En ce qui concerne les sources personnelles, les principales citées par les femmes sont leur conjoint et leur mère (Razurel et al. 2010 ; 2012).

Il est observé que l'expérience migratoire réduit singulièrement leurs réseaux de soutien familiaux, amicaux et économiques (Alvarado, 1993).

Concernant les femmes migrantes en période périnatale, les sources professionnelles de soutien se composent notamment des médecins, sages-femmes, traducteurs, infirmières, psychologues et assistantes sociales.

Certaines sources de soutien formelles sont des structures spécifiques à Genève :

- La Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) qui facilite l'accès aux soins préventifs, curatifs et de réhabilitation des populations cibles au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, 2015).
- Appartenances-Genève, association pour la promotion de la santé psychique et communautaire des personnes migrantes.
- La Roseraie, espace d'échanges et de formation pour personnes migrantes, moins spécifiquement destiné à la période périnatale, cette structure est source de soutien tant informatif (promotion de l'apprentissage, ateliers de français, aide aux

démarches administratives, ...) qu'émotionnel (ateliers de théâtre, groupes de paroles, ...).

Si l'on sait que le soutien social est une prévention efficace contre les affections courantes de la santé mentale en période périnatale, et notamment sur la dépression, pour la population générale (Dennis et al, 2004 ; Gaugue-Finot et al., 2010 ; Glazier et al., 2004 ; Haslam & Reicher, 2006 ; Heh et al., 2004 ; Lau et al., 2014 ; Liabsuetrakul et al., 2007 ; O'Hara, 1986 ; Robertson et al., 2004 ; Séguin et al., 1999 ; Séguin & Cossette, 1991 ; Surkan et al., 2006), est-il aussi efficace chez les migrantes ?

Quelques études qualitatives semblent montrer que les femmes migrantes citent souvent le manque de soutien social dans les causes de leur dépression. (Morrow et al., 2008, Ahmed et al., 2008, Lopez Nahas et al., 1999) mais qu'en est-il vraiment ? La migration est, en effet, en soi, un contexte de vulnérabilité psychique (Grinberg & Grinberg, 1986), le soutien social réussit-il à avoir un effet protecteur par rapport à cette double vulnérabilité ? Il semble important d'en connaître l'impact exact afin d'adapter la prise en charge de la manière la plus efficace.

9. Problématique

Dans le but d'optimiser la prise en charge périnatale des femmes migrantes, il a été décidé de centrer la question de recherche sur la santé mentale, la littérature mettant en évidence, qu'elle est un facteur prépondérant de la santé de ces femmes. En effet, avec 2 accouchements sur 5, concernant les femmes d'origine étrangère et un taux de dépression doublé par rapport à la population générale (25 à 50 %, selon les études), la souffrance psychique des femmes migrantes en période périnatale est un problème de santé publique.

Si les professionnels de la santé ne peuvent avoir d'impact sur les circonstances migratoires, le soutien social fait partie du rôle professionnel et un facteur de protection reconnu de la santé psychique. Mais dans ce contexte de double vulnérabilité qu'est la migration en période périnatale, quel est l'impact exact du soutien social ?

Ainsi, la revue de la littérature se propose de répondre à la question suivante : « En période périnatale, le soutien social a-t-il un effet protecteur sur la santé mentale des femmes migrantes ? »

3. Questionnement éthique

Le code international de déontologie de la sage-femme (2014), sur lequel s'appuie également la fédération suisse des sages-femmes (FSSF), attribue à cette profession le rôle de « promouvoir la justice pour tous et l'équité en matière d'accès aux soins de santé et se base sur des relations mutuelles de respect et de confiance (...) ». Il souligne également que « Les sages-femmes fournissent des soins aux femmes enceintes et à leur famille en respectant la diversité culturelle (...) ».

Le droit à l'accès aux soins pour tous qui fait partie de la constitution Suisse, s'inscrit dans les grands principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non malfaisance et de justice, décrit par le Comité directeur pour la bioéthique (2012) et fait partie du rôle des professionnels de la santé.

Ainsi, en tant que sage-femme la réflexion sur l'accompagnement des populations les plus vulnérables a été à la base de l'élaboration de cette revue de littérature. Avec 2 femmes sur 5 d'origine étrangère accouchant en Suisse et un taux de dépression avoisinant les 25% à 50% selon les études (double de la population générale), cette question de recherche, traite d'une problématique de santé publique tant du point de vue de la santé mentale que de l'accueil et la prise en charge des migrantes. Ces deux domaines sont sensibles aux jugements extérieurs, ainsi qu'aux biais d'interprétation et sont souvent tabous.

Pour cela, nous avons été très attentives à la sélection des articles retenus, afin d'avoir une base de recherche la plus objective possible, adaptée à la population Suisse et avons investigué les recommandations de l'institution Swissethics (2015). Ainsi, un regard attentif a été porté, lors de la lecture des études, sur le respect de l'éthique, ainsi que sur la méthodologie, la légitimité des auteurs et sur l'exposition des biais et des limites.

De plus, lors de la rédaction de ce travail de recherche, une attention particulière a été portée à la transcription des données. Nous nous sommes efforcées de vérifier les données en cas de doute, de mettre en évidence les limites de cette revue de la littérature, de nos difficultés d'interprétation des articles et d'éviter les jugements de valeur, afin de refléter les résultats de la littérature de la manière la plus adéquate possible.

Pour finir nous sommes conscientes, que les résultats avancés par cette revue de la littérature ne sont pas exhaustifs et ne permettent qu'une vision restreinte de la

problématique de la migration, du soutien social et de la santé mentale. D'autres études pourraient confirmer ou infirmer nos résultats. Par conséquent, nous restons prudentes lors de l'analyse des résultats et suggérons des hypothèses de retour sur la pratique.

Directives sur le devoir professionnel de discrétion dans la santé

Enfin, il est également important, d'aborder dans cette partie de la revue de la littérature le secret professionnel qui prend part à la législation sur la santé et au code pénal (*Art. 321 Code pénale Suisse du 21 décembre 1937* (=RO 54 781, 57 1364 et RS 3 193)). Il est, de notre devoir de professionnel de la santé de protéger les informations émanant de la prise en charge de nos patients, d'autant plus si les informations que nous détenons sont susceptibles de porter préjudice aux bénéficiaires de soins.

Par ailleurs, notre problématique de recherche s'intéresse à deux axes légiférés qui sont la santé mentale et la migration et qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Ce travail en réseau oblige les professionnels à échanger sur les données concernant les patientes, mais la transmission des données doit être adéquate et consentie par les patientes. « Si cela n'est pas possible, ils demandent à l'autorité compétente, en l'occurrence l'Office du médecin cantonal (OMC) de les délier du secret professionnel »

4. Méthode : Recherche de littérature

1. Base de données

Pour cette recherche de littérature, plusieurs moteurs de recherche et bases de données ont été utilisés afin d'obtenir une diversité dans les études choisies. En effet, nous souhaitons analyser des études avec différentes approches (qualitatif vs quantitatif) et différentes origines pour avoir une vision globale de notre questionnement de recherche. Toutefois, les études ont été sélectionnées dans le souci de pouvoir appliquer les résultats obtenus à la population migrante suisse. Les moteurs de recherches utilisés ont été Medline via Pubmed et Google Scholar.

2. Mots-clés

La première étape de la recherche de bibliographie a été d'identifier les bons mots clés concernant la question de recherche. Pour la traduction des mots-clés du français à l'anglais nous avons utilisé l'outil de traduction : Honselect.

Initialement, le type de population concerné par notre problématique a été ciblé. C'est la population des femmes migrantes « **women, female, immigrant, emigrant** » enceintes « **pregnant, pregnancy** » qui a été identifiée.

Le premier questionnement de recherche concernait la prise en charge prénatale « **prenatal care** » par les sages-femmes « **midwife** » de cette population dans le but de définir un accompagnement optimal. Afin de cibler la recherche plus précisément, tout en gardant une notion de globalité, il a été décidé d'utiliser un indicateur révélateur de la santé des femmes en période périnatale et de s'intéresser spécifiquement à la dépression du post-partum « **depression/psychology, postpartum** ».

La prise en soin par les professionnels a été définie par le concept de soutien social « **social support** », celui-ci étant une partie importante du rôle de la sage-femme et facteur de risque reconnu de la dépression.

Pour finir, le critère de dépression post-partum a été élargi à la dépression périnatale puis à la santé mentale en général « **anxiety, psychology, stress** ». En effet, l'étendue de la littérature n'obligeait pas à restreindre le champ des investigations, d'autant que cette restriction n'était pas vraiment pertinente par rapport à l'objectif du questionnement s'intéressant au bien-être psychique de ces femmes, la dépression en étant un indicateur.

3. La recherche d'études

I. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être sélectionnées, les études devaient donc contenir 4 données spécifiques : les femmes migrantes, la période périnatale, la santé mentale et le soutien social.

Le critère « femmes migrantes » concernait un choix de population migrante proche de la population des migrantes suisses afin de pouvoir appliquer les résultats identifiés sur le terrain romand.

La « période périnatale » s'étend du début de la grossesse jusqu'à 1 an post-partum.

La santé mentale étant un domaine vaste, les études sélectionnées ont été celles abordant la souffrance psychique reflétant plus pertinemment les affections couramment rencontrées par les femmes en période périnatale (symptômes dépressifs, stress, anxiété). Il est à noter que les outils d'évaluation de ces problématiques diffèrent selon les études.

Le thème du soutien social est divisé en diverses catégories, qui peuvent ne pas être exactement les mêmes dans les études sélectionnées. Afin de rendre compte de l'impact du rôle professionnel, le soutien des professionnels de santé est l'une des catégories étudiées. Mais le rôle sage-femme étant également d'investiguer le soutien social apporté par le réseau personnel des femmes (conjoint, famille, amis, ...), ce sont ici toutes les catégories du soutien social qui ont été étudiées.

II. Déroulement de notre recherche

Une première recherche effectuée via Google Scholar a permis de trouver un rapport de Swiss Forum For migration and population studies [SFM] abordant la problématique de « la santé reproductive des femmes migrantes, disparité de risques et possibilité d'intervention » (Bollini & Wanner, 2006). Ce rapport montre un taux de complications périnatales plus important dans la population immigrante par rapport aux populations natives européennes. Notre premier questionnaire, s'intéressant à la prise en charge prénatale des femmes migrantes dans le but de trouver un accompagnement optimal, était trop vaste et avait besoin d'être affiné et spécifié.

La dépression a été choisie pour recentrer le sujet car elle est un indicateur symbole de la santé psychique et car les sages-femmes ont un important rôle à jouer dans son dépistage. Les mots clés « **depression, pregnant, women, migrant** » ont ainsi été sélectionnés et ont pu être rentrés dans le moteur de recherche Pubmed donnant lieu à 8 résultats dont l'article « Issue in the evaluation and treatment of anxiety and depression in migrant women in the perinatal period » (Neale & Wand, 2013). Cet article a permis de confirmer la pertinence de ce sujet et de clarifier les grandes thématiques de la revue de littérature : la prise en charge

sage-femme, les femmes migrantes, la période périnatale, le risque de dépression post-partum.

Ainsi, une question de recherche a pu être formulée : « Le soutien prénatal prévient-il la dépression post-partum chez les femmes migrantes ? »

Afin d'élargir la recherche et de trouver des articles spécifiques à la Suisse, de nouveaux mots clés ont été déterminés et organisés entre eux pour permettre une recherche plus pertinente : ***Depression/psychology AND Anxiety/psychology AND Female AND emigrants OR immigrants AND Prenatal Care AND Pregnancy AND Switzerland.***

Les nouveaux articles trouvés grâce à ces mots-clés ne répondant pas à la question de recherche, il a été choisi d'élargir encore en enlevant les mots clés : ***prenatal care*** et ***Switzerland.***

La notion de soutien prénatal, représentée par le mot clé « ***prenatal care*** », a ainsi été remplacée par la notion de soutien social « ***social support*** ». Ce changement permettait de faire évoluer la question de recherche en englobant l'impact de la famille proche et des réseaux de soutien. La nouvelle question était donc à ce stade « En période périnatale, le soutien social prévient-il la dépression chez les femmes migrantes ? »

Ainsi, l'association utilisée sous Pubmed était: ***Depression/psychology OR Anxiety/psychology AND Female AND emigrants AND immigrants AND Pregnancy AND social support.*** 13 articles en sont sortis permettant la sélection des deux premiers articles de cette revue de la littérature :

1 → « Barriers and facilitators of social support for immigrant and refugee women coping with postpartum depression » (O'Mahony, Donnelly, Bouchal & Este, 2012)

2 → « Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada » (Miszkurka, Goulet & Zunzunegui, 2010)

Un nouvel article intitulé : « Cultural Background and Socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression » (O'Mahony, Donnelly, Bouchal & Este, 2013) mais il a rapidement été écarté. En effet, utilisant le même jeu de données que l'article 1, il s'intéresse plus particulièrement à l'influence des facteurs socio-culturels et économiques sur la dépression du post-partum, ce qui s'éloigne de la problématique.

Le 3^{ème} article sélectionné a été identifié dans la bibliographie de la publication « Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada » (Miszkurka at al., 2010).

3 → « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes » (Battaglini et al., 2002).

Le 4^{ème} article a été trouvé sur Google Scholar, lors une recherche de sources pour le cadre de référence, grâce aux mots clés « **dépression périnatale, femmes migrantes** ».

4 → « Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones » (Goguikian Ratcliff et al., 2014).

Pour le 5^{ème} article, les recherches ont été reprises sous Google Scholar en réutilisant certains mots clés entrés initialement sous Pubmed « **Depression, immigrants, Pregnancy, social support** ». Il a été ajouté le mot clé « **Stress** », la question de recherche ayant été étendue à la santé mentale et notamment à la souffrance psychique. De plus, le stress périnatal est un facteur de risque de la dépression périnatale. L'ordre des mots ayant permis de trouver ce dernier article était donc : **Depression, Stress, immigrants, Pregnancy, Social support**.

5 → « Factors associated with depression in pregnant immigrant Women » (Zelkowitz et al., 2004)

4. Le cadre de référence

Lors de la recherche des articles concernant la revue de littérature, une grande quantité d'articles a été étudiée. Ceux-ci ont été mis de côté afin d'apporter des données supplémentaires pour la rédaction du cadre de référence. Sur la base des mots clés cités ci-dessus, plusieurs combinaisons ont été intégrées dans les moteurs de recherche (Pubmed, Google Scholar et Google et Medline) et ont permis d'identifier de nouvelles sources. Enfin, des mots clés comme facteur de risque, santé mentale, outcome, ont été recherchés et ont permis de compléter nos besoins. Un screening systématique des études les plus intéressantes a été effectué et a permis de trouver de nouvelles études.

5. Les limites de la revue de littérature

Le concept de soutien social étant un concept jeune et les études sur la population migrante étant moins nombreuses que celles sur la population générale, il a été difficile de trouver des articles récents pouvant s'adapter à la population migrante suisse et, d'autant plus, des

articles spécifiques à la population suisse. Ainsi, la majorité des études de cette revue de la littérature sont canadiennes, les 2 pays étant comparables par rapport à leur contexte politique et économique et leurs taux élevés de migration.

Malgré ce travail de prospection, cette revue, est exhaustive et un travail de mise à jour régulier est nécessaire dans les domaines intéressants cette recherche.

Les moteurs de recherche utilisés pour cette revue de littérature sont divers, mais il aurait été intéressant d'essayer d'utiliser d'autres moteurs, comme CINAHL ou PsycINFO par exemple.

6. Présentation analytique de chaque article:

Les articles de cette revue de la littérature ont été analysés selon la grille d'évaluation analytique d'articles scientifiques en santé, niveau Bachelor (Barbara Kaiser) :

•Référence complète de l'article

- •Auteurs, lieu
- •Type d'étude
- •Population
- •Objectif(s)
- •Procédure et méthodologie
- •Résultats principaux synthétisés
- •Critique générale (points forts/points faibles)

7. Analyse critique et structuration de la revue de littérature

1. Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression.

O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T., Bouchal, S.R. & Este, D. (2012)

Le 1^{er} article analysé est issu de la revue de publication *Advances in Nursing* et a été édité par : « Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins » en 2012. Il est réalisé dans le cadre d'un doctorat en Santé mentale en association avec l'institut Canadien de recherche en santé (CIHR).

Le but de cette recherche est d'établir quels facteurs influencent le comportement des mères et la demande de soutien spécialisé lors de la période du post-partum. Les auteurs ont identifié quelles stratégies pourraient être efficaces dans la prévention et le traitement de la dépression post-partum, au Canada, chez les femmes réfugiées et immigrantes. Grâce aux résultats obtenus, les auteurs souhaitent améliorer les connaissances et la compréhension des spécialistes afin d'identifier les besoins des femmes migrantes et réfugiées afin d'apporter un suivi optimum dans la prévention de la santé mentale au post-partum.

Le titre exact de la problématique est : « Facteurs favorisant et barrières du soutien social chez les femmes immigrantes et réfugiées faisant face à la dépression du post-partum. »

L'étude qualitative, est organisée sous-forme de deux vagues d'interviews semi-dirigées. Ces dernières sont conceptualisées à partir d'une méthode d'ethnographie critique (qui comprend : la remise en question du statut quo, l'empowerment de l'individu, les discussions sur les relations de pouvoir inégales et sur de nouvelles approches critiques de pensée). Les interviews sont structurées avec des questions ouvertes, afin d'encourager les patientes à s'exprimer avec un maximum de liberté sur leurs expériences. Les deux interviews sont distancées temporellement l'une de l'autre et sont menées dans la langue usuelle des femmes (la moitié des femmes ont recouru à un interprète). La population ciblée correspond à des femmes réfugiées et immigrantes vivant dans une province de l'ouest du Canada. Elles sont recrutées dans des centres de santé et des organisations spécialisées dans la santé mentale. L'échantillon sélectionné par les auteurs se compose de 8 femmes réfugiées et de 22 femmes immigrantes. Cet échantillon comprend 25 femmes mariées, une femme célibataire et 4 femmes vivant séparées de leur conjoint.

Les critères de sélection sont les suivants : 1/ Femmes migrantes ou réfugiées 2/ non-Européennes ; 3/ Vivant au Canada depuis moins de 10 ans ; 4/ >18 ans ; 5/ Score EPDS >10 ; 6/ Santé mentale stable ; 7/ Compréhension du langage avec l'interviewer ou les traductrices.

L'analyse des données se fait en 4 niveaux : 1/ L'auteur recopie et retranscrit les données directement après l'interview. Il utilise des dictaphones comme support de correction. 2/ La transcription est codifiée afin d'identifier les thèmes préliminaires, suite à cela une liste de codes est établie pour l'organisation de la récolte des prochaines données ; 3/ Les données sont classées dans des catégories et sous-catégories. Ce système est adaptable, ce qui permet une meilleure conduite des interviews ; 4/ Les thèmes et concepts utilisés permettent de mettre en commun les données récoltées pendant les interviews, de les conceptualiser et d'élaborer une théorie plus spécifique. L'analyse des données de la 2^{ème} interview qui a été menée auprès de 10 participantes a permis aux auteurs de vérifier, de valider et de discuter des thèmes recensés lors du premier entretien. Cette deuxième phase a permis une meilleure compréhension des données et de transposer les données individuelles en une analyse plus globale des processus et des structures régissant le parcours de ces femmes.

Résultats

Les résultats de ces deux interviews ont mis en évidence que le soutien social a une influence chez les femmes immigrantes et réfugiées dans leur comportement à demander de l'aide et à signaler leurs souffrances psychiques au post-partum. Dans cette étude, les femmes expriment leurs expériences positives ou négatives dans leur recherche d'aide ainsi que les facteurs qui les ont influencées dans cette démarche. Elles sont divisées quant à l'efficacité de l'aide qu'elles ont perçue par les services de santé et il est mis en évidence, par une partie des participantes, que le soutien reçu lors des groupes de parole n'est pas toujours suffisant et qu'il ne correspond pas à leurs besoins individuels.

Il est mis en avant que le soutien formel des spécialistes n'est pas toujours à la hauteur de leurs attentes. Le comportement des soignants qui tend à minimiser les sentiments dépressifs des femmes et le problème de la barrière de la langue découragent la demande d'aide auprès des centres spécialisés en santé mentale. Elles ajoutent qu'elles ne reçoivent pas assez d'informations concernant la dépression post-partum (DPP), de la part des soignants et par rapport aux réseaux qui gravitent autour des centres spécialisés en santé.

Par ailleurs, il a été démontré qu'une relation positive (empathie et comportement non-jugeant du soignant) et de confiance est un facteur déterminant pour une prise en charge optimale et donc une diminution du risque de DPP. De plus, certaines ont eu l'impression d'être discriminées de par leur origine, par les professionnels de santé. Certaines témoignent également d'un sentiment de racisme à leur égard. Elles ont le sentiment de ne pas avoir été encouragées à s'exprimer et que les différences de prise en charge dans leur pays d'origine les bloquent dans l'expression de leurs besoins. Il est démontré que lorsque les participantes ont reçu suffisamment d'informations quant à l'existence des services de soutien et sur la DPP, l'accès aux soins est facilité.

Les auteurs ont relevé également un point important : le risque de dépression est favorisé par l'absence de soutien indépendamment du type de soutien (informatif, émotionnel, matériel, d'estime). Le soutien apporté par la famille, les amis et leur communauté est essentiel dans les stratégies de coping des femmes face aux difficultés rencontrées après la naissance de leur enfant. Les femmes migrantes et réfugiées retrouvent ce soutien que de façon limitée dans leur nouvelle vie. Ce manque se concrétise par une prédisposition à la DPP et par une vulnérabilité accrue. Les participantes rapportent que l'isolation et la solitude sont les deux principaux problèmes rencontrés dans les pays développés.

Le soutien émotionnel des partenaires est un facteur déterminant pour les aider à lutter contre la DPP. Lors de conflits au sein des couples, le soutien du partenaire est largement diminué. Enfin, les femmes mentionnent que si leur entourage, leur conjoint, reçoivent des informations supplémentaires concernant la DPP, un meilleur soutien et une diminution des risques de la DPP seraient possibles.

Analyse critique

Le titre clair, résume le sujet abordé. La problématique est précise et amène les auteurs à une recherche ciblée. Cette étude répond à leur hypothèse de recherche. Les auteurs sont légitimes dans l'élaboration de cette étude, en effet, ils travaillent tous dans des facultés de santé-sociale, médicale et sont concernés par l'application des stratégies possibles en regard des résultats. La méthode de recueil des données est détaillée, menée selon un processus d'ethnographie critique reconnu pour permettre une diminution des biais personnels des auteurs lors des interviews. De plus, cette approche a été appliquée de manière probante dans d'autres études qui traitent des femmes immigrantes et réfugiées, populations souvent limitées par de fortes influences sociales et économiques. La séparation en quatre niveaux d'analyse permet d'extrapoler des conclusions reflétant réellement

l'échantillon. Le déroulement des deux interviews est expliqué dans l'étude, les auteurs donnent des exemples de questions afin que le lecteur puisse se faire une idée du type de demande.

En termes d'éthique, les auteurs sont impliqués et ont permis aux femmes de rester dans un cadre sécurisé en s'assurant que les interactions avec ces dernières étaient respectueuses. Ils ont également fait signer un consentement et une clause de confidentialité aux femmes et à leurs traductrices avant chaque interview. Les femmes ont également eu la possibilité de stopper leur participation quand elles le désiraient. Des pseudonymes ou des codes ont été employés pour les identifier afin de préserver leur identité. Les auteurs ont, enfin, proposé un service de soutien lorsque les thématiques abordées bouleversaient les participantes.

Les limites de cette étude ne sont pas réellement abordées par les auteurs. Il semble important pourtant d'en citer afin de prendre en compte les biais possibles. Pour commencer, la taille de l'échantillon n'est que de 30 femmes, ce qui paraît limité pour être transposable à l'ensemble de la population migrante canadienne. De plus, le fait de mélanger les résultats des femmes migrantes et des femmes réfugiées, peut aussi provoquer des résultats biaisés. Par ailleurs, il y a peu d'informations sur la durée de séjour de ces femmes, au Canada. Il est uniquement stipulé, dans les critères d'inclusion de l'étude, que la durée de séjour ne doit pas excéder 10 ans. Aucune information sur la durée moyenne de séjour n'est donnée, pourtant, les auteurs concluent que les nouvelles migrantes sont plus à risque de souffrir d'une DPP.

Suite aux résultats, les recommandations proposées par les auteurs suite à l'étude apportent des solutions précises : plus d'informations sur la DPP auprès des femmes et de leur entourage, dépistage plus régulier de la DPP, rediriger les femmes dans les réseaux de soins appropriés). Ils suggèrent d'entreprendre de nouvelles études qualitatives afin d'affiner la connaissance des besoins spécifiques à ce type de population pour créer un suivi plus optimal dans la prévention de la dépression. Ils proposent, enfin, de mener une étude se concentrant sur le soutien dispensé par les soignants au moyen de la communication téléphonique.

2. Contribution of immigration to depressive symptoms among pregnant women Canada

Miszkurka, M., Goulet, L. & Zunzunegui, M.V. (2010).

Le 2^{ème} article étudié est issu du Canadian Journal of Public Health. L'étude a été publiée par l'Association canadienne de santé publique (ACSP) dont le comité de rédaction se compose de spécialistes en santé publique au Canada. L'ACSP représente la santé publique au Canada et entretient des liens étroits avec la communauté de la santé publique internationale.

Les auteurs de cette étude travaillent à l'Université de Montréal (dans le Département de médecine sociale et préventive et/ou à l'Institut de Recherche en Santé Publique). Cette étude, multicentrique, a été menée dans quatre maternités appartenant à des grands centres hospitaliers de Montréal. Elle a 2 objectifs principaux : 1/ Estimer la prévalence de la dépression prénatale chez les femmes migrantes selon la durée de séjour au Canada et la région d'origine et de la comparer avec celles des natives; 2/ Evaluer le rôle des facteurs économiques et du soutien social dans cette dépression.

Les données de cette étude proviennent d'une étude de cohorte prospective sur les différences socioéconomiques dans les naissances d'enfants prématurés, menée, de 1999 à 2004, dans quatre maternités de Montréal. 3834 femmes natives et 1495 femmes nées à l'étranger sont recrutées lors des examens échographiques, sanguins ou obstétricaux. A 24-26 semaines de grossesse, elles ont été interviewées et leurs symptômes dépressifs ont été évalués selon l'échelle de dépression du Centre des études épidémiologiques (CES-D). Les critères d'éligibilité étaient les suivants : 1/ Âge supérieur à 18 ans à la date du terme ; 2/ Grossesse unique ; 3/ Français ou anglais courant ; 4/ Exclusion des femmes avec facteurs de risque de prématurité ou anomalie fœtale.

Les variables prises en compte dans cette étude sont issues de l'interview menée entre 24 et 26 semaines de grossesse :

- Démographiques : âge, date d'immigration, origine
- Concernant la grossesse : parité, désir de grossesse
- Socio-économiques : éducation, manque d'argent, langue parlée à la maison
- Concernant le soutien social : statut marital - nombre de personnes pouvant aider – nombre de personnes à qui se confier

Afin d'étudier les facteurs influençant la prévalence des symptômes dépressifs, 4 modèles ont été élaborés, qui incluent les variables précitées. Le quatrième modèle est celui incluant le soutien social dans ses résultats.

Résultats

Les résultats, comparables à la littérature existante, confirment que les femmes migrantes ont une prévalence plus élevée de présenter une symptomatologie dépressive pendant la grossesse (plus de 30% pour les migrantes, 23% chez les canadiennes de souche). Cette prévalence varie beaucoup selon la région d'origine, jusqu'à 45% pour les femmes issues des Caraïbes, alors que pour d'autres types de provenance la prévalence de la dépression peut être inférieure à celle des natives. Les groupes les plus vulnérables sont ceux présentant un manque plus important de soutien social, quelle que soit la durée de séjour.

Les résultats de cette étude répondent positivement à la question de recherche de cette revue de la littérature et de façon significative : le soutien social réduit la prévalence de dépression alors que le manque de soutien social l'augmente chez toutes les femmes. Lorsque les variables explicatives sont enlevées (en particulier le manque d'argent et le manque de soutien social), les probabilités de dépression accrues chez les immigrantes s'atténuent fortement.

Soutien social personnel Réduit la prévalence de dépression anténatale

Le manque de soutien social général (personnes pouvant aider, sans distinction de type de soutien) et le manque de soutien social émotionnel (personnes à qui les femmes peuvent se confier), augmente la prévalence de dépression anténatale. L'étude précise les questions qui ont été posées à propos du soutien social ce qui permet au lecteur de connaître les types de soutien social investigués. Le soutien social général (sans distinction du type) est abordé dans la question : « Parmi votre famille et vos amis, y a-t-il quelqu'un qui peut vous aider en cas de besoin ? ». Le soutien émotionnel est quant à lui abordé dans la question : « Parmi votre famille et vos amis, y a-t-il quelqu'un à qui vous confier ou à qui parler librement de vos problèmes ? ». Les questions ne traitent pas de la satisfaction du soutien, mais ces deux questions entraînent, de fait, une évaluation de la part de la femme.

Manque de soutien social personnel (famille et amis) :

Général (les 4 types confondus)	Augmente la prévalence de dépression anténatale Prévalence de dépression anténatale augmentée de 237% en cas d'absence totale de personne pouvant aider
--	--

Emotionnel	Augmente la prévalence de dépression anténatale
-------------------	--

Prévalence de dépression anténatale augmentée de 332%
en cas d'absence totale de personne à qui se confier

Le soutien apporté par le conjoint, n'est abordé que du point de vue quantitatif (présence ou absence), son absence augmente la prévalence de la dépression de 58%. Le manque d'argent augmente encore plus fortement la prévalence de dépression (245%) et l'exclusion de cette variable en réduit la prévalence. Les auteurs extrapolent alors que le soutien matériel réduirait le risque de dépression (même si la question du soutien matériel n'est pas posée en tant que telle).

Absence du partenaire : La prévalence de dépression anténatale est augmentée de 58% par rapport à une situation mariée + présence du conjoint au domicile

Manque sévère matériel (financier) : La prévalence de dépression anténatale est augmentée de 245% par rapport à une absence totale de manque

Il est observé que les femmes natives du Canada ont plus de personnes qui peuvent les aider et avec qui elles peuvent parler, comparé aux femmes issues de la migration. Ceci est mis directement en lien avec la prévalence de la dépression plus basse chez les canadiennes.

Les auteurs concluent au rôle crucial du soutien social, qui, favorisant l'intégration et la réduction de la pauvreté, diminuerait le risque de dépression prénatale.

Analyse critique

Le titre correspond à la globalité des objectifs de l'étude, toutefois, puisqu'ils sont multiples, il aurait été trop long d'entrer plus dans le détail. Ainsi, le titre ne fait pas mention du soutien social évoqué dans les objectifs.

Les auteurs, spécialistes en médecine sociale et santé publique de l'Université de Montréal, sont légitimes pour traiter le sujet. La dimension éthique est prise en compte, l'étude est approuvée par les comités d'éthique des 4 hôpitaux et ne présente pas de conflits d'intérêt.

C'est une étude de cohorte multicentrique menée dans des centres hospitaliers similaires (de taille importante, situés à Montréal). Plus de 5000 femmes dont 1495 migrantes femmes,

font partie de l'échantillon. Les critères d'inclusion permettent un échantillon diversifié mais la représentativité peut pâtir de l'exclusion des participantes ne parlant pas français ou anglais.

Les objectifs sont en cohérence avec la littérature existante. Ils sont multiples, ce qui a l'avantage de permettre une vue globale de cette problématique mais ils manquent un peu de clarté. Les auteurs citent trois objectifs, mais le premier et le dernier se confondent et sont d'ailleurs fusionnés dans le résumé de l'étude. De plus, la question de recherche n'est pas transcrite dans l'étude.

Le soutien social est, dans cette étude, abordé uniquement, sous l'angle du soutien personnel (conjoint, famille, entourage), cette information est donnée au lecteur dans la partie méthode, notamment à travers les 2 questions posées aux femmes à propos du soutien social. Les auteurs justifient le choix de l'échelle de dépression CES-D par sa fiabilité reconnue et en se référant à une étude de 2008 portant sur un échantillon multiethnique à Singapour.

Les valeurs de probabilité (p-value) sont presque toutes < 0.05 , et même < 0.001 dans les tableaux 2 et 3, les résultats sont donc significatifs. Ils sont, de plus, comparables à ceux de la littérature existante et répondent aux objectifs. L'échantillon est suffisamment large pour permettre une répartition équitable selon les variables étudiées. La présentation des résultats sous forme de tableaux incluant et excluant les facteurs de risque, bien que peu évidente à appréhender, apporte des informations précieuses sur l'impact du soutien social. L'explication de la particularité de chaque type de modèles employés mériterait peut-être plus d'informations.

Tous les modèles présentés sont ajustés à l'âge, ce qui permet d'éviter un biais. Les auteurs sont clairs sur leurs biais potentiels : 1/ L'origine précise de la dépression est inconnue, 2/ Le risque de généralisation des résultats 3/L'exclusion des patientes ne parlant pas français ou anglais. Pour finir, il n'y a aucune information concernant la raison qui a poussé les auteurs à mener cette étude qui explore rétrospectivement les données de leur précédente étude.

3. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes.

Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., Deblois, S., Durand, D., Lefèbvre, C. & Heneman, B. (2002)

Ce troisième article a été publié, en 2002, sur la plateforme Erudit. Cette plateforme est un consortium interuniversitaire comprenant l'université de Montréal, l'université de Laval et l'université du Québec à Montréal. L'article a été écrit par des auteurs issus de différents horizons (professeur de faculté, anthropologue, responsable de services sociaux).

Cette étude qualitative s'est déroulée sur une période allant de 1998 à 2000, à Montréal. Les auteurs ont cherché à identifier dans un premier temps les points importants permettant d'évaluer la vulnérabilité des femmes migrantes et dans un deuxième temps de mieux orienter les femmes vers les réseaux de soins appropriés. Les auteurs définissent la vulnérabilité comme une notion large comprenant des difficultés d'ordre psychosocial, de détresse psychologique, de précarité financière et d'isolement.

Cette étude se divise en deux axes complémentaires. Les auteurs ont mené parallèlement des entretiens avec de jeunes mères immigrantes et ont participé à des colloques de professionnels, spécialisés dans le domaine du social.

Les entretiens ont été menés avec 91 mères immigrantes ayant un enfant entre 3 et 12 mois avec comme but d'explorer les relations qu'il peut y avoir entre les différents types de migration, les différents aspects liés à l'intégration de ces femmes dans le pays d'accueil et les aspects de leur vie parentale. Tout cela dans une perspective d'évaluer leur vulnérabilité. Ces femmes ont des profils divers (parité, âge, état civil, niveau scolaire) avec des parcours migratoires différents. Elles sont établies au Québec depuis moins de 6 ans, soit via des programmes de regroupement familial, soit avec un statut de réfugié ou encore dans l'attente d'un statut. Plusieurs dimensions ont été analysées, notamment le réseau social et familial, le contexte pré-migratoire et post-migratoire, les conceptions parentales et le profil socioéconomique.

La participation aux colloques professionnels avait pour but d'expliquer comment était évalué le degré de vulnérabilité des femmes migrantes. Ces intervenants, au nombre de 19, travaillent dans différents centres sociaux : Centre Local de Services Communautaire¹ « CLSC » et des organismes communautaires. Ils exercent différentes professions

¹ Le CLSC offre divers services : de santé, sociaux, de nature préventive ou médicale ; de réadaptation et de réinsertion ; des activités de santé publique.

(infirmières, travailleuses sociales, préposées en relations humaines) et ont des profils variables (nombre d'années d'expérience, niveau d'étude, âge).

Résultats

Vulnérabilité provoquée par le manque de soutien social

Les mères privées de soutien social présentent plus de difficultés émotives et de signes de dépression (évalués par l'échelle d'Hopkins) : solitude, tristesse, perte d'appétit, insomnie, anxiété, culpabilité, perte d'estime de soi. Les mères sont conscientes de cela, elles attribuent elles-mêmes leur fragilité émotive au manque de soutien social. En effet, 55% des femmes interrogées mentionnent que l'isolement est une source de fragilité de leur état émotif. 12% des mères citent la précarité, le soutien matériel, comme source de vulnérabilité.

Le contexte migratoire, le soutien social et son impact sur le vécu émotionnel

Les résultats mettent évidence que le contexte migratoire a un impact sur la vulnérabilité émotionnelle des femmes en raison d'un manque de soutien social qu'il engendre. En revanche si celui-ci s'inscrit dans un projet de vie, ou un regroupement familial il est observé que ces femmes, moins isolées sont moins exposées au risque de vulnérabilité, vivant la migration comme une continuité. Les auteurs font la différence entre un soutien quantitatif/reçu et qualitatif/perçu. Il est démontré que les femmes qui ne reçoivent pas de soutien qualitatif sont plus à risque de vulnérabilité. De plus, la répartition des membres de la famille détermine le type de soutien (instrumental, estime, émotionnel, informatif) accessible. Les témoignages des femmes montrent que le facteur le plus déterminant au niveau du soutien est la présence des femmes de la famille proche de la jeune femme. Il est relevé que 86% des femmes mentionnent un soutien possible de leur famille et notamment de leur mère. La présence du mari a un impact positif au niveau du soutien social perçu et il est décrit qu'à l'inverse leur faible implication dans la famille est perçue par les professionnels comme risque de vulnérabilité psychique.

Soutien professionnel : accès aux services prénataux

Il est observé que l'accessibilité aux services d'aide, leur capacité à répondre aux besoins et à contrer la faiblesse du réseau de soutien social maternel diminue les risques de vulnérabilité. Ces risques sont à contrario augmentés par un manque d'accessibilité à ces services, provoqué notamment par : la barrière de langue, la perception des professionnels d'un risque minime de vulnérabilité. En effet, seules les femmes ayant été jugées vulnérables participent aux activités périnatales proposées par les professionnels de la

santé. De plus, celles parlant français ont plus accès aux cours prénataux, tandis que les allophones ont plus accès aux services de distribution alimentaire. Le retour qu'ont fait les femmes sur ces activités est positif, on peut voir qu'une satisfaction du soutien informatif a un effet protecteur sur la vulnérabilité.

Analyse critique

Le titre est succinct et permet difficilement de comprendre l'objectif principal qui est d'étudier les moyens d'évaluation de la vulnérabilité des mères immigrantes afin de mieux la dépister et permettre à ces femmes d'intégrer un réseau de soin adéquat. La question de recherche est pertinente et justifiée car elle cible un manque dans une pratique professionnelle spécifique concernant les femmes migrantes.

Les auteurs sont légitimes pour traiter de ce sujet, la diversité des intervenants suggère une richesse dans l'élaboration du projet et dans l'analyse des résultats.

La problématique et les objectifs de l'étude sont clairement décrits. Ils permettent de mettre en évidence les convergences entre les femmes migrantes et les professionnels et à l'inverse d'identifier leurs divergences.

Concernant la méthodologie, les auteurs ont récolté les informations sous forme de questionnaires ce qui est pertinent dans ce genre de recherche, l'échantillon est composé de 90 femmes ce qui est suffisant pour mener une étude qualitative. La problématique de l'éthique n'est pas abordée par les auteurs, ce qui est un manque au niveau de la légitimité de l'étude. En effet on ne retrouve pas dans l'étude des informations quant au déroulement des entretiens, ni à l'existence de consentement signé et ni au déroulement du recrutement des femmes. L'analyse des résultats est rigoureuse, se présente sous forme de tableaux. Ils sont significatifs, structurés de manière à être compréhensible et permettent une lecture qui reflète fidèlement les réponses obtenues.

Les limites de l'article se retrouvent dans le manque de détails au niveau de la conduite des entretiens et des modes d'évaluation lors des colloques entre les différents professionnels de la santé. De plus, les professionnels rencontrés dans cette étude, de par leur spécialisation dans le domaine social, ne sont pas représentatifs de l'échantillon de professionnels rencontrés habituellement dans le réseau de périnatalité. On retrouve une autre limite, dans l'analyse des résultats, la différence entre les réflexions personnelles des auteurs et la synthèse des résultats n'est pas toujours claire. Ceci vient notamment du fait que pour illustrer leurs propos, ils citent à plusieurs reprises des témoignages supposés représentatifs de plusieurs vécus de femmes. Une des limites de cette étude vient du fait qu'elle ne

représente que la région du Québec et pas d'une population plus mixte. Le dernier point à relever dans les limites de cette étude se situe dans l'analyse des résultats. En effet, les auteurs ne prennent pas en compte le type d'accueil que les femmes ont reçu à leur arrivée au Québec, ni leurs connaissances du réseau social et d'aide en place à ce moment-là. D'après les auteurs, il leur est impossible de généraliser les résultats à cause des limites inhérentes à cette étude (non détaillées dans l'article).

Les nombreux aspects pris en compte par les auteurs permettent une vision globale. Toutefois, certains sujets spécifiques sont affectés par cette globalité. Les résultats de cette étude incitent les auteurs à effectuer d'autres recherches pour valider les facteurs de vulnérabilité relevés.

4. Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones

Goguikian Ratcliff, B., Pereira, C., Sharapova, A., Grimard, N., Borel Radeff, F. & Moratti, A. (2014).

Cette étude genevoise, soutenue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office des migrations, a fait l'objet d'une diffusion, en juillet 2014, sur le site internet de l'OFSP et de l'Université de Genève. Sa publication est prévue par ses auteurs courant 2015. Ceux-ci travaillent à l'Unité de psychologie clinique interculturelle de l'Université de Genève, à l'Arcade des sages-femmes et à Appartenances-Genève, association pour la promotion de la santé psychique et communautaire des personnes migrantes.

Les objectifs de cette étude prospective longitudinale, alliant méthodes quantitatives et qualitatives (Creswell & Plano Clark, 2007) sont multiples :

1. Evaluer la prévalence de la dépression (et de l'anxiété) prénatale et postnatale chez des migrantes allophones à Genève
2. Identifier les facteurs de risque psychosociaux et obstétricaux associés à cet état de stress
3. Identifier différents profils de femmes à risque de présenter un stress important durant la période périnatale
4. Mieux comprendre les sources de stress perçu, les besoins, ainsi que les attentes exprimées en vue d'éventuels programmes de prévention et d'intervention.

Les données ont été recueillies en 2 phases :

Pour la 1^{ère} partie de l'étude, elles ont été récoltées, grâce à deux questionnaires, distribués lors du dernier trimestre de grossesse, pendant les cours de préparation à la naissance (PANP) « Enceinte à Genève ». Ce programme de cours est destiné aux femmes non francophones, il a été élaboré par l'Arcade des sages-femmes conjointement avec Appartenances-Genève. Ce projet a le soutien de la Ville et du Canton de Genève. Le premier questionnaire traite de la problématique de la socio démographie de ces femmes et le deuxième est un questionnaire de dépistage du risque de dépression selon l'échelle EPDS. Le 1^{er} est composé d'une vingtaine d'items et a été distribué lors du 1^{er} cours de PANP, entre janvier et décembre 2013. Dans ce questionnaire certains items concernent le soutien social ; les membres de la famille à Genève et le réseau social à Genève. Lors du 3^{ème} cours de PANP, les femmes ont répondu au questionnaire de dépistage de la dépression EPDS. Ces 2 questionnaires, distribués par la sage-femme et une stagiaire

psychologue, ont été complétés par les participantes aidées de l'interprète, avant ou après les cours.

Pour la 2^{ème} partie de l'étude, les données ont été recueillies, au domicile des participantes, 8 à 12 semaines post-partum, par une psychologue accompagnée de l'interprète présente aux cours (avril 2013 à mars 2014). Cette visite d'une heure et demie, débutée par un entretien postnatal semi-structuré de 26 questions ouvertes passant en revue plusieurs thèmes (le vécu de la grossesse et de l'accouchement, la satisfaction des cours, le support familial, le retour à domicile, le bébé) était suivie de l'administration de l'échelle EPDS. Enfin, l'échelle de sensibilité maternelle d'Ainsworth était remplie par la psychologue juste après la visite.

Un dernier recueil de données, effectué à partir des informations communiquées par la sage-femme et par les participantes, est venu compléter ces 2 phases. Il concernait les complications périnatales rencontrées par les patientes au niveau obstétrical et/ou psychologiques pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

32 femmes enceintes non francophones résidant à Genève ont participé à la première phase de l'étude, et 28 ont répondu à la 1^{ère} échelle EPDS. Elles ont été recrutées parmi les 34 inscrites au programme Enceinte à Genève en 2013. La population est donc celle spécifique au programme : migrantes majoritairement primo arrivantes, majoritairement primipares, au statut légal précaire pour 44% d'entre elles. Les nationalités de l'échantillon sont variées : 25 pays représentés sur 32 participantes (Afrique 28% - Amérique Latine 28% - Asie 25% - Europe 18%). Les critères d'exclusion étaient un suivi psychiatrique en cours ou moins de 3 cours (sur les 7 du programme) suivis. 24 femmes ont participé à la 2^{ème} phase de l'étude.

Les variables prises en compte dans ce rapport sont :

- Scores EPDS : global prénatal – global post-natal
- Sous échelle EPDS : anxiété (prénatal – post-natal) – dépression (prénatal – post-natal)
- Score de sensibilité maternelle vis-à-vis du nouveau-né
- Présence ou absence de complications périnatales
- Principales variables indépendantes : âge – durée de séjour en Suisse – parité – logement – statut légal – absence de support conjugal – cumul de facteurs de risque (statut légal précaire + logement inadapté + absence de support conjugal)

En ce qui concerne l'éthique, les auteurs précisent que la participation à l'étude a été proposée lors de l'inscription aux cours par la sage-femme. De plus, au 1^{er} cours, un consentement écrit a été signé après lecture de la Feuille d'information aux participantes, en présence de l'interprète. Si le cadre éthique n'est pas plus décrit par les auteurs, les notions d'autonomie, de bienfaisance et justice auxquelles la question éthique se réfère, se retrouvent dans le but même du programme en cours à Genève, en cohérence avec l'objectif d'Appartenances Genève : « promouvoir le développement de l'autonomie et de la qualité de vie des populations migrantes »

Résultats

Impact du soutien social sur les symptômes dépressifs

Les réponses à l'entretien postnatal ont été synthétisées en regroupant les femmes en 2 catégories :

- Evolution favorable : femmes non déprimées en post natal (8 à 12 semaines post-partum) (déprimées ou non en prénatal)
- Evolution défavorable : femmes déprimées en post natal (8 à 12 semaines post-partum) (déprimées ou non en prénatal)

Les auteurs ont ainsi pu étudier les caractéristiques spécifiques à chacun des groupes. Ils en concluent que « Les seuls facteurs qui différencient les femmes du groupe Evolution Favorable de celles du groupe Evolution Défavorable sont l'absence de soutien conjugal et familial. »

Impact du soutien familial :

5 femmes sur 7 ayant connu une évolution défavorable rapportent une rupture de lien familial avec leur mère notamment.

12 femmes sur les 14 ayant connu une évolution favorable rapportent des contacts réguliers avec leur famille au pays et/ou en Suisse.

Impact du soutien du conjoint :

7 femmes sur 7 ayant connu une évolution défavorable rapportent une absence ou un manque d'aide de la part de leur conjoint.

12 femmes sur les 14 ayant connu une évolution favorable rapportent être aidées par leur conjoint.

10 femmes sur les 14 ayant connu une évolution favorable rapportent être fortement aidées par leur conjoint.

Soutien social (conjoint et familial)	participe	à	l'évolution	favorable	des	symptômes
--	-----------	---	-------------	-----------	-----	-----------

dépressifs

Impact d'autres facteurs (incluant le soutien social) sur les symptômes dépressifs**Impact du cumul de 3 facteurs de risques psychosociaux**

Les auteurs mentionnent que « le fait de cumuler plusieurs facteurs de risque psychosociaux associés à une absence de support marital augmente la probabilité de développer des symptômes d'anxiété et de dépression ». Ces 3 facteurs de risque sont : statut légal précaire (soutien social conjugal), logement inadéquat (soutien social matériel), absence de support conjugal (soutien social conjugal). L'absence de support conjugal caractérise nettement les femmes à statut légal précaire dans cette étude. En effet, l'absence de support conjugal touche significativement plus les femmes à statut légal précaire (43% vs 6%, $p < 0,05$).

**Cumul de 3 facteurs de risques psychosociaux
(concernant tous le soutien social)**

Scores EPDS significativement plus élevés.

Impact de la durée de séjour en Suisse

Les auteurs expliquent que le seul indicateur sociodémographique significatif ($p < 0.05$) différenciant les femmes déprimées des non déprimées est la durée du séjour en Suisse (tableau 4). Ils précisent que ces résultats sont en cohérence avec l'étude de Dennis et al. (2004). Ces auteurs expliquent qu'être primo arrivante dans un pays est un des prédicteur le plus significatif de la dépression postnatale, en effet les événements stressants liés à ce déplacement sont potentiellement néfastes pour ces femmes, comme par exemple le manque de réseau familial et social.

Arrivée en Suisse de moins de 2 ans
 (facteurs de stress + importants,
notamment manque de soutien social)

Scores EPDS prénatal significativement +
élevés

Impact du soutien social sur le bien-être psychologique**Impact du soutien social professionnel**

Les réponses aux entretiens postnataux montrent l'importance du soutien professionnel notamment en cas d'absence de soutien familial :

« En cas d'absence de soutien conjugal et de réseau social les femmes se sont tournées vers les infirmières du foyer, les sages-femmes, l'assistante sociale pour demander des conseils et du réconfort. ». « En partant de chez moi j'étais mal et après le cours j'allais beaucoup mieux ; c'était comme un voyage ! ». « Plusieurs participantes mentionnent que

l'aspect informatif prodigué dans un cadre convivial et multiculturel apporte un réconfort et un important soutien psychologique. »

Soutien social professionnel**Influence positive sur le bien-être psychologique**

Impact du soutien social familial

Les réponses aux entretiens postnataux montrent que le manque de soutien familial retentit négativement sur le bien-être psychologique : le retour à domicile difficile est en effet souvent lié pour les participantes au manque de soutien, elles déclarent « s'être senties seules », « sans personne à leurs côtés », « ne pouvoir compter sur personne pour les aider avec le bébé », ou un manque de qualité de soutien « famille ressentie comme envahissante plutôt qu'aidante ».

Manque de soutien social familial**Influence négative sur le bien-être psychologique**

« Un autre sous-groupe de femmes a vécu le retour à domicile de manière plus sereine. Ces femmes disposent pour la plupart de la présence d'un mari participant aux tâches quotidiennes ou aux soins du bébé et d'un réseau familial ou social. »

Soutien social familial**Influence positive sur le bien-être psychologique**

Analyse critique

Mené par des spécialistes du sujet, et soutenu par l'Office fédéral de la santé publique et l'Office des migrations, ce rapport présente un gage de fiabilité. Toutefois, il ne bénéficie pas d'une garantie de relecture critique des pairs autant que l'aurait été une étude publiée.

Les méthodes, échelles et instruments sont clairement décrits. Cette étude utilise des échelles reconnues, notamment l'échelle EPDS, qui dépiste le risque de dépression en analysant les potentiels symptômes dépressifs. Les auteurs, en accord avec trois autres études (Gaillard, Le Strat, Mandelbrot, Keïta & Dubertet, 2014 ; Hanlon et al. 2008 ; Poinso et al., 2001), justifient le seuil auquel une femme présente un risque de dépression à 12/30.

Le titre de l'étude mentionne le « stress périnatal » et non les « symptômes dépressifs » certainement en raison de l'évocation des facteurs de stress dans les entretiens postnataux, bien que les réponses à ces entretiens aient été synthétisées en distinguant 2 groupes identifiés grâce au score EPDS postnatal. Ces notions paraissent par ailleurs se regrouper

pour les auteurs qui précisent désigner par le stress périnatal les symptômes anxio-dépressifs éprouvés par les femmes durant cette période.

Les questionnaires ont été menés par des professionnels adaptés. Toutefois, la différence de contexte de l'administration du questionnaire EPDS (1^{ère} fois au cours de PANP et 2^{ème} fois à domicile après un entretien semi-directif ayant fait réfléchir les femmes sur leurs vulnérabilités ne pourrait-elle pas avoir un impact sur l'évolution des résultats ?

De plus, comme le souligne les auteurs, des biais peuvent être introduits par : la validité culturelle (expression culturelle de manifestations propres à la sphère affective), par le fait que les questions soient souvent mal comprises par les femmes non scolarisées et par le fait que les items aient été lus et reformulés par les interprètes pour les femmes illettrées.

L'échantillon spécifique de cette étude complète ceux des études où les migrantes allophones sont souvent exclues. Une des forces de cette étude est ainsi, l'origine démographique différente des femmes de l'échantillon : 25 pays représentés sur 32 participantes. Les auteurs expliquent clairement la difficulté d'extrapolation de leurs résultats à l'ensemble de la population migrante genevoise en raison de la spécificité de l'échantillon non représentatif de la population migrante à Genève. Les participantes sont en effet recrutées dans un programme de préparation à la naissance s'adressant à une population spécifique : migrantes majoritairement primo arrivantes, majoritairement primipares, au statut légal précaire pour la moitié d'entre elles (contre 7% en Suisse selon l'OFS), avec une surreprésentation de femmes de milieux défavorisés. Il semble même difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des migrantes allophones à Genève qui est l'objectif numéro 1, en raison de cette spécificité de l'échantillon.

La méthodologie mixte qualitatif / quantitatif : permet d'obtenir des résultats chiffrés mais aussi de mieux comprendre les migrantes, notamment par rapport au stress perçu, ainsi que de limiter le biais lié à la validité culturelle de l'EPDS. La taille réduite de l'échantillon (32 pour la 1^{ère} phase et 24 pour la 2^{ème} phase) correspond néanmoins plus à celle d'une étude qualitative et la significativité des résultats en est impactée, ainsi que la possibilité d'extrapolation à plus large échelle.

En effet, la comparaison des données, mène ainsi à des sous-groupes réduits et rend la quasi-totalité du tableau « Caractéristiques sociodémographiques en fonction des scores EPDS » non significative. Par exemple, pour la variable absence de soutien conjugal, les sous-groupes obtenus sont de 3 personnes (EPDS \geq 12) et 1 personne (EPDS < 12).

L'étude de nombreuses variables comme, par exemple, pour le premier questionnaire qui contient 20 items, permet d'obtenir de nombreux résultats, mais souvent non significatifs à cause de la taille restreinte de l'échantillon. La création de la variable « cumul de facteurs de

risque », regroupant plusieurs variables permet d'augmenter la significativité des résultats. Les auteurs présentent en effet le résultat associé à cette variable comme significatif. Elle ne se retrouve malheureusement pas dans les tableaux annexes. Les auteurs mentionnent la limite due à la taille de l'échantillon mais n'évoquent pas la perspective d'augmenter la taille de l'échantillon en étudiant les groupes de plusieurs années (par exemple, à partir de 2011, date de l'introduction de l'échelle EPDS dans le programme Enceinte à Genève) pour leurs futures recherches.

Par ailleurs, s'il est indiscutable que la comparaison des groupes « favorable » et « défavorable » fait nettement ressortir l'impact du soutien social familial et du conjoint, il est difficile d'extrapoler un pourcentage sur un si petit échantillon. En effet, décrire, par exemple, les résultats sous la forme 5 femmes sur les 7 de l'échantillon plutôt que « 71% des femmes ayant connu une évolution défavorable rapportent une rupture de lien avec leur mère et leur famille restée au pays » semble plus approprié à la taille de l'échantillon, et plus révélateur.

La variable « absence de support conjugal » est liée à des résultats significatifs certainement en raison de la forte différence entre les groupes (43% vs 6%, $p < 0,05$) bien qu'ils soient de petite taille (14 femmes à statut légal précaire vs 18 à statut légal non précaire). Il est à noter que, dans cette étude, l'absence de soutien familial touche autant les femmes avec statut légal précaire que celles avec un statut légal non précaire. L'absence de différence entre les groupes concernant la variable « absence de support social » est intrigante au vu des résultats de la variable absence de support conjugal.

5. Factors associated with depression in Pregnant Immigrant Women

Zelkowitz, P., Schinazi J., Katofsky, L., Saucier, J.-F., Valenzuela, M., Westreich, R. & Dayan, J. (2004).

Cet article est issu du journal international *Transcultural psychiatry* en 2004, rédigé au sein de l'université de McGill et publié par Sage Publications. Il est réalisé dans le cadre d'une étude menée par le département de psychiatrie de l'université de McGill.

Le but de cette étude est d'évaluer les facteurs de risques psychosociaux ayant un impact sur la symptomatologie de la dépression, sur les symptômes somatiques et le statut fonctionnel dans un échantillon de femmes enceintes immigrantes à Montréal, au Canada. Les auteurs se basent sur « le model Rogler (1994) » pour élaborer l'hypothèse que les femmes dépressives seraient plus sujettes à des changements dans leurs relations sociales.

Le titre exact de la problématique est : «Quels sont les facteurs associés à la dépression chez les femmes enceintes immigrantes ? »

Cette étude est prospective et qualitative. Les auteurs recrutent les futures participantes dans deux hôpitaux de Montréal, connus pour recevoir une population immigrante importante. Dans un premier temps, les femmes sont abordées lors de leur rendez-vous en obstétrique ou pendant leur participation à des sessions d'informations prénatales. Un premier questionnaire leur est proposé qui porte sur les critères d'inclusion à l'étude.

Les critères d'inclusion sont précis et ciblés sur les facteurs démographiques des parturientes: 1) née hors du Canada ou des USA, 2) > ou 18 ans révolus, 3) Immigrée au Canada à l'âge adulte ou avec un compagnon, 4) Capable de parler français, anglais ou espagnol. Les femmes qui répondent aux critères peuvent participer à la deuxième partie de l'étude qui consiste en une interview à leur domicile menée dans l'une des trois langues sélectionnées. 139 femmes remplissent les critères d'inclusion mais 19 décident finalement de ne pas faire partie de l'étude.

Cette interview se compose de six questionnaires qui évaluent les différents facteurs de risques de la dépression. Celle-ci est dépistée en tout premier par « L'échelle EPDS » (Cox et al., 1987), les auteurs ont fixé pour cette étude la limite de risque d'avoir une dépression au score de >12. Ainsi, ils considèrent que la dépression est dépistée une fois ce seuil égalé.

Par la suite, ils ont évalué « les symptômes somatiques » avec la méthode de Kirmayer, Galbaud du Fort, Young, Weinfeld et Lasry (1997) qui prend en compte 12 symptômes potentiellement apparus pendant l'année en cours. Une troisième échelle évaluée, « le statut fonctionnel [SF-20] » (Ware, Sherbourne, & Davies, 1992) qui lui, apprécie au travers de 20 items divisés en six sous-chapitres : le rôle fonctionnel, le fonctionnement social, la santé mentale, les douleurs physiques. Par la suite, ils interrogent les participantes au sujet de leurs sentiments face aux problèmes de la langue, à leur potentielle appartenance à une minorité ethnique et si elles ont été confrontées à de la discrimination, puis au moyen d'une liste qui répertorie 14 événements potentiellement stressants en lien avec un risque de dépression (Kirmayers et al. 1997) et (Paykel et al., 1969), ils comptabilisent tous ces résultats pour mesurer l'impact des événements stressants sur la dépression. De plus, ils mesurent la satisfaction de la relation maritale des femmes participantes au moyen de l'échelle de « Dyadic Adjustment [DAS] » (Spanier, 1976) qui couvre 4 domaines ; le consensus, la satisfaction, la cohésion, la démonstration affective au sein du couple.

La dernière échelle analysée porte sur « le soutien social » et l'évalue grâce à « The Arizona Social Support Interview Schedule [ASSIS] » (Barrera et al., 1981). Ce support, permettant de récolter des données sur le soutien reçu et perçu afin de mieux analyser le soutien social, est partagé en six domaines : les interactions intimes, le soutien matériel, les conseils, les retours positifs, le soutien pratique et la participation sociale. Toujours, avec l'objectif de mieux saisir la différence fondamentale entre le soutien perçu et reçu, les auteurs invitent les participantes à quantifier le nombre de personnes par lesquelles, elles se sentent soutenues (soutien perçu) pour chacun des six domaines et de comptabiliser le nombre d'individus desquels, elles ont reçu de l'aide au cours des derniers mois (soutien reçu). Les femmes mesurent avec « l'échelle de Likert »² leurs besoins et leurs satisfactions par rapport aux deux types soutiens. Des informations sont aussi récoltées sur les caractéristiques des membres de leur réseau (Origine ethnique, le genre et la nature de leur relation).

Résultats

Les résultats de cette étude analysent dans un premier temps la différence par rapport à la répartition géographique des femmes entre les différentes variables (échelles) exposées plus

² Une **échelle de Likert** du nom du psychologue américain Rensis Likert est une échelle de jugement répandue dans les questionnaires psychométriques par laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation.

haut. Il est mis en avant qu'il n'y a pas de différence notable entre ces variables, ni dans les facteurs de risques de dépression, ni dans le soutien social, ni dans les événements stressants et on ne retrouve finalement pas non plus de dissemblance dans les relations de couple. Ce qui démontre que les femmes de tous les groupes géographiques sont regroupées sous les mêmes résultats.

Dans un deuxième temps, les auteurs s'accordent pour dire que la prévalence du dépistage de la dépression est élevée dans cette étude, en effet on retrouve un pourcentage de 42% de femmes avec un haut risque de dépression présentant par conséquent un score >12 EPDS.

Les auteurs se sont questionnés sur la validité de ces résultats et après vérification de la distribution du score et de la déviation standard ils concluent que les données récoltées sont régulières, ce qui légitime le choix de fixer la limite du score de l'EPDS à 12.

Soutien Social

Tout d'abord, il est démontré que les femmes obtenant un score EPDS >12, ont un réseau comptabilisant peu de membres, précisément ceux dont l'absence impacte le plus le risque de dépression sont les membres de leur communauté ethnique, les parents et les femmes. A contrario, il est observé qu'il n'y a pas de différence notable entre les types de soutien apportés par leurs amis et par les autres types de réseaux. De plus, les résultats mettent en évidence que ces femmes sont peu satisfaites par les différents domaines du soutien social qu'elles reçoivent et présentent un plus grand besoin de soutien social.

Une autre variable ayant également montré son importance dans les résultats concernant le soutien social et le risque de dépression est : « la durée de séjour dans le pays d'accueil ». Les auteurs démontrent que si les femmes résident depuis moins de 5 ans le pays d'accueil, elles ont significativement moins de parents présents au sein de leur réseau de soutien et que 49 % d'entre elles présentent un score EPDS >12 contre seulement 29.5% avec un EPDS >12 chez les femmes résidant depuis plus de 5 ans.

Par la suite, les auteurs ont étudié la différence entre les effets directs et indirects des facteurs de risques, tels que ; les événements stressants, la relation de couple, la satisfaction du soutien social et le besoin du soutien social, sur la symptomatologie de la dépression. Lors de l'analyse de la « figure 1 » qui regroupe les facteurs présentant le plus d'influence sur l'EPDS seulement 3 variables ont démontré un effet direct sur la dépression. Ces dernières sont : le besoin de soutien social (β 0.39), la satisfaction du soutien social (β -0.27), et la satisfaction maritale (β -0.22). En approfondissant l'analyse de la « figure 1 » on

s'aperçoit que ces 3 variables sont intimement liées et interagissent les unes avec les autres ce qui créent une interdépendance. On peut voir aussi à travers ce schéma que la relation entre les événements stressants et la dépression pendant la grossesse est arbitrée par l'ajustement marital. Par exemple, les femmes ayant eu récemment une expérience stressante rapportent avoir une moins bonne relation maritale. De plus, les auteurs mettent en avant que 36% des femmes qui ont un score EPDS > 12 ont des relations conflictuelles avec leur conjoint ou un autre adulte de leur entourage, alors que seulement 10% des femmes ayant un score EPDS < 12 souffrent de cette problématique. Les auteurs en concluent que la prédiction du besoin de soutien est corrélée aux événements stressants, à l'ajustement marital et à la satisfaction du soutien.

Si les femmes ayant un score EPDS >12 ne présentent généralement pas moins de soutien social reçu, elles ont une satisfaction moindre du soutien social par rapport au groupe EPDS < 12 et nécessitent un besoin plus important de soutien, surtout au niveau de l'assistance pratique et des interactions intimes qui sembleraient correspondre respectivement, au soutien matériel et au soutien émotionnel.

Le tableau 4 illustre les différents items du soutien social analysés dans l'étude. Tout d'abord, il indique que concernant le soutien émotionnel, les femmes ayant un score EPDS > 12 présentent significativement moins de soutien (que ce soit au niveau du soutien perçu, à la satisfaction du soutien, du besoin de soutien) que celles ayant un score EPDS < 12. En effet, à un niveau statistique les femmes ayant un score EPDS < 12 sont 22 % de plus que les mères ayant un score EPDS > 12 à être satisfaites par ce soutien et 32 % de plus à percevoir un soutien émotionnel. De plus, les femmes avec un score EPDS > 12 sont 17% de plus que les femmes ayant un score EPDS < 12 à présenter un besoin de ce soutien. Par rapport au soutien matériel, ce tableau démontre que les femmes ayant un score EPDS > 12 présentent significativement moins de soutien matériel perçu et un plus grand besoin de ce soutien. Ainsi, les femmes ayant un score EPDS > 12 sont 38% de plus que les femmes ayant un score EPDS < 12 à présenter un besoin de soutien matériel. Les femmes ayant un score EPDS < 12 sont 58% de plus que les femmes ayant un score EPDS > 12 à percevoir ce soutien et 11 % de plus à être satisfaites par l'assistance pratique.

En comparant ces deux types de soutien, l'effet protecteur du soutien émotionnel vis-à-vis de la dépression apparaît plus important que le soutien matériel. En effet, les femmes ayant un score EPDS > 12 sont plus sensibles à la satisfaction soutien émotionnel que celle du soutien matériel. En revanche, elles sont plus sensibles au soutien perçu matériel qu'émotionnel et au besoin de soutien matériel qu'au besoin de soutien émotionnel.

Le soutien informatif est également détaillé, les femmes avec un score EPDS > 12 présentant significativement moins de satisfaction par rapport au soutien informatif. Ainsi, les femmes présentant un score EPDS < 12 sont 19 % de plus que les femmes ayant un score EPDS > 12 à être satisfaites du soutien informatif. Idem pour le soutien d'estime où elles sont 37 % de plus avec un score EPDS < 12 à percevoir ce soutien comparé à celles présentant un score EPDS > 12 .

Quant aux facteurs démographiques étudiés, âge, parité, éducation, statut, les données récoltées indiquent qu'ils n'ont pas de rôle direct ni indirect sur la symptomatologie de la dépression.

Analyse critique³

Le titre de la recherche englobe les différents thèmes abordés et les hypothèses de travail. Les auteurs, experts dans le domaine de la santé mentale, sont légitimes dans la construction de ce travail de recherche : six d'entre eux travaillent à l'université McGill dans la santé publique, la psychiatrie ou dans les services sociaux et le septième travaille pour l'université de Montréal dans le département de psychiatrie. Le recrutement de participantes s'est fait de manière pertinente, les hôpitaux où elles ont été sélectionnées sont décrits dans l'article comme drainant une population migrante importante. L'échantillon qui découle de cette sélection présente 44 origines et 29 différentes langues et dialectes. Les femmes qui correspondent aux critères sont sélectionnées pour la 2^{ème} étape qui se déroule sous forme d'interview d'une à deux heures au domicile de la patiente ; cela permet à la femme de se sentir en sécurité dans un lieu connu, cela lui laisse le temps de s'exprimer à son rythme et de répondre à toutes les questions, parant ainsi au problème de compréhension de la langue.

Les échelles utilisées pour analyser les résultats sont reconnues et validées par des études antérieures et sont expliquées de manière complète aux lecteurs. Les auteurs fournissent des explications détaillées sur leurs vérifications statistiques et justifient le score de 12 pour l'échelle EPDS. Concernant les types de soutien social, il n'est pas expliqué pourquoi la classification de Barrera et al. a été préférée à celle, plus connue, de House.

³ Description des échelles utilisées par les auteurs en Annexe

Par ailleurs, il est étonnant que la notion d'éthique ne soit pas abordée par les chercheurs, mais il serait surprenant que cette dimension ne soit pas prise en compte étant donné que le Conseil Québécois de la recherche sociale soutient l'étude et que la société de publication fait partie du comité de la publication éthique [COPE].

Les limites de l'étude sont clairement exposées par les auteurs :

1) La barrière de la langue, en effet seulement les femmes parlant espagnol, français et anglais peuvent participer à l'étude. De plus, l'espagnol est privilégié à d'autres langues étrangères par conséquent cela peut former un biais dans la répartition de l'échantillonnage, en favorisant l'accès aux ethnies hispanophones.

2) L'absence d'un groupe de contrôle représentant des femmes immigrantes non enceintes ou des femmes Canadiennes enceintes auraient permis de mieux comparer les facteurs de risques de dépression. Les chercheurs minimisent ce biais en s'appuyant sur une étude (Zelkowitz & Millet, 1995) portant sur un large échantillon de femmes migrantes et non migrantes, soumises au questionnaire de l'EPDS et dont les résultats mettent en avant un risque plus élevé de dépression chez les femmes migrantes. Ce biais est aussi minimisé par le fait que ces résultats sont cohérents avec les études précédentes telles que l'étude de Katofsky et al. (2000) portant sur la dépression prénatale dans la population générale.

3) Le manque d'informations préliminaires sur les antécédents psychiatriques des participantes, ne permet pas d'avoir une anamnèse complète. Il est donc difficile de savoir si les femmes présentant des symptômes dépressifs durant la grossesse les présentaient déjà hors grossesse ou si les symptômes se sont exacerbés lors de la grossesse.

De plus, deux autres biais ont été relevés :

4) Lors de la description des résultats dans le tableau 4, les auteurs ne décrivent pas clairement si le soutien social comprend en plus du soutien de l'entourage analysé, le soutien professionnel, ce qui engendre un biais dans l'interprétation de ces derniers. En effet, dans la grille « ASSIS » établie par Barrera en 1981, utilisée dans cette étude afin d'évaluer le réseau de soutien social et la satisfaction du sujet à l'égard du soutien reçu. Les répondants sont interrogés sur les caractéristiques des membres de leur réseau aussi bien personnel que professionnel.

5) Les auteurs indiquent dans l'étude que dans le tableau 4 sont abordés les quatre domaines : soutien reçu, soutien perçu, satisfaction du soutien et le besoin du soutien. Toutefois, le tableau 4 ne mentionne pas le soutien reçu. Les auteurs auraient-ils décidé de

ne pas transposer les résultats non significatifs ? De plus, la différence entre soutien perçu et satisfaction du soutien semble peu évidente : elle n'est pas expliquée par les auteurs de cette étude, et n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Pour conclure, les recommandations apportées par les auteurs suggèrent de s'intéresser plus spécifiquement au vécu et au ressenti des femmes migrantes vis-à-vis des facteurs de stress mis en évidence dans l'étude.

8. Analyse critique par thématique

Afin de faciliter la lecture, les articles analysés dans cette revue de la littérature ont été cités selon la légende ci-dessous :

1. O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T., Bouchal, S.R. & Este, D. (2012). Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression, *Advances in Nursing Science*, 35(3), E42–E56.
2. Miszkurka, M., Goulet, L. & Zunzunegui, M.V. (2010). Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 358-364.
3. Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., ... Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Revue Service social*, 49(1), 35-69.
4. Goguikian Ratcliff, B., Pereira, C., Sharapova, A., Grimard, N., Borel Radeff, F. & Moratti, A. (2014). *Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones*. (Rapport final pour L'office fédéral de la santé publique).
5. Zelkowitz, P., Schinazi J., Katofsky, L., Saucier, J.-F., Valenzuela, M., Westreich, R. & Dayan, J. (2004). Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 445-464.
- ..

1. Conditions de migration

Les résultats recensés dans ces 5 études, indiquent que le soutien social est un facteur déterminant concernant la façon dont est vécue la migration et ainsi un prédicteur du bien-être psychique des femmes migrantes. Ainsi, l'étude 3 met en évidence qu'en raison du manque de soutien social qu'il engendre, le contexte migratoire a un impact négatif sur la vulnérabilité psychique des femmes. A contrario, si la migration est accompagnée d'un regroupement familial, les femmes sont moins exposées au risque de vulnérabilité. Trois facteurs liés aux conditions de migration et au soutien social ont été particulièrement identifiés dans cette revue de la littérature : langue parlée, durée de séjour et origine géographique.

I. Langue parlée

Ce premier facteur est relevé dans l'étude 2 qui indique que l'incompréhension de la langue du pays d'accueil, en raison du facteur d'isolement qu'il engendre, augmente le risque de symptômes dépressifs pendant la grossesse. L'étude 1, quant à elle, s'intéresse à la dépression post-partum et précise que la barrière de la langue décourage la demande d'aide auprès des centres spécialisés en santé mentale.

II. Durée de séjour

Dans les études 2, 4 et 5, il est mis en évidence que la durée de séjour a un impact sur la dépression prénatale. Ainsi, dans l'étude 2 (n : 1495), les femmes résidant depuis moins de 2 ans au Canada, sont 34% à présenter des symptômes dépressifs, alors qu'elles ne sont plus que 31% après 9 ans. Dans l'étude 5 (n : 119), il est observé que 49 % des femmes résidant depuis moins de 5 ans au Canada présentent un score EPDS > 12 contre 29,5% pour les femmes résidant depuis plus de 5 ans. L'étude 4, quant à elle, démontre que les femmes arrivées depuis moins de 2 ans en Suisse ont également un score EPDS prénatal significativement plus élevé.

Les auteurs de ces trois études, mettent ces résultats en lien avec le soutien social. L'étude 5 ayant notamment mesuré cette variable, explique que le réseau de soutien compte significativement moins de personnes si la durée de séjour est de moins de 5 ans (lorsque le regroupement familial ou le lien avec la communauté migrante d'origine n'a pas encore eu lieu).

III. Origine géographique

Selon l'origine géographique, l'étude 5, ne présentant pas dans ses résultats de différence au niveau du soutien social, n'en présente pas non plus au niveau du risque de dépression. L'étude 2, quant à elle, note que selon l'origine géographique, les groupes présentent une plus forte prévalence de dépression prénatale et ont un manque de soutien social plus important, quelle que soit de la durée de séjour.

2. Soutien social et santé mentale

Toutes les études de cette revue de la littérature s'intéressent à l'impact du soutien social sur la souffrance psychique et plus particulièrement sur les symptômes dépressifs. Ceux-ci sont dépistés par l'échelle EPDS par les études, 1, 4 et 5, l'étude 2 utilisant l'échelle de dépression CES-D et l'étude 3 utilisant l'échelle des symptômes d'Hopkins. Quatre études, s'intéressent plus particulièrement à l'impact du soutien social, tous types confondus, sur la détresse psychologique. Ceci est démontré de façon qualitative pour la dépression post-partum dans l'étude 1 et de façon quantitative pour la dépression anténatale dans les études 2 et 5. Par ailleurs, 55% des femmes interrogées dans l'étude 3, citent, comme cause de leurs symptômes anxieux et dépressifs, l'isolement, classant ce dernier en tête de liste. Cette étude précise, en outre, que les professionnels de la santé communautaires sont également « très conscients de l'isolement dont souffrent ces mères en période périnatale et de l'impact que cette situation a sur leur état émotif ». Il est à noter que l'échelle EPDS a été utilisée selon les études comme outil de dépistage en anténatal ou en post-partum.

3. Les différents types de soutien

L'étude 1 note que le risque de dépression post-partum est favorisé par l'absence de soutien social, indépendamment du type (informatif, émotionnel, matériel, d'estime).

Certaines études relèvent des différences d'impact sur la souffrance psychique selon le type de soutien. Ainsi, si l'étude 2 mesure une augmentation de la dépression anténatale de 237% en cas de manque de soutien social général (les 4 types confondus), une augmentation encore plus forte a été mesurée en cas de manque de soutien émotionnel (332%), et de manque matériel sévère (245%). Ainsi, le soutien émotionnel semble être celui ayant le plus d'impact sur la dépression anténatale. De plus, dans l'étude 3, 12% des mères citent la précarité comme source de vulnérabilité. Il est à noter que seuls les auteurs de l'étude 2 font le lien entre manque matériel sévère et soutien matériel, expliquant que celui-ci réduirait le risque de dépression.

L'étude 5, quant à elle, a quantifié l'impact de chaque type de soutien sur la dépression anténatale (EPDS >12). Chaque type de soutien est décliné en fonction du soutien perçu, de la satisfaction du soutien et du besoin de soutien. Chacun des types de soutien présente au moins une des trois dimensions ayant un impact significatif sur les symptômes dépressifs.

Les auteurs précisent qu'il n'y pas de différence significative en ce qui concerne le soutien reçu entre les femmes dont le score EPDS est supérieur à 12 et celles dont le score EPDS est inférieur à 12. En revanche, les femmes présentant des symptômes dépressifs ont tendance à être moins satisfaites du soutien et présentent un besoin de soutien plus important (notamment matériel et émotionnel). Ainsi, le soutien social perçu semble avoir plus d'effet protecteur sur le bien-être psychique que le soutien social reçu. Il est important de noter que concernant les résultats, la distinction entre soutien perçu et satisfaction du soutien perçu est peu évidente comme expliquée dans l'analyse de l'article.

Les résultats de cette étude confirment l'impact plus important du soutien émotionnel et matériel. En effet, le soutien émotionnel est le seul à présenter un impact significatif pour les trois types de dimensions. Les femmes présentant un score EPDS <12 comparées à celles ayant un score >12 sont 22% de plus à être satisfaites de ce soutien, 32% à recevoir ce soutien et 17% de moins à nécessiter de ce soutien. Quant au soutien matériel et à l'assistance pratique ils présentent deux types de domaines ayant un impact significatif. Le soutien matériel semble avoir plus d'impact que l'assistance pratique. Il est à noter que l'étude 3, utilisant des dénominations différentes, indique que les femmes sont plus satisfaites du soutien instrumental que du soutien matériel. Le peu d'études sur le sujet, leurs différences (sources, périodes étudiées,...) et le manque d'harmonisation des concepts rend toutefois la comparaison délicate.

Ainsi, selon ces études, il semblerait que le soutien émotionnel et le soutien matériel sont ceux ayant le plus d'impact sur la dépression. Toutefois, l'utilisation de classifications par type de soutien social différentes (Barrera pour l'étude 5 et House pour l'étude 2) rend difficile la comparaison.

4. Les sources de soutien

I. Soutien familial

La notion du soutien familial est abordée dans toutes les études, de manière plus ou moins spécifique.

Dans l'étude 4, les réponses aux entretiens postnataux montrent que le manque de soutien familial retentit négativement sur le bien-être psychologique et qu'à contrario, le soutien familial a une influence positive sur celui-ci. Malgré un échantillon de petite taille ($n : 21$), les résultats de cette étude semblent montrer, par ailleurs, l'impact de ce soutien familial sur les symptômes dépressifs. En effet, 5 femmes sur les 7 déprimées au post-partum rapportent une rupture de lien familial, notamment avec leur mère, tandis que 12 femmes sur les 14 non déprimées en post-partum rapportent des contacts réguliers avec leur famille. Au niveau qualitatif, les témoignages des femmes précisent leurs besoins matériels par rapport à ce soutien familial : tâches ménagères, aide avec le bébé. L'étude 5 confirme quantitativement l'importance de ce soutien familial sur un échantillon plus grand ($n : 119$). Les femmes ayant un score EPDS >12 , disposent significativement d'un réseau moindre et la composition de celui-ci présente significativement moins de parents.

L'étude 1, quant à elle indique l'importance du soutien des figures féminines et l'importance du soutien familial dans les stratégies de coping des mères. L'étude 3 va également dans ce sens en montrant qu'un des facteurs déterminants est la présence des femmes de la famille de la jeune mère. Elles sont notamment 86% à indiquer qu'elles auraient eu plus de soutien familial, notamment de leur mère, dans leur pays d'origine. De plus, il est précisé que le soutien matériel est surtout offert par les femmes de la famille.

L'étude 2, ne fait pas de distinction entre le soutien apporté par la famille et celui apporté par l'entourage mais démontre que le manque de soutien provenant des sources personnelles augmente la prévalence de la dépression anténatale.

Ainsi, d'après les résultats de cette revue de la littérature, il semblerait que le soutien social familial ait un impact sur les symptômes dépressifs. Certaines de ces études étudient le soutien familial de façon globale, relevant pour certaines, l'importance des figures féminines ou des mères des femmes migrantes en période périnatale.

II. Soutien conjugal

Toutes les études de cette revue de la littérature s'intéressent au soutien conjugal.

D'un point de vue qualitatif, l'étude 3 indique que le peu d'implication des pères est perçu par les professionnels des services communautaires comme un risque de vulnérabilité psychique et que les femmes se tournent préférentiellement vers leur conjoint pour obtenir

un soutien moral. L'étude 1, quant à elle, signale l'effet protecteur du soutien émotionnel conjugal sur la dépression du post-partum. Les auteurs portent notamment leur attention sur l'impact des conflits au sein des couples. Enfin, les réponses aux entretiens postnataux de l'étude 4 montrent que le manque de soutien conjugal retentit négativement sur les symptômes de la dépression post-partum et qu'à contrario, sa présence a un effet protecteur sur ceux-ci. En effet, 7 femmes sur les 7 déprimées au post-partum rapportent une absence ou un manque d'aide de la part de leur conjoint, tandis que 12 femmes sur les 14 non déprimées en post-partum rapportent être aidées par leur conjoint. Malgré la taille réduite de l'échantillon (n : 21) ces résultats semblent quantifier l'impact important du soutien conjugal sur le risque de dépression.

Pour la dépression prénatale, cette supposition est confirmée par l'étude 2 avec un échantillon plus important (n : 1495) montrant une augmentation de la prévalence de 58% en cas d'absence de partenaire. Ici, le soutien conjugal est abordé d'un point de vue strictement quantitatif (présence ou absence du partenaire), il n'est pas demandé aux femmes si le conjoint peut aider.

Enfin, une comparaison quantitative, entre le soutien familial et le soutien conjugal est effectuée par l'étude 5. Celle-ci indique, en effet, que 36% des femmes ayant un score EPDS > 12 ont des relations conflictuelles avec leur conjoint ou un autre adulte de leur entourage, contre seulement 10% pour les femmes ayant un score EPDS < 12 en période prénatale. En effet, elle indique que l'adaptation conjugale est l'un des 3 facteurs ayant le plus d'influence sur le score EPDS ($\beta=0.22$). Elle met, de plus, en évidence qu'une relation maritale insatisfaisante est liée significativement aux symptômes dépressifs chez les femmes migrantes en période de périnatalité. Les auteurs signalent également que le soutien social et l'adaptation conjugale sont les deux médiateurs principaux entre les événements stressants et la dépression périnatale. Enfin, ils expliquent que les femmes migrantes présentant un réseau social amoindri, ont un besoin de soutien conjugal augmenté, cette information se retrouve d'un point de vue qualitatif dans l'étude 3.

III. Soutien professionnel

Trois études abordent la notion de soutien professionnel de façon qualitative et expliquent son importance.

Dans l'étude 1, il est démontré que le soutien social des soignants (émotionnel, estime et informatif) est un facteur protecteur contre le risque de dépression post-partum. Inversement, lors d'un manque de ce soutien, le risque de dépression du post-partum est augmenté. Les femmes précisent que le soutien professionnel n'est pas toujours à la hauteur de leurs attentes, elles peuvent être insatisfaites et le juger inefficace. Notamment, lorsque les soignants minimisent les sentiments dépressifs des femmes, lors de difficultés de compréhension de la langue ou lors de la non prise en compte des besoins individuels lors des groupes de paroles. En effet, certaines femmes rapportent que les échanges avec les autres femmes lors de ces groupes de paroles peuvent augmenter « leurs pensées négatives » et que le temps de parole est trop restreint pour voir une réelle amélioration.

L'étude 3, va dans le même sens, en démontrant que l'accessibilité aux services d'aide, leur capacité à répondre aux besoins et à contrer la faiblesse du réseau de soutien de l'entourage, diminuent les risques de vulnérabilité.

L'étude 4 montre, quant à elle, l'influence positive du soutien professionnel sur le bien-être psychique. De plus, elle mentionne, qu'en cas d'absence du soutien de l'entourage, les femmes se tournent vers le soutien professionnel (infirmières de foyer, les sages-femmes et l'assistante sociale) pour demander des conseils et du réconfort.

Comme le souligne les auteurs, la comparaison avec d'autres études doit être prudente compte tenu des caractéristiques sociodémographiques spécifiques à l'échantillon, de même que sa taille est à prendre en considération. Toutefois, il est intéressant de constater que la prévalence des symptômes dépressifs au prénatal est plus élevée dans cette étude (EPDS > 12 pour 11 femmes sur 21) que dans l'étude 5 qui compte 42% de femmes avec un score EPDS >12 en prénatal. Au post-partum, cette prévalence se rapproche des taux habituellement rencontrés dans la population des femmes migrantes avec un score EPDS > 12 chez 7 femmes sur 21 pour les femmes ayant bénéficié du programme Enceinte à Genève.

Il est à noter qu'il n'a pas été trouvé dans cette revue de la littérature d'étude abordant spécifiquement cette source de soutien et quantifiant son impact sur la souffrance psychique. Ainsi, la distinction par types de soutien n'est abordée pour le soutien professionnel que dans trois études, de façon qualitative.

Quelques informations sont données sur le soutien informatif dans les études 1, 3 et 4. Ainsi, dans l'étude 1, il est démontré que lorsque les participantes reçoivent assez d'informations concernant l'existence des services de soutien et sur la dépression post-partum, l'accès aux soins est facilité. De plus, si leur entourage et leur conjoint, recevaient également des informations supplémentaires sur la dépression post-partum elles bénéficieraient d'un

meilleur soutien de leur part et par conséquent d'une diminution des risques de dépression post-partum. L'effet protecteur de la satisfaction du soutien informatif sur la vulnérabilité est également mis en évidence dans l'étude 3. Enfin, il est observé dans l'étude 4, que l'aspect informatif, prodigué dans un contexte convivial et multiculturel, apporte un réconfort et un important soutien psychologique.

Le soutien émotionnel et d'estime ne sont abordés que dans l'étude 1 qui explique qu'une relation positive et de confiance est un facteur déterminant pour une prise en charge optimale et donc une diminution du risque de dépression post-partum. Elle explique que certaines femmes déplorent ne pas avoir été encouragées à s'exprimer, d'avoir eu l'impression d'être discriminées ou encore d'avoir ressenti un sentiment de racisme de la part des professionnels de santé.

Ainsi, les résultats de cette revue de la littérature semblent démontrer qu'en période périnatale, le soutien social a un effet protecteur contre la détresse psychologique des femmes migrantes.

9. Discussion de la revue de la littérature

D'après cette revue de la littérature, le soutien social joue un rôle important dans la protection contre la détresse psychologique, dans ce contexte de double vulnérabilité qu'est la migration en période périnatale. L'analyse des résultats a permis d'identifier les thèmes principaux répondant à la question de recherche, ceux-ci vont être maintenant envisagés en regard du reste de la littérature.

1. Les conditions de migration :

L'étude de Battaglini et al. (2002), souligne que si le contexte migratoire favorise le soutien social (le regroupement familial, réseau familial et social plus développé), le risque de souffrance psychique est moins important.

De plus, les résultats de la revue de la littérature, semblent indiquer que les conditions migratoires liées au soutien social ont un impact sur le bien-être psychique des femmes. Ainsi, la langue parlée, la durée de séjour et la zone géographique ont été identifiés comme facteurs déterminants concernant la façon dont est vécue la migration.

L'incompréhension de la langue du pays d'accueil est mise en avant comme facteur d'isolement, décourageant la demande d'aide. A contrario une communication optimale entre les professionnels et les femmes améliore la prise en charge et diminue la vulnérabilité. De plus, « les symptômes psychiques en particulier, tels que l'insomnie, l'agitation et les soucis, de même que les événements traumatisants sont plus facilement confiés à un vis-à-vis qui parle la même langue ». (Bischoff et al., 2003, p. 507). Toutefois, l'intermédiaire de l'entourage pour traduire est déconseillé par les spécialistes : il est plus efficace de faire appel à des interprètes professionnels (Bischoff, 2006).

L'impact de la durée de séjour a été démontré de manière quantifiée sur la dépression prénatale dans les résultats des articles retenus et expliqué par le fait que les femmes récemment arrivées bénéficient d'une prévalence moindre de regroupement familial et de lien avec leur communauté ethnique. Ce lien entre le manque de soutien social lié à une courte période de séjour, est soulevé également dans l'étude de Dennis et al. (2004), où il est démontré qu'être primo arrivante est un des prédicteurs les plus significatifs de la dépression postnatale en raison de facteurs de stress plus importants, notamment le manque de soutien social. A contrario, l'étude de Righetti-Veltema et al. (1998) indique une corrélation positive entre la durée de séjour et la dépression post-partum. Urquia, O'Campo

et Heaman (2012) nuancent ce lien avec l'origine géographique. En effet, ces auteurs expliquent que si une durée de séjour de moins de 10 ans augmente le risque de dépression pour les migrantes d'origine européenne et non européenne, les migrantes d'origine européenne voient leur risque de dépression retourner à la normale après 10 ans. Hors période périnatale, l'étude quantitative de Sayegh et Lasry (1993), illustre que si la durée de séjour est de 1 à 4 ans, 22,7 % des femmes présentent des symptômes dépressifs (n = 203) contre 19% entre 5 et 12 ans et 12.7% après plus de 13 ans.

Ainsi, la majorité des résultats confirment l'impact de la durée de séjour sur le bien-être psychique. Il faut, toutefois, rester attentif au fait que selon les études, les périodes étudiées varient de façon importante rendant la comparaison des résultats plus difficile.

Selon l'origine géographique, il est démontré quantitativement dans cette revue de la littérature, un impact différent sur la dépression en lien avec le soutien social. Ainsi, les groupes ethniques présentant un faible soutien social ont une forte prévalence de la dépression. Cette corrélation est mise en lumière par Stern et Kruckman (1983) qui expliquent que, selon les communautés, les femmes bénéficient d'un soutien différent. En effet, en Afrique et en Asie, elles reçoivent un soutien fort de leur entourage, centré sur leurs besoins et ceux de l'enfant. Dans d'autres régions du monde, un taux croissant de dépression post-partum est mesuré, comme par exemple, en Inde, où il est observé une diminution de la pratique des rituels et des traditions liées au soutien. Il semble difficile pour les femmes migrantes de retrouver ce soutien, moins développé dans la société occidentale, dans le pays d'accueil. En effet, Castelain Meunier (1998), précise que les femmes occidentales ne bénéficient pas ou peu « d'une transmission d'expérience, d'un rituel d'accompagnement ou de passage », et Capponi et Horbacz (2007) ajoutent la notion d'un faible soutien social par rapport à d'autres ethnies.

Toutefois, le soutien social n'est pas le seul facteur protecteur du bien-être psychique en ce qui concerne les conditions de migration. Ainsi, d'autres facteurs, non liés au soutien social, ont également un impact. Si cela, semble évident, pour les événements traumatiques et stressants (Meadows, Thurston & Melton, 2001) d'autres facteurs sont indiqués dans la littérature. Par exemple, la non-participation à la prise de décision de migration est un facteur favorisant la souffrance psychique (Edelstein, 2002). Dans cette revue, seule l'étude de Battaglini et al. (2002), compare les conditions de migration liées ou non au soutien social. Elle mentionne, ainsi le rôle de l'incertitude (quant au statut par exemple) et de l'instabilité (précarité, difficultés d'adaptation) sur le bien-être psychique, même si leurs impacts semblent moindres que celui du soutien social. En effet, si 30% des mères attribuent leurs

difficultés émotives à l'expérience migratoire en soi, 16% aux difficultés d'adaptation et 12% aux difficultés socio-économiques, elles sont 55% à attribuer leurs difficultés émotives à l'isolement et aux séparations.

2. Soutien social

Les résultats de cette revue de la littérature indiquent que le soutien social, tous types confondus a un impact sur la détresse psychologique. De plus, l'étude de Zelokowitz et al., (2004) montre que chaque type de soutien a un effet protecteur sur la prévalence de la dépression périnatale. Ces résultats sont confirmés par plusieurs auteurs, qui expliquent la plus forte prévalence de la dépression périnatale chez les migrantes par leur manque de soutien social (Ahmed, Stewart, Teng, Wahoush & Gagnon, 2008 ; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). De plus, au-delà du facteur protecteur, l'étude de Ahmed et al. (2008) indique que le soutien social est également un facteur de rétablissement du bien-être psychique pour les femmes migrantes souffrant de dépression périnatale.

En outre, l'étude de Zelokowitz et al. (2004) précise le rôle plus important du soutien social perçu, par rapport, au soutien social reçu. Ces résultats ne surprennent pas après l'étude du reste de la littérature. En effet, l'importance du soutien perçu, est désormais reconnue pour la population générale, en période périnatale. Ainsi, de nombreuses études démontrent que le soutien social perçu est celui qui a le plus d'impact sur la souffrance psychique (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2002 ; Capponi & Horbacz, 2005 ; Glazier et al., 2004 ; St-Jean-Trudel, Guay & Marchand, 2009 ; Thoits, 1995). Ces résultats, s'expliquent aussi par le fait que le soutien social a un effet protecteur sur la détresse psychologique des migrantes, hors période périnatale. (Flaherty, Kohn, Golbin, Gaviria & Birz, 1986 ; Malone Beach & Zarit, 1995)

3. Importance des différents types de soutien social

Suite à l'analyse des résultats de cette revue de la littérature, il semblerait que le manque de soutien émotionnel soit le type de soutien lié à la plus grande prévalence de dépression. Ces résultats sont en cohérence avec ceux concernant les femmes de la population générale, en période périnatale (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005a, Razurel & Kaizer, 2015). Le manque de soutien matériel, quant à lui, paraît se situer en deuxième position dans l'impact sur la souffrance psychique. L'étude de Morrow, Smith, Lai et Jaswal (2008) confirme que les problématiques financières et de logement favorisent la dépression post-partum. Battaglini et al. (2000), apportent une précision quant à ce soutien

matériel en indiquant qu'il varie selon la source, les femmes étant souvent plus satisfaites du soutien de leur propre mère.

Enfin, plusieurs auteurs (Goguikian Ratcliff & Sharapova, sous-presse) montrant l'importance des rites et des traditions pour certaines communautés évoquent un nouveau type de soutien : le soutien culturel. Pourtant, il n'a été trouvé aucune étude dans la littérature quantifiant celui-ci. Ainsi, serait-il pertinent d'ajouter cette variable dans les études s'intéressant aux migrantes, en période périnatale ?

4. Importance des différentes sources de soutien

I. Soutien personnel

La revue de littérature montre l'importance du soutien familial, notamment des sources féminines (particulièrement la mère de la femme) et du conjoint. Ces données sont retrouvées, dans le reste de la littérature. Ainsi, les études de Razurel et al. (2010 ; 2011a ; 2015), confirment l'importance du soutien du conjoint et de leur mères pour les femmes de la population générale, en période périnatale.

Concernant l'impact du soutien familial sur la dépression post-partum chez les femmes migrantes, celui-ci est mis en évidence dans les études de Morrow et al. (2008) et Goguikian Ratcliff et al., (2011). Les auteurs soulignent l'importance de la source familiale, particulièrement des figures féminines, pour le soutien émotionnel, matériel et par rapport aux rites et traditions. Ainsi, les femmes dépressives ont souvent manqué du soutien apporté par les femmes de leur entourage et n'ont pas été satisfaites du soutien féminin de leur belle-famille (Morrow et al., 2008). L'étude de Lopez Nahas, Hillege et Amasheh (1999) sur la dépression post-partum des femmes migrantes musulmanes, en Australie, confirme l'impact du soutien social familial féminin et ajoute l'importance du rôle de cette source sur le soutien informatif. Enfin, l'étude de Engle, Scrimshaw, Zambrana et Dunkel-Schetter (1990), s'intéressant à l'anxiété périnatale des migrantes mexicaines à Los Angeles, montre que la présence de soutien social familial et amical est associée à moins d'anxiété prénatale.

En ce qui concerne le soutien conjugal, le lien entre celui-ci et la souffrance psychique chez les migrantes, en période périnatale, est mis en évidence par d'autres études telles que Lansakara, Brown et Gartland (2010) et Landale et Oropesa, (2001).

Par ailleurs, l'étude de Morrow et al. (2008) donne un niveau d'explication supplémentaire concernant les deux sources de soutien principales impactant le bien-être psychique des

migrantes : figures familiales féminines et conjoint. En effet, les auteurs expliquent que les femmes, coupées du soutien familial féminin, cherchent le soutien de leur mari, notamment du point de vue émotionnel et que le manque de ce soutien est en lien avec leurs symptômes dépressifs.

Enfin, Capponi et Horbacz (2007) quantifie l'importance du soutien de l'entourage dans leur échantillon de femmes françaises en période périnatale (n : 62). En effet, celles-ci comptent surtout sur le soutien du conjoint (78%) et de la famille (61%) par rapport au soutien des amis (34%) ou professionnel (26%).

II. Soutien professionnel

Il est bien entendu vain de vouloir remplacer le soutien d'une famille lors du temps alloué au suivi périnatal. Les femmes d'ailleurs attendent majoritairement ce soutien de la part de leur famille et de leur conjoint comme il vient d'être indiqué. Toutefois, ceci ne doit pas faire perdre de vue que pallier au manque du soutien social maternel diminue le risque de vulnérabilité. En effet, pour les femmes très isolées, le soutien professionnel est parfois la seule source de soutien disponible « pour être honnête si l'infirmière communautaire n'était pas venue régulièrement me rendre visite (...) je ne sais pas si j'aurai survécu » (Morrow et al., 2008, p. 611). En effet, comme le mentionne, l'étude de Goguikian Ratcliff et al. (2014) en cas d'absence du soutien de leur entourage, les femmes se tournent vers les professionnels pour obtenir du soutien. De plus, il semblerait que selon la période périnatale, les attentes des femmes de la population générale, par rapport au soutien professionnel soit plus importante. Ainsi, Capponi et Horbacz (2007) précisent que c'est en période prénatale que le soutien professionnel est le plus attendu (pour 70% des femmes). Cette différence de besoin de soutien selon la période périnatale a été également soulevée par Razurel et al (2011a, p. 54). Par exemple, les besoins des femmes en soutien professionnel d'estime et émotionnel semblent plus élevés en période de post-partum précoce.

Ainsi, une différence serait également constatée selon le type de soutien. Ceci est confirmé par Capponi et Horbacz (2007) qui indiquent que pour le soutien informatif, les femmes comptent autant sur le soutien de leur famille et de leur conjoint que sur celui des professionnels. En ce qui concerne le soutien émotionnel et d'estime la source du conjoint et de la famille est la plus fréquemment citée par les femmes, toutefois, il est important de noter qu'une femme sur trois compte également sur les professionnels.

L'importance du soutien informatif est expliquée dans cette revue de la littérature, notamment, en ce qui concerne son impact sur l'accès aux soins. De plus, il est précisé par les femmes que l'information aux familles et au conjoint, concernant la dépression leur permettrait de bénéficier d'un meilleur soutien et réduirait ainsi leur vulnérabilité. L'étude de Goguikian Ratcliff et al., (2014), apporte un éclairage supplémentaire, en soulevant l'importance du contexte de transmission de l'information : il semblerait qu'un environnement convivial et multiculturel favorise la satisfaction du soutien informatif. L'étude de Lopez et al. (1999), quant à elle, signale que les informations contradictoires à la culture d'origine des mères ou entre professionnels exacerbent leur détresse psychologique en période périnatale.

De plus, Bina (2008) révèle l'importance des explications concernant les pratiques médicales du pays d'accueil en expliquant que l'incompréhension de celles-ci augmentent la vulnérabilité maternelle. Enfin, Razurel et al., (2011a, p. 52) confirment l'importance de la cohérence des informations reçues pour les mères de la population générale, en période périnatale.

Le rapport de Hermann (2013), précise qu'une étroite collaboration avec le réseau (hôpitaux, ONG, groupe religieux,...) pour un relai optimal de l'information et la promotion mutuelle des offres concernant les migrantes est la meilleure manière d'atteindre les groupes cibles. Afin d'être efficace la transmission de l'information doit être orale et dans une langue compréhensive pour les femmes. Il est à noter, que les brochures sont efficaces uniquement si elles sont traduites dans la langue de la destinataire, agrémentées de dessins et de photos et accompagnées d'informations orales.

Bien que cette revue de la littérature ne présente pas une quantification de l'impact du soutien professionnel sur la souffrance psychique, celui-ci est abordé dans tous les articles qualitatifs retenus. Ceux-ci expliquent que le soutien professionnel est un facteur protecteur de la souffrance psychique et que s'il n'est pas à la hauteur des attentes des femmes, il augmente le risque de détresse psychologique. Les études canadiennes de Morrow et al. (2008) et de Ahmed et al. (2008) indiquent que, selon les sources, ce soutien est plus ou moins dispensé. Il semblerait que le personnel paramédical fournisse plus souvent ce soutien. En effet, les femmes migrantes indiquent ne pas avoir reçu de soutien des médecins mais soulignent l'importance du soutien des infirmières de santé communautaires, plus disponibles, pour le rétablissement de leur bien-être psychique. Les auteurs indiquent notamment que les femmes ne pouvant parler de leurs émotions à leurs médecins (par manque de disponibilité ou de questions sur le sujet) ont plus largement trouvé la place d'aborder ces sujets avec les infirmières, notamment lors de la visite post-partum.

Si le rôle du soutien professionnel sur le rétablissement du bien-être psychique n'a pas été quantifié dans l'étude de Goguikian Ratcliff et al. (2014), l'impact positif du programme « Enceinte à Genève », peut s'envisager comme expliqué dans l'analyse critique. Ce rôle a, en outre, été signalé de façon qualitative par Morrow et al. (2008). Dans la population générale, l'impact du soutien professionnel périnatal semble également avoir été peu quantifié. Toutefois, Webster et al., (2000) ont évalué que le manque de soutien professionnel durant la période anténatale augmente significativement les symptômes de dépression au post-partum. Il est également à noter que la satisfaction des femmes par rapport à l'entretien prénatal a été évaluée, à Genève : 67% des femmes estiment qu'il a permis de baisser leur niveau d'anxiété, 48% considèrent qu'il a répondu à des questions qu'elles se posaient sur leur rôle de mère. De plus, certaines femmes évoquent l'importance d'organiser un second entretien 1 à 2 mois post-accouchement.

Goguikian Ratcliff et al. (2014), décrivant plusieurs programmes d'aide aux migrantes, en période périnatale, montrent l'importance du travail interdisciplinaire. En effet, si les professionnels concernés diffèrent selon les groupes de soutien, les acteurs principaux identifiés (interprètes, gynécologues, psychologues, sages-femmes) révèlent que le soutien social est l'affaire de tous.

L'article de Goguikian Ratcliff, Borel, Suardi et Sharapova (2011), présentant le programme « Enceinte à Genève » étudié dans l'étude 4, semble synthétiser les principaux besoins de soutien des femmes migrantes en période périnatale et ainsi récapituler les thèmes abordés dans cette discussion.

Le programme a démontré son adéquation aux besoins de soutien des femmes par le fait qu'il n'affiche quasiment aucun désistement. Ce succès n'étonne pas si l'on se réfère à Barclay et Kent (1998) qui signalent que les interventions recherchant à renforcer le soutien social entre favorisant les liens sociaux sont les plus efficaces pour les mères immigrantes. Ainsi, le lien avec de multiples aspects du soutien social est retrouvé dans les explications des auteurs vis à vis des facteurs qui leur ont permis de répondre aux attentes des femmes.

- Cours regroupant uniquement des femmes en accord avec la façon dont est vécue la maternité dans les pays d'origine. (femmes plus à l'aise).
- Prévention transdisciplinaire (à l'interface du médical, psychologique, social et culturel).
- Traduction systématique par les interprètes.
- Attitude des sages-femmes et des interprètes ouverte à d'autres systèmes de santé. et de pensées, tout en expliquant les pratiques locales.

- Partage de traditions à travers des moments de chants et de danse.
- Liberté d'expression des émotions et des questions.
- Travail corporel.

Toutefois, même s'il a l'avantage d'être genevois, le programme « Enceinte à Genève » répond aux besoins de la population spécifique de primo arrivantes allophones et semble difficilement applicable aux migrantes en général, en Suisse.

Il est, enfin, important de préciser à ce sujet que cette revue de la littérature ne s'est intéressée qu'à la migration à l'international et de première génération. Toutefois, quel que soit le type de migration, celle-ci semble augmenter le risque de vulnérabilité psychique, mettant en péril l'identité de la personne (Grinberg & Grinberg, 1986).

5. Synthèse de la discussion

Cette revue de la littérature s'intéressant aux femmes migrantes de première génération, ayant quitté leur pays, met en lumière le rôle essentiel du soutien social, dans la protection de la souffrance psychique, en période périnatale.

Nombreuses sont les conditions migratoires influant sur le bien-être psychique, qui se révèlent avoir un lien direct avec le soutien social. Ainsi, la langue parlée, la durée de séjour, la zone géographique ont été identifiés comme facteurs déterminants du vécu de la migration. Toutefois, si le soutien social joue un rôle essentiel dans ces facteurs, il est à signaler qu'il n'est pas le seul à avoir une influence. En effet, outre les événements traumatiques affrontés par les réfugiées, le fait de ne pas participer à la décision de migration, ou encore l'instabilité ont un impact sur la souffrance psychique. Toutefois, au-delà d'un facteur protecteur, grâce à son rôle dans le rétablissement du bien-être psychique le soutien social étend son impact dans toutes les circonstances migratoires.

Tous les types de soutien semblent avoir un impact sur le bien-être psychique. Toutefois, le soutien émotionnel semble être celui ayant le plus d'influence sur la prévalence de la dépression, suivi de près par le soutien matériel.

En ce qui concerne les sources de soutien, le manque de soutien familial et de soutien conjugal ont été identifiés comme augmentant la prévalence de la dépression. Traditionnellement, les femmes migrantes attendent le soutien des figures familiales féminines (notamment leur mère), le conjoint étant une source secondaire dans certains

pays. Les femmes privées de leur réseau familial, dans le contexte de migration, le partenaire devient une source essentielle de soutien.

Si le soutien professionnel n'a pas été quantifié dans cette revue de la littérature et qu'il semble moins attendu par les femmes, les études qualitatives révèlent son rôle crucial. Celui-ci est notamment indispensable, en cas d'absence du soutien de leur entourage et lors de certaines périodes périnatales, où les femmes paraissent être plus en demande. Ainsi, une étude quantitative, s'intéressant spécifiquement au soutien social professionnel serait bienvenue afin de compléter cette revue de la littérature.

10. Faiblesse et forces de la revue de la littérature

1. Faiblesses

Quatre études retenues dans cette revue de la littérature ont été menées au Canada, tandis qu'une seule concerne la Suisse. Ces deux pays sont comparables par rapport à leur contexte politique et économique, leurs taux élevés de migration (23,8% d'étrangers en Suisse en 2013, d'après l'OFS (2014c) et 20,6% de la population canadienne née à l'étranger en 2011, d'après Emploi et Développement Canada (2015)), et par rapport à la grande diversité d'origine des migrants. Toutefois, ils présentent des différences en termes de région d'origine des populations (grand pourcentage de population européenne en Suisse, sud-américaine au Canada)

L'étude suisse présentée dans cette revue de la littérature s'intéresse à un échantillon spécifique de migrantes allophones, majoritairement en situation précaire, d'origine africaine et sud-américaine essentiellement. Ainsi, la population européenne et la classe aisée des migrantes, fréquemment rencontrées en Suisse n'est pas prise en compte dans cette revue de la littérature. Si le contexte de double vulnérabilité de la migration en période périnatale existe également pour ces populations, leurs besoins sont peut-être très différents. Par ailleurs, il n'a pas été abordé dans ces études le contexte des migrantes internes et de celles de 2ème génération qui présenteraient peut-être aussi des attentes spécifiques. Nos résultats ne peuvent ainsi pas être généralisés à la population migrante suisse dans sa globalité.

Si l'analyse des résultats a été menée de manière précautionneuse, nous avons été confrontées à des difficultés rendant la comparaison entre études délicate : typologie du soutien social ou outils de dépistage de la souffrance psychique différents selon les études. Les différences les plus importantes concernent le soutien social, domaine non unifié quant à ses méthodologies de recherche.

Enfin, il n'a pas été trouvé dans ce travail de recherche, d'étude quantifiant l'impact du soutien professionnel sur la souffrance psychique ou s'intéressant spécifiquement à ce soutien. Ceci nous a limitées dans le retour sur la pratique.

2. Forces

La question de recherche de cette revue de la littérature est très ciblée et a permis une recherche approfondie des thèmes abordés dans le cadre de référence, mais également de découvrir une quantité d'études suffisante pour approfondir les thèmes du cadre de référence, la discussion et réaliser des hypothèses dans le retour sur la pratique.

De plus, même si elle ne peut être généralisée à l'ensemble de la population suisse, l'étude genevoise récente, est une force considérable permettant d'avoir des résultats spécifiques à cette population allophone précaire rencontrée régulièrement dans le métier de sages-femmes et pourtant peu connue. De plus, lors de l'élaboration de ce travail, d'autres études genevoises ont été recensées ce qui nous a confortées lors de élaboration les hypothèses du retour sur la pratique.

11. Retour sur la pratique

La reconnaissance du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé et la création des conditions garantissant à chaque malade l'accès aux soins médicaux est une obligation pour la Suisse en tant que cosignataire du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies en 1966. De plus, l'accès aux soins pour tous, fait partie de la constitution Suisse. C'est pourquoi, en vue d'améliorer la santé de la population migrante, l'OFSP lance la stratégie « Migration et Santé » depuis 2002.

1. Dépistage du manque de soutien social

Cette revue de la littérature permet d'approfondir les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité psychique des femmes migrantes, notamment en lien avec le manque de soutien social et permettant de présenter les axes d'investigation appropriés à leur prise en charge.

La forte influence du soutien social sur la prévalence de dépression, pourrait légitimer l'investigation systématique de celui-ci, notamment sur les types et les sources de soutien ayant le plus d'impact : particulièrement, la satisfaction du soutien familial (notamment féminin et de la mère de la femme migrante) et celle du soutien du conjoint, ainsi que le manque de soutien émotionnel.

La littérature permet, en outre, d'identifier plusieurs facteurs de risques liés aux conditions de migration. Ainsi, il est important d'être attentifs aux facteurs de risques liés au manque de soutien social (durée de séjour, incompréhension de la langue du pays d'accueil, isolement, précarité) autant qu'à ceux liés au contexte difficile de migration (violence, migration forcée, instabilité, ...).

Enfin, il est nécessaire de garder à l'esprit l'hétérogénéité des communautés présentes en Suisse et d'être conscient que la détresse psychologique liée au manque de soutien social peut aussi concerner la migration interne, celle de deuxième génération et qu'elle n'est pas réservée aux femmes à statut précaire.

2. Dépistage de la souffrance psychique

Connaître les signes de dépression et assurer un cadre de sécurité tant physique que psychique pour les femmes, tout en prenant en compte la sphère biopsychosociale fait partie du rôle de la sage-femme. Ainsi, l'encouragement du récit selon le modèle Calgary-Cambridge ou de l'entretien psycho-éducatif, à travers des questions ouvertes, l'écoute active et l'empathie permet à la femme d'oser aborder le sujet de la souffrance psychique.

En effet, cette revue de la littérature montre que le manque de disponibilité et de questions sur le sujet de la part des professionnels freinent les femmes à aborder le sujet de leur détresse psychologique. De plus, lorsqu'elles osent aborder le sujet, la minimisation de leurs symptômes par les professionnels les met en difficulté. Cette difficulté à aborder le sujet et la forte prévalence des symptômes dépressifs chez ces femmes pourrait justifier un dépistage systématique grâce à l'échelle EPDS.

Toutefois, il est important de soigner la qualité de l'accompagnement autour de l'administration de ce questionnaire. En effet, la disponibilité et le cadre de confiance semblent tout aussi importants que l'encouragement à s'exprimer et la prise en compte de leur ressenti pour les femmes.

Lors de l'annonce du résultat du score EPDS, il sera nécessaire de prendre le temps de mettre en place un accompagnement adéquat afin de faire cheminer la femme dans la compréhension de la situation et de la mettre en contact avec le réseau multidisciplinaire (gynécologues, psychologues, sages-femmes indépendantes,...).

Ainsi, profiter de rencontres plus longues, tel le suivi à domicile, le séjour hospitalier du post-partum ou encore la consultation d'ouverture de dossier comme il est pratiqué à l'hôpital de Pourtalès, à Neuchâtel semblent être plus adapté. Les professionnels utilisent, également, fréquemment, l'entretien prénatal pour le dépistage. Bien que très apprécié par les femmes, celui-ci n'est à ce jour pas systématique. Pourtant, proposer cet entretien à toutes les femmes migrantes serait peut-être une piste pour leur offrir un moment privilégié d'échanges, propice tant au dépistage de la dépression qu'au soutien émotionnel.

3. Soutien professionnel émotionnel

Si le soutien émotionnel est essentiel, notamment, pour les femmes privées de leur réseau, prendre le temps nécessaire à la réalisation de celui-ci est souvent une source de retard dans les consultations prénatales classiques. Les sages-femmes CAMSCO, qui ont un mode

d'accompagnement plus global, ont plus de temps pour établir une relation privilégiée avec les femmes et pour fournir ce soutien psychologique. Même si, cette revue de la littérature n'inclue pas d'étude à ce sujet, la mise en place d'un suivi global (Accompagnement Global des H.U.G. ou sage-femme à domicile) pour les femmes les plus vulnérables et non prises en charge par la CAMSCO, pourrait être une piste de réflexion. De même, pour les femmes privées de soutien personnel, mettre en place un suivi systématique à domicile pour la période du post-partum serait peut-être une solution à investiguer lors de futures recherches.

Toutefois, la sage-femme se devant de favoriser l'autonomie de la femme, elle veillera à la mise en place d'un réseau permettant à la femme de trouver d'autres sources de soutien.

4. Soutien informatif

La différence de prise en charge par rapport à leur pays d'origine augmentent la vulnérabilité psychique de ces femmes et les freinent dans l'expression de leurs besoins. Ainsi, un soutien informatif axé sur l'explication de la prise en charge en Suisse, sur les risques et signes de dépression, sur l'importance du soutien social et sur l'existence des groupes de soutien et des structures d'aide à Genève serait un élément protecteur.

L'amélioration de la santé des migrantes, en période périnatale, est un sujet de préoccupation actuelle, comme le montre le « Dialogue CTA (conférence tripartite des agglomérations) sur l'intégration dès la naissance », qui fait partie de la stratégie « Migration et Santé » de l'OFSP (2008). Celui-ci apporte des recommandations visant à améliorer la santé des mères migrantes et de leurs enfants. Ce rapport met notamment, l'accent sur le soutien informatif : communiquer par le biais d'interprètes en cas de barrière de la langue, informer les femmes sur les droits et les services cantonaux, amélioration de l'accès aux services de santé. Il signale, de plus, l'importance pour les sages-femmes et le corps médical de connaître les services de la prise en charge de l'intégration, le besoin de formation continue et l'insuffisance de coordination entre les acteurs.

Cette collaboration du réseau est effectivement, une clé de facteur de succès pour atteindre le public cible, pour les programmes d'aide pour les migrantes, en période périnatale. Il est à noter, que la réussite de ces programmes est également due à la rencontre des migrantes dans leur environnement et la collaboration avec un interprète, comme expliqué dans la discussion.

Connaître ces programmes spécifiques à la période périnatale, permet de travailler en réseau, mais aussi de s'en inspirer, afin de continuer à améliorer la prise en charge. Sur le territoire suisse, on peut notamment, mentionner :

- Vitalina : prévention de la santé des enfants de 0-5 ans de parents allophones. A Bâle, depuis 2008.
- MigesBalù : centre de conseil aux mères et aux pères, durant les 12 premiers mois post-partum, mené par des conseillers et des interprètes. A Saint-Gall, 2004.
- Mamamundo : cours de préparation à la naissance (PAN), mené par des sages-femmes et des interprètes interculturels. A Berne, depuis 2012.
- Pan-Milar : cours PAN, mené par des sages-femmes et des interprètes. Canton de Vaud, 2003.
- Enceinte à Genève : cours de PAN, mené par des sages-femmes et des interprètes, depuis 2006.
- Conviva : table ronde pour les femmes sur la contraception et les grossesses non préparées. A Bâle, depuis 2007.

Les facteurs clés du succès de « Enceinte à Genève » ont été décrits dans la discussion. Il est à noter que ces programmes sont plutôt à destination des populations allophones et en situation précaire. Etendre la recherche sur l'impact du soutien social sur la santé mentale des migrantes en situation non-précaire permettrait certainement de lister des besoins différents

Il est, également primordial pour les professionnels travaillant avec ce type de population de connaître les réseaux non spécifiques à la maternité, s'adressant à ces dernières pour travailler en multidisciplinarité et offrir un soutien informatif, de façon optimale. Ces réseaux peuvent être, à leur tour, une source de soutien émotionnel, matériel et informatif.

Quelques centres de soutien à l'intention des femmes migrantes, à Genève :

- F-Information : consultations juridiques, professionnelles, psychologiques et sociales, organisation de groupes de partage et tissage de liens sociaux, soutien informatif, depuis 1981.
- Camarada : accueil et formation de femmes migrantes et de leurs enfants en âge préscolaire, depuis 1982.

Quelques centres de soutien à l'intention des migrants, à Genève :

- Centre de Contact Suisses-Immigrés [CCSI] : centre de contact Suisse-Immigrés, en faveur des droits des personnes migrantes, depuis 1974.

- Programme Santé migrants [PSM] : centre ambulatoire, au HUG, depuis 1993.
- La Roseraie : centre d'accueil pour les femmes migrantes, depuis 2001.
- Pluriels : centre de consultations et d'études ethno psychologiques, depuis 1995.

Par ailleurs, repérer, les personnes clef dans les communautés permet de relayer l'information dans la langue et l'environnement des communautés comme le fait le « Forum pour l'intégration des migrantes et des migrants », à Bern. Ces personnes peuvent être des représentants religieux ou culturels, des chefs de communauté.

Enfin, le soutien informatif sera plus efficace s'il est en face à face, de manière non-jugeante, et bienveillante et à l'aide d'un interprète en cas de barrière de la langue. L'importance de ne pas se positionner en opposition aux pratiques habituelles des femmes, mais de les prendre en compte dans l'explication de la prise en charge locale, a également été relevée. Par ailleurs, la nécessité de cohérence entre professionnels est un élément de plus en faveur du travail en réseau.

S'il a été démontré que la transmission d'informations par voie orale est la plus efficace, l'utilisation de brochures peut être également envisagée. En effet, traduit dans la langue usuelle, agrémenté de dessins et de photos, le dépliant est un moyen qui a fait ses preuves à conditions qu'il soit associé à une explication verbale.

12. Conclusion

Cette revue de la littérature aborde un sujet d'actualité qu'est la migration, et traite d'une problématique éthique et de santé publique. Il a été démontré que les femmes migrantes sont plus vulnérables à la souffrance psychique, en période périnatale et qu'elles nécessitent une prise en charge spécifique et adaptée.

Le soutien social a un effet protecteur sur la souffrance psychique de ces femmes, particulièrement celui de type émotionnel et matériel. Les sources de soutien ayant le plus de répercussion sont le soutien familial (notamment de la part des femmes de la famille), le soutien conjugal. Toutefois, le soutien professionnel s'avère également crucial à certaines périodes, ou en cas de manque de soutien de la part de l'entourage.

Le soutien social professionnel n'a pas été abordé de façon quantitative dans ce travail de recherche, il serait donc intéressant de s'y intéresser plus spécifiquement lors de prochaines recherches.

Ces résultats ne peuvent pas être généralisés à la population migrante suisse dans sa globalité. La population européenne, la classe aisée des migrantes, les migrantes internes et celles de 2^{ème} génération présenteraient peut-être des attentes spécifiques. La difficulté de connaître chacune des cultures rencontrées, nécessite un travail d'identification des facteurs de risque de la vulnérabilité et des besoins de ces populations. Ainsi, il est important d'investiguer leurs réseaux de soutien et de dépister leurs risques vis à vis de la dépression périnatale.

Même s'il est important de rester prudent sur ces résultats qui ne sont pas exhaustifs, cette revue de la littérature a permis de découvrir une quantité d'études suffisante pour approfondir les thèmes du cadre de référence, la discussion et réaliser des hypothèses dans le retour sur la pratique.

Il reste important de spécifier que les propositions effectuées dans le retour sur la pratique sont également dépendantes du contexte politico-économique et des infrastructures d'accueil existantes.

Ces données de la littérature permettent, de mieux comprendre la nécessité de dépister le manque de soutien social et amènent un début de réflexion sur l'enjeu du soutien professionnel.

13. Bibliographie

1. Liste de références bibliographiques

Art. 118b de la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain du 30 septembre 2011 (=RO 2013 3215).

Art. 95, 122 et 173 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992 (=RO 2003 1945).

Art. 321 Code pénale Suisse du 21 décembre 1937 (=RO 54 781, 57 1364 et RS 3 193).

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N.M.C. & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 89-95.

Agence Française de Développement [AFD]. (S.d). *Cadre d'intervention transversal (CIT), migrations internes et internationales, 2010-2013*. Accès <http://www.afd.fr/webdav/shared/PORTAILS/SECTEURS/CIT-Migrations.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. (2012). *La dépression pendant la grossesse*. Accès http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/preg_dep_fra.php

Agence France Presse [AFP]. (2015, 26 juin). Répartition des réfugiés : l'UE abandonne l'idée de quotas obligatoires. *Le Monde.fr*. Accès http://www.lemonde.fr/europe/article/2015/06/26/repartition-des-migrants-en-europe-le-coup-de-colere-de-matteo-renzi_4662243_3214.html

Ahmed, A., Stewart, D.E., Teng, L., Wahoush, O. & Gagnon, A.J. (2008). Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Women's Mental Health*, 11(4), 295-303.

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. East Sussex : Lawrence Erlbaum Associates. Accès <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=X6GYAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Patterns+of+Attachment:+A+Psychological+Study+of+the+Strange+Situation,&ots=20MQ0wgDy9&sig=1BHPdIQc3DqV8CAvtvZpfRtXFWm#v=onepage&q=Patterns%20of%20Attachment%3A%20A%20Psychological%20Study%20of%20the%20Strange%20Situation%2C&f=false>

- Alberque, C., Bianchi-Demicheli, F., Andreoli, A., Epiney, M. & Irion, O. (2008). Management of severe antepartum depression: an update. *Revue Medicale Suisse*, 4(144), 392, 394, 396-397.
- Almeida, L.M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D. & Dias, S. (2013). Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346-1354.
- Alvarado, E. (1993). Les jeunes de communautés culturelles. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 211-226.
- Alvarado, E. & Gravel, S. (1991). Problème de stimulation et de développement des jeunes enfants issus de familles latino-américaines du quartier Côte-des-Neiges. *DSC Sainte-Justine*.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M. & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 467-476.
- Appartenances Genève (2014). *Enceinte à Genève*. Accès <http://www.appartenances-ge.ch/prevention/enceinte-a-geneve/>
- Association des Médecins du canton de Genève. (2008). *Les Suisses souffrent de la tête*. Accès <http://www.amge.ch/2008/01/15/les-suissees-souffrent-de-la-tete/>
- Baby-Collin, V., Bensaâd, A. & Sintès P. (2009). Migrations et territoires de la mobilité en Méditerranée. *Revue géographique des pays méditerranéens*, 113.
- La banque mondiale. (2013). *Visions et voix Arabes : Moyen-Orient et Afrique du Nord. La prévalence notable de la dépression chez les femmes de la région MENA*. Accès <http://blogs.worldbank.org/arabvoices/fr/depression-femmes-mena>
- Barclay, L. & Kent, D. (1998). Recent immigration and the misery of motherhood: A discussion of pertinent issues. *Midwifery*, 14(1), 4-9.
- Barrera, M., Sandler I.N. & Ramsey T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., ... Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Revue Service social*, 49(1), 35-69. doi:10.7202/006877ar
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. & Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes, pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Beauregard, L. & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service Social*, 45(3), 55-76.
- Beck, C.T., Records K., & Rice, M. (2008). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(6), 735-745.
- Bee, H. & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : les âges de la vie*. (S.I.) : De boeck.
- Beiser, M. (1988). *Revue des documents de références sur la santé mentale des migrants*. Québec : Ministère des Approvisionnements.
- Bernazzani, O., Marks, M.N., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P. & Conroy, S. (2005). Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 497-508.
- Bernazzani, O., Saucier J.-F., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 391-402. doi:10.1016/S0022-3999(96)00371-6
- Bina, R. (2008). The Impact of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review. *Health Care for Women International*, 29(6), 568-592. Accès <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07399330802089149>
- Bischoff, A. / SFM. (2006). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals : A review of effective interventions*. Accès <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=HiQUfv7e8X4C&oi=fnd&pg=PA9&dq=Bisc>

hoff,+2006+interpreter&ots=qjep9V_zNq&sig=oonNOZA2W_WJCoe0J2vtH-v8mHU#v=onepage&q&f=false

Bischoff, A., Bovier, P.A., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A. & Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3), 503-512.

Blair, R.J. (2005). Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 17(3), 865-891.

Bollini, P., Fall, S. & Wanner, P. (2010). Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. (*Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique*). Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwiWo7v2nOLGAhWDkywKHRFkCYU&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2F12533%2F13722%2Findex.html%3Flang%3Den%26download%3DNHhLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042l2Z6ln1ad1lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJfHt_fwYm162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=Bf2oVdaMJYOnsgGRyKWCA&usg=AFQjCNF0vbGJR1KGU_CeuyIMfuktdV7ggw&bvm=bv.97949915,d.bGg

Bollini, P. & Wanner, P. / Swiss Forum for Migration and population studies [SFM]. (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention*. Accès https://doc.rero.ch/record/6439/files/s_42.pdf

Bordenet, C. & Zerrouky, M. (2015, 20 avril). Méditerranée : chiffres et carte pour comprendre la tragédie. *Le Monde.fr*. Accès http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/04/20/en-2015-un-migrant-meurt-toutes-les-deux-heures-en-moyenne-en-mediterranee_4619379_4355770.html

Boucher, K. & Laprise, R. (2001). Le soutien social selon une perspective communautaire. In F. Dufort & J. Guay (Éd.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bruchon-Schweitzer, M. & Boujut, E. (2002). *Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles*. Accès https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=l5TKAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Bruchon-Schweitzer,+2002+&ots=_y88_UmlQB&sig=zOGZKBsvic2A0OiWtRLXd-62H8Y#v=onepage&q=Bruchon-Schweitzer%2C%202002&f=false

- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, 32, 2-9.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de maternité*. Paris : Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. in S. Lebovici (Ed), *Psychopathologie du bébé* (pp 57-65).
- Camarada (S.d.). Camarada, *centre d'accueil et de formation pour femmes migrantes*. Accès <http://www.camarada.ch/>
- Capponi, I. & Horbacz, C. (2005). Évolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares : du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir*, 17, 211-231.
- Capponi, I. & Horbacz, C. (2007). *Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ?*. Accès <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2007-1-page-115.htm>
- Capponi, I., Bacro, F. & Boudoukha A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, 525.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. & Renaud, S. (2005a). Predictors of Quality of Life in Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41(4), 399-417.
- Caron, J. & Guay, S. (2005b). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Castelain-Meunier, C. (1998). *Pères, mères, enfants*. Paris: Dominos, Flammarion
- Centre de Contact Suisses-Immigrés [CCSI]. (2014). Centre de Contact Suisses-Immigrés. Accès <http://ccsi.ch/>
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). A Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cohen, S. & Hoberman, H.M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. Department of psychology. Accès <http://repository.cmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1264&context=psychology>

- Collière, M.-F. (2001). *Soigner le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social support in pregnancy : psychosocial correlates with birth outcome and post-partum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258.
- Comité directeur pour la bioéthique. (2012). *Guide à l'intention des membres des comités d'éthique de la recherche. Conseil de l'Europe*. Accès http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/02_Biomedical_research_en/Guide/Guide_FR.pdf
- Commissaire aux Droits de l'Homme. (2010). Document de synthèse sur les droits des migrants en situation irrégulière, par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe. Accès <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1726845>
- Commission européenne. (2015). *Mieux gérer les migrations dans tous leurs aspects: un agenda européen en matière de migration*. (Communiqué de presse). Accès http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-4956_fr.htm
- Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales [CIOMS] & Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2003). *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*. Accès http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Lignes_directrices_CIOMS_OMS_2003.pdf/63a59fa4-a29f-4101-b678-39c65ff9a9b5
- Corwin, E.J., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S. & Morin, K. (2005). The Impact of Fatigue on the Development of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), 577-586.
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Creswell, J.W. & Plano Clarck, V.L. (2007). Designing and conducting mixed methods research. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(4), 388.
- Cummings, E.M., Keller, P.S. & Davies, P.T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 479-489.

- Cutrona, C. & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Reserch Gate*. Accès http://www.researchgate.net/profile/Daniel_Russell4/publication/271507385_THE_PROVISIONS_OF_SOCIAL_RELATIONSHIPS_AND_ADAPTATION_TO_STRESS/link/s/54c960b40cf2807dcc265ce2.pdf
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 609–621. Accès [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00064-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00064-1)
- Dayan, J. (2007). Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36(6), 549-556.
- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C. & Thouin, A. (2002a). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of epidemiology*, 155(4), 293-301.
- Dayan, J. (2002b). Recherches thérapeutiques en psychiatrie périnatale, Intérêt de la psychothérapie dans la prévention des psychoses puerpérales. (S.L) : Eres
- Dennis, C.-L. & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 389-395.
- Dennis, C.-L., Janssen, P. A. & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- Departement of Health, Government of Western Australia / Childbirth, families & émotional well-being. (2006). *Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Translated into languages other than English*. Accès <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Gov%20Western%20Australia%20Dept%20Health.pdf>
- Dieter, J.N., Field T., Hernandez-Reif M., Jones N.A., Lecanuet J.P., Salman F.A. & Redzepi M. (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 21(5), 468-473.

- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. (2014). *Directives sur le devoir professionnel de discrétion dans la santé*. Accès [http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheitsberufe.assetref/dam/documents/GEF/RA/fr/gef_ra_recht_schweigepflicht_leitfaden_gesundheitsfachpersonen-f.pdf](http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheitsberufe.assetref/dam/documents/GEF/RA/fr/gef_ra_recht_schweigepflicht_leitfaden_gesundheitsfachpersonen-f.pdf)
- Di Vita, A., Errante, M. & Vinciguerra, M. (2008). La grossesse dans une perspective transculturelle : femmes immigrées à Palerme. *L'Autre*, 9, 101-117.
- Engle, P.L., Scrimshaw, S.C., Zambrana, R.E. & Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology*, 9(3), 285-299.
- Emploi et Développement social Canada. (2015). *Canadiens en contexte – Immigration*. Accès <http://mieux-etre.edsc.gc.ca/misme-iowb/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=38>
- Emploi et Développement social Canada. (2000). *Canada Indicateurs de mieux-être au Canada*. Accès <http://www4.rhdcc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=38>
- Evins, G.G., Theofrastous, J.P. & Galvin, S.L. (2000). Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 182(5), 1080-1082.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety*, 17(3), 140-151.
- F-Information. (2015). *F-Information, Accueil, Orientation, Documentation pour les Femmes*. Accès <http://www.f-information.org/>
- Flaherty, J.A., Kohn, R., Golbin, A., Gaviria, M. & Birz, S. (1986). Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to the United States. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), 149-158. doi:10.1016/0010-440X(86)90023-4
- Forum pour l'intégration des migrantes et des migrants [FIMM]. (2015). Accès <http://fimm.ch/fr>
- Freire, M. & Stren, R. (2006). *Urban planning: challenges in developing countries. Human development international congress*. Washington, DC : The World Bank Institute. Accès <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=7->

eoAPtApt0C&oi=fnd&pg=IA1&dq=Freire+Mila+Urban+planning:+challenges+in+devel
oping+countries.+Human+development+international+congress&ots=9LR4YL8-
_T&sig=z3RFEcLq5H-XNT8djmOA_qjmvX8#v=onepage&q&f=false

FSP. (S.d). Enquête structurelle sur la psychothérapie psychologique. Offre, utilisation et
coûts. Accès
[http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/news/presse/Factsheet
_Erhebung_fr.pdf](http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/news/presse/Factsheet_Erhebung_fr.pdf)

Gabadinho, A., Wanner, P. & Dahinden, J. / SFM. (2007). La santé des populations
migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Accès
[https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8
&ved=0CCIQFjAAahUKEwjW_PKKiODGAhVJ3iwKHycIBno&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2F12533%2F13720
%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHZLpZeg7t%2CInp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJd35_g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
&ei=u9qnVZazM8m8swGHY5jQBw&usg=AFQjCNHqLHCVEaXlpDqyLq0PUAQLU3-koQ&bvm=bv.97949915,d.bGg](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjAAahUKEwjW_PKKiODGAhVJ3iwKHycIBno&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2F12533%2F13720%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHZLpZeg7t%2CInp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJd35_g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=u9qnVZazM8m8swGHY5jQBw&usg=AFQjCNHqLHCVEaXlpDqyLq0PUAQLU3-koQ&bvm=bv.97949915,d.bGg)

Gagnon, A.J., Wahoush, O., Dougherty, G., Saucier, J.-F., Dennis, C.-L., Merry, L.,... Stewart
D.E. (2006). The childbearing health and related service needs of newcomers
(CHARSNN) study protocol. *BMC Pregnancy and childbirth*, 6 (31). doi:10.1186/1471-
2393-6-31

Gaugue-Finot, J., Devouche, E., Wendland, J. & Varescon, I. (2010). Prenatal depression in
a French sample: Associations with psychological distress, anxiety and perceived
social support. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 58(8), 441-447.

Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... Miller,
W.C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening
outcomes. *Evidence Report Technology Assessment (summaries)*, 119, 1-8.

Gemenne F. (2007). Migration et environnement : brève introduction à une relation
méconnue et souvent négligée. *Etopia, revue d'écologie politique*, 3, 213-226.

Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and
emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of
Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255.
doi:10.1080/01674820400024406

- Glover, V., Bergman, K., Sarkar, P. & O'Connor, T.G. (2009). Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 430-435.
- Goodman, J.H. (2009). Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth*, 36(1). 60-69. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x
- Goguikian Ratcliff, B., Pereira, C., Sharapova, A., Grimard, N., Borel Radeff, F. & Moratti, A. (2014). *Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones*. (Rapport final pour L'office fédéral de la santé publique). Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAahUKEwj52Z6K8N_GAhWHXBQKHZXTBwA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2F12533%2F13722%2Findex.html%3Flang%3Den%26download%3DNHhZLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042lZ26ln1ad1lZn4Z2qZpnO2YuqZ26gpJCMdIB6f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=kMGnVfIRh7IRIac&usg=AFQjCNFvWE5GT8teEPzVR0_9s6PrkT_41g
- Goguikian Ratcliff, B., Borel, F., Suardi, F. & Sharapova, A. (2011). Devenir mère en terre étrangère. *Cahiers de la puéricultrice*, 252.
- Goguikian Ratcliff, B., Sharapova, A., Borel, F. & Gakuba, T. (sous presse). *Antenatal depression of immigrant women. A culturally sensitive prevention program in Switzerland*. In : N. Khanlou & B. Pilkington (Eds). *Women's mental health: International perspectives on resistance and resilience in community and society*. New York: Springer.
- Gosp-Server, L. (2015). *Enceinte à Genève, bien plus qu'une aide ponctuelle, un soutien à la mère et l'enfant*. Accès <http://www.asile.ch/vivre-ensemble/2015/06/01/enceinte-a-geneve-bien-plus-quune-aide-ponctuelle-un-soutien-a-la-mere-et-lenfant/>
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A.-Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 137-162.
- Graignic-Philippe, R. & Tordjman, S. (2009). Effects of stress during pregnancy on infant and child development. *Archives de Pédiatrie*, 16(10), 1355-1363.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1986). *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon : Césura Lyon Editions.

- Groer, M.W. & Morgan, K. (2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 32(2), 133-139.
- Haslam, S.A. & Reicher, S. (2006). Stressing the group: Social identity and the unfolding dynamics of responses to stress. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1037-1052. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1037>
- Harvard Program in Refugee Trauma. World peace... global health and mental health... science culture. (2011). *Hopkins Symptom Checklist (HSCL)*. Accès <http://hprt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>
- Hayes, I., Enohumah, K. & McCaul, C. (2011). Care of the migrant obstetric population. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20(4), 321-329. doi:10.1016/j.ijoa.2011.06.008
- Heh, S.S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse : implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 85(4), 435-440.
- Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S. & Alvarado, É. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. (Rapport de recherche. Écoles de service social, Université de Montréal et Direction de la santé publique). Accès <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000021847.pdf>
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Hes.SO Genève / Commission des travaux de bachelor. (2012). *Code d'éthique de la recherche*. Accès https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/contribution/formation_de_base/Documents/travail_social/codeethiquets-tb-etat_avril2013.pdf
- Horowitz, J.A. & Goodman, J.A. (2004). Longitudinal Study of Maternal Postpartum Depression Symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2-3), 149-163.

- House, J.S. (1981). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Hôpitaux Universitaire de Genève [HUG]. (2013). *Programme Santé migrants [PSM]*. Accès <http://www.hug-ge.ch/consultation/programme-sante-migrants>
- HUG. (2015). *La consultation ambulatoire de soins communautaire [CAMSCO]*. Accès <http://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/camsco>
- Hurst, S., Bodenmann, P., Wolff, H. & Madrid, C. (2013). Protéger les personnes vulnérables : une exigence éthique à clarifier. *Revue Medicale Suisse*, 386, 1054-1057.
- Hurst, S. (2008). Vulnerability in research and health care : Describing the elephant in the room. *Bioethics*, 22(4), 191-202.
- Institut national de santé publique Québec. (2011). *Portail d'information prénatale. Santé mentale*. Accès <https://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/sante-mentale>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2015). *Centre d'étude sur le stress humain [CESH]*. Accès <http://www.stresshumain.ca/>
- International Confederation Of Midwives. (2014). Code de déontologie international pour les sages-femmes. Accès http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD_2008_001%20V2014%20FRE%20Code%20de%20d%C3%A9ontologie%20international%20pour%20les%20sages-femmes.pdf
- Jägler, M., Sobocki, P. & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. *Swiss Medical Weekly*, 138(1-2), 4-11. doi:2008/01/smw-11910
- Katofsky, L., Zelkowitz, P., Mc Cusker, J., Hebert, M.P., Belisle-Guiliani, F., Silvaggio, M., & Schinazi, J. (2000). *Detection of socially high-risk women during the pre-natal period*. (Poster session presented at the Joint Conference of the International Federation of Social Workers and the International Association of Schools of Social Work), Montreal, PQ.
- Kendler, K.S., Kuhn, J.W. & Prescott, C.A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475-1482.

- Kirmayer, L.J., Galbaud du Fort, G., Young, A., Weinfeld, M. & Lasry, J. C. (1997). *Pathways and barriers to mental health care in an urban multicultural milieu: An epidemiological and ethnographic study*. Accès <http://www.mcgill.ca/files/tcpsych/Report6.pdf>
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M.A. & Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 168(6) 732-738. doi:10.1192/bjp.168.6.732
- Kofler, A. & Fankhauser, L. (2009). *Femmes en migration, L'image des migrantes dans la perception de l'opinion publique et de la politique, ainsi que dans la recherche actuelle*. Accès http://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_frauen_f.pdf
- Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M.W. & Bowman-Reif, J. (2010). Risk factor for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 14 (2), 99-105
- Kopelman, R.C., Moel, J., Mertens, C., Stuart, S., Arndt, S. & O'Hara, M.W. (2008). Barriers to Care for Antenatal Depression. *Psychiatric services*, 59(4), 429-432. Accès <http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2008.59.4.429>
- Kovess-Masféty, V. (Dir), Boisson, M., Godot, C., & Sauneron, S. / Centre d'analyse stratégique. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Accès http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/rapport_sante_mentale_version_18nov09validdqs2.pdf
- Kühl, P.H. & Martini, S. (1981). Psychically vulnerable persons. Their social and living conditions [in Danish]. *Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research*, 102.
- Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn, H.A., Yoo, H, Marcus, S.M. & Davis M.-M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review. *American Journal of obstetrics and Gynecology*, 202 (1), 5-14.
- Landale, N.S. & Oropesa, R.S. (2001). Migration, Social Support and Perinatal Health: An Origin-Destination Analysis of Puerto Rican Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 166-183.
- Lansakara, N., Brown, S. & Gartland, D. (2010). Birth Outcomes, Postpartum Health and Primary Care Contacts of Immigrant Mothers in an Australian Nulliparous Pregnancy Cohort Study. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 807-816.

- Lau, Y., Wong, D.F.K., Wang, Y., Kwong, D.H.K. & Wang Y. (2014). The roles of social support in helping chinese women with antenatal depressive and anxiety symptoms cope with perceived stress. *Psychiatric Nursing*, 28(5), 305-313. doi:10.1016/j.apnu.2014.05.009
- Lazarus, R.-S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York : Springer.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8. Accès <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24/>
- Le Strata, Y., Dubertret, C. & Le Folla, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 128-138.
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A. & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(3), 333-340. doi:10.1111/j.1447-0756.2007.00532.x
- Lopez N.V., Hillege, S. & Amasheh, N. (1999). POSTPARTUM DEPRESSION: The Lived Experiences Of Middle Eastern Migrant Women In Australia. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), 65–74,
- Malone Beach, E.E. & Zarit, S.H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. *International Psychogeriatrics*, 7(1), 25-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610295001827>
- Mamamundo. (2014). *Mamamundo : préparation à la naissance dans votre langue*. Accès <http://www.mamamundo.ch/francais>
- Marcus, S.M. & Heringhausen, J.E. (2009a). Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36(1), 151-165.
- Marcus, S.M. (2009b). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences- Motherisk Update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), 15-22.

- Marieb, E.N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson Education.
- Martin, A., Tavaglione, N. & Hurst, S. (2014). Resolving the conflict : Some clarification of vulnerability in health care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(1), 51-72.
- Meadows, L.M., Thurston, W.E. & Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1451-145. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00251-3
- Meleis, A. (1991). Women in transition being versus becoming or being an becoming. *Health care for women international*, 8(4)
- Miges Balu (S.d.). Miges Balu. Accès http://migesbalu.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=migesbalu&page_id=home
- Miszkurka, M., Goulet, L. & Zunzunegui, M.V. (2010). Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 358-364.
- Moro, M. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. L'exemple du travail avec les enfants de migrants. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98. doi:10.7202/502071ar
- Morrow, M., Smith, J.E., Lai, Y. & Jaswal, S. (2008). Shifting Landscapes: Immigrant Women and Postpartum Depression. *Health Care for Women International*, 29(6), 593-617.
- Murray, D., & Cox, J.L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of Reproductive and infant Psychology*, 8(2), 99-107.
- Murray, L., Creswell, C. & Cooper, P.J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood : an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- NANDA International (2013). *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2012-2014*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Nanzer, N. (2009), *La dépression postnatale: sortir du silence*. Lausanne : Favre.
- Nations Unies, Droits de l'homme, Haut-Commissariat aux droits de l'homme. (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Accès <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Neale, A. & Wand, A. (2013). Issues in the evaluation and treatment of anxiety and depression in migrant women in the perinatal period. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 379-382. doi:10.1177/1039856213486215

Observatoire régional de la santé d'île de France. (2010). *Santé des mères et des enfants de Paris, Grossesse et vulnérabilité (Fiche 3.1)*. Accès : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/MereEnfant/13_Fiche3-1_%20Web.pdf

Odier, G. (2012). *Carl Rogers, Etre vraiment soi-même. L'approche centrée sur la personne*. Paris : Groupe Eyrolles. Accès https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=tAlPqGv_aDAC&oi=fnd&pg=PR5&dq=carl+rogers+approche+centr%C3%A9e+sur+la+personne+livre&ots=XiTza8GkV6&sig=UqePdHkr_oChV_XgwCpfLroPXhM#v=onepage&q=carl%20rogers%20approche%20entr%C3%A9e%20sur%20la%20personne%20livre&f=false

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], Better Life Index. (2013). Le coût de la santé mentale. Accès <http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/blogue/le-cout-de-la-sante-mentale.htm>

OECD (2008). Perspectives des migrations internationales : SOPEMI - Edition 2008. Accès <http://www.oecd.org/fr/els/mig/41275422.pdf>

O'Hara, M.W. (2009). Postpartum depression : what we know. *Journal of Clinical Psychology*. 65(12), 1258-1269.

O'Hara, M.W. (1986). Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Formerly Archives General Psychiatry*, 43(6), 569-573. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800060063008.

O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T., Bouchal, S.R. & Este, D. (2013). Cultural Background and Socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 300-314. doi:10.1007/s10903-012-9663-x

O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T., Bouchal, S.R. & Este, D. (2012). Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression, *Advances in Nursing Science*, 35(3), E42-E56.

Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP] & Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (2014). *Dialogue de la politique nationale de la*

santé. Rapport "Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action".
<http://www.nationalegesundheit.ch/mobile/fr/projets/sante-mentale/rapport-sante-psychique/index.html>

OFSP / Hermann, M. (2013). *Offre tenant compte de la population migrante en matière de santé reproductive et de petite enfance en Suisse*. Accès
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwiJIMO5kfHGAhVOLogKHVxQBHY&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2F12533%2F13722%2Findex.html%3Flang%3Dit%26download%3DNHxLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042l2Z6ln1ah2oZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLexT8fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=Qc6wVcnvBc7coATcoJGwBw&usg=AFQjCNHAvsOG4X-FtVNqXziuNdXEh6Y1g&bvm=bv.98476267,d.cGU

OFSP / Rey, L. (2011). *Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse*. Berne : OFSP.

OFSP / Wolfhausen, H.C & Blaser, A. (2008). Migration et santé, résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). Accès
http://www.appartenances.ch/medias/politiques/Migration_et_sante__resume_strategie_2008_2013_OFSP.pdf

OFSP. (S.d.). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017*. Accès
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwjBmPS-pu3GAhVCKXIKHbKBCkg&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F07685%2Findex.html%3Flang%3Dfr%26download%3DNHxLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdn53g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=csuuVcGXl8LSyAOyg6rABA&usg=AFQjCNHDLKPfObk4qT4HkeNyAOKKXxYGHw&bvm=bv.98197061,d.bGQ

Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2015). *Statistique Suisse*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>

OFS, section santé. (2014a). *Statistique de la Santé*. Accès <http://issuu.com/sfso/docs/1291-1400>

- OFS, Département fédéral de l'intérieur. (2014b). *Santé maternelle et infantile des populations migrantes*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5725>
- OFS. (2014c). *Migration et intégration – indicateurs. Population étrangère : nationalité*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- OFS. (2012). *Intégration – Indicateur. Santé – Soutien social : relation de confiance*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43062.430110.html>
- OFS / Rausa-deLuca, F. (2005). *Bulletin d'information démographique. La population issue de la migration. Résultats du module «mobilité et migration» de l'ESPA 2003*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique. Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwjVtYjblvHGAhWEaRQKHaeCs0&url=http%3A%2F%2Fwww.bfs.admin.ch%2Fbfs%2Fportal%2Ffr%2Findex%2Fthemen%2F01%2F22%2Fpubl.Document.64434.pdf&ei=xdOwVZW_JYTTUa-9qugM&usg=AFQjCNFWQAtkKMrPiHSD5Xc7BTgYr--azg&bvm=bv.98476267,d.d24
- OFS. (2004). *La population étrangère en Suisse, édition 2004*. Accès <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjABahUKEwj25ZD8gO3GAhXDtBQKHeZMABQ&url=http%3A%2F%2Fwww.bfs.admin.ch%2Fbfs%2Fportal%2Ffr%2Findex%2Fnews%2Fpublikationen.Document.50799.pdf&ei=GqSuVfbwGcPpUuaZgaAB&usg=AFQjCNHqP8qCI0jCCTIx3HENHkhW-b0zGQ&bvm=bv.98197061,d.d24&cad=rja>
- OFS. (S.d.). *Intégration, Indicateurs. Santé, Soutien social : relations de confiance*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43062.430110.html?open=438>
- Organisation des Nations Unies. (2010). *Santé mentale et développement. Nations unies, enable, développement et droits de l'homme pour tous, New-York*. Accès <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=36&pid=1554>
- Organisation Internationale pour les Migrations [IOM] / Appave, G., Cholwinski, R., Klein Solomon, M., Laczko, F., Nonnenmacher S., Köhler, J. & Baruah, N. (2009). *Etat de la migration dans le monde 2008. Gestion de la mobilité de la main d'oeuvre dans*

une économie mondiale en mutation. Accès
http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR08_FR.pdf

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2015). *Journée internationale de la sage-femme 5 Mai 2015*. Accès http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/sage-femme_journee/en/

OMS. (2014). *La santé mentale: renforcer notre action, aide-mémoire N°220*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

OMS. (2013). *La Santé des femmes, aide-mémoire n°334*. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/fr/>

OMS. (2012). *Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque*. Accès http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf

OMS. (2005). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. Accès http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

OMS. (2003). *La définition de la santé de l'OMS*. Accès <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Pan-Milar. (2015). *Pan-Milar*. Accès <http://www.pan-milar.ch/>

Paykel, E.S., Myers, J.K., Diendelt, M.N., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J., & Pepper, M.P. (1969). Life events and depression: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 25, 340-347.

Planchin, E. & Cinquin, F. (2014). *Les Echardes de Glace*. (S.I.): L'Instant Présent

Pluriels. (2015). Pluriels. Centre de consultations et d'études ethnopsychologiques. Accès <http://www.pluriels.ch/>

Prady, S., Pickett, K., Croudace, T., Fairley, L., Bloor, K. & Gilbody, S. (2013). Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community : findings from the born in Bradford cohort study. *PLoS One Journal*, 8(4). Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637759>

Politique nationale suisse de la santé [PNS]. (2004). *Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Accès

http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitssystem_und_Strategien/Nationale_Gesundheitspolitik/Pdf1580.pdf

- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ... Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*, 183(12). doi:10.1503/cmaj.090313
- Razurel, C. & Kaiser, B. (2015). The role of social support satisfaction on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women & Health*, 55(2), 1-20.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99.
- Razurel, C. (2012). Facteurs psychosociaux ayant un impact sur la santé psychique des meres. *Journal de La Sage-femme, federation Suisse des Sage-femmes*, 5, 34-36.
- Razurel, C., Desmet, H. & Sellenet, C. (2011a). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares? *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47-58.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2011b). Stressful events, social support, and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi:10.1016/j.midw.2009.06.005
- Razurel, C., Benchouk, M., Bonnet, J., El Alama, S., Jarabo, G. & Pierret, B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *La Revue Sage-Femme*, 9(5), 240-249. doi:10.1016/j.sagf.2010.08.003
- Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B.L., McLaughlin, T.J., Joffe, H. & Gillman, M.W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiol & Community Health*, 60(3), 221-227.
- Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Conne-Perréard, E., Manzano, J. & Palacio-Espasa, F. (2007). Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum? *Revue médicale suisse*. Accès www.revmed.ch

- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167-180.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Rogler, L.H. (1994). International migrations: A framework for directing research. *American Psychologist*, 49, 701-708.
- La Roseraie. (S.d.). La Roseraie centre d'accueil pour personnes migrantes. Accès <http://www.centre-roseraie.ch/site/fr/accueil/objectifs-et-principes>
- Rossignol, A.S., Nanzer, N. & Etter, J.-F. (2010). *L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Accès http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Rapport-ENTRETIEN_PRENATAL-14.06.10.pdf?ComponentId=kmelia1037&SourceFile=1276585452235.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/
- Sayegh, L. & Lasry, J.-C. (1993). Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 23-51.
- Schapiro, I.R., Nielsen, L.F., Jorgensen, T., Boesen, E.H. & Johansen, C. (2002). Psychic Vulnerability and the Associated Risk for Cancer. *Cancer*, 95(12), 3299-3306. Doi :10.1002/cncr.10601
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en suisse, Monitoring 2012*. (rapport 52. Observatoire Suisse de la santé [OBSAN]). Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwj6JLgsuDGAhWE2ywKHdUWD3s&url=http%3A%2F%2Fwww.obsan.admin.ch%2Fbfs%2Fobsan%2Ffr%2Findex%2F05%2Fpublikationsdatenbank.Document.154165.pdf&ei=eAeoVe3MN4S3swHVrbzYBw&usg=AFQjCNHEjsl5Z8VCZSqIKTyTf3_BHblcmQ&bvm=bv.97949915,d.bGg&cad=rja
- Séguin, L. & Cossette, L. (1991). La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 149-164. doi:10.7202/032208ar
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. & Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 26(3), 157-163.

- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Stern, G. & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: An anthropological critique. *Social Science & Medicine*, 17(15), 1027-1041.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S. & Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 148-152.
- Stowe, Z.N., Hostetter, A.L. & Newport, D.J. (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 192(2), 522-526.
- Streeter, C.L. & Franklin, C. (1992). Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98. doi:10.1177/104973159200200107
- Surkan, P.J. Peterson, K.E., Hughes, M.D. & Gottlieb, B.R. (2006). The Role of Social Networks and Support in Postpartum Women's Depression: A Multiethnic Urban Sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 375-383.
- Swissethics. (2015). *Swissethics : Commissions d'éthique suisses relative à la recherche sur l'être humain*. Accès http://www.swissethics.ch/index_f.html
- Talge, N.M., Neal, C. & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- Tegethoff, M., Greene, N., Olsen, J., Schaffner, E. & Meinlschmidt, G. (2011). Stress during Pregnancy and Offspring Pediatric Disease: A National Cohort Study. *Environmental Health Perspectives*, 119(11), 1647-1652. Accès http://edoc.unibas.ch/20557/1/PUBL_Tegethoff_Meinlschmidt_EHP_119_2011_ext.pdf
- Terry, D.J., Mayocchi, L. & Hynes, G.J. (1996). Depressive symptomatology in new mothers : a stress and coping perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 220-231.

- Thoulon, J.-M. (2005). Petits mots de la grossesse. *EMC-Gynécologie et obstétrique*, 2, 227-237. Accès http://autour-de-la-naissance.fr/Petits_maux_de_la_grossesse.pdf
- Thoits, P.A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Teixeira, J.M., Fisk, N.M. & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *Bmj*, 318(7177), 153-157.
- Union Européenne. (2008). *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*. Accès http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf
- United Nations Environment Programme [UNEP]. (2008). *Africa: atlas of our changing environment. Division of early warning and assessment*. Accès http://www.unep.org/dewa/africa/africaAtlas/PDF/en/Africa_Atlas_Full_en.pdf
- Urquia, M.L, O'Campo, P.J. & Heaman, M.I. (2012). Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1610-1621.
- Van den Bergh, B.R., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A. & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 29(2), 259-269.
- Vaux, A. & Harrison, D. (1985). Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245-265.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Ed), *The meaning and measurement of social support. The series in clinical and community psychology* (pp. 193-216). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.
- Verbier, P. (1999). Ethique et déontologie: implications pour les professionnels. Morale, éthique, déontologie et droit. *Les Cahiers de l'Actif*, 276/277. Accès http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_verdier_276_277.pdf
- HEKS EPER Entraide Protestante Suisse (S.d.). *Vitalina Bâle. Des parents actifs pour des enfants en bonne santé*. Accès <http://www.heks.ch/fr/suisse/bale/vitalina-des-parents->

actifs-pour-des-enfants-en-bonne-sante/

- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. & Davies, A.R. (1992). Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey. In A. L. Stewart & J. E. Ware (Eds.), *The medical outcomes study approach* (pp. 277-290). Durham, NC : Duke University Press.
- Warner, K., Ehrhart, C., Sherbinin, A., Adamo, S. & Chai-Onn, T. (2009). *In search of shelter. Mapping the effects of climate change on human migration and displacement*. Accès http://ciesin.columbia.edu/documents/clim-migr-report-june09_media.pdf
- Webster, J., Linnane, J.W.J., Dibley, L.M., Hinson, J.K., Starrenburg, S.E. & Roberts, J.A. (2000). Measuring Social Support in Pregnancy: Can It Be Simple and Meaningful?. *Birth*, 27(2), 97-101.
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- World Health Organization [WHO]. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Accès http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf (pvii)
- WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Accès http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- WHO Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence. (2002). *Prevention and promotion of Mental Health*. Accès http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- Wurmser, H., Rieger, M., Domogalla, C., Kahnt, A., Buchwald, J., Kowatsch, M., ... Von Voss, H. (2006). Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. *Early Human Development*, 82, 341-349.
- Zelkowitz, P., Schinazi J., Katofsky, L., Saucier, J.-F., Valenzuela, M., Westreich, R. & Dayan, J. (2004). Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 445-464.
- Zelkowitz, P., Saucier, J.-F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M. & Westreich, R. (2008). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of Women's Mental Health*,

11(1), 1-11. doi:10.1007/s00737-008-0219-y

Zelkowitz, P. & Milet, T.H. (1995). Screening for post-partum depression in a community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 80-86.

2. Liste bibliographique

Abdollahi, F., Lye, M.-S., Zain, A.M., Ghazali, S.S. & Zarghami, M. (2011). Postnatal Depression and Its Associated Factors in Women From Different Cultures. *Iranian Journal of Psychiatry Behavioral Sciences*, 5(2), 5-11.

Amaru, D. & Le Bon, O. (2014). La dépression du post-partum : corrélats et facteurs prédictifs Post-partum depression : correlations and predictive factors. *Revue médicale de Bruxelles*, 35, 10-16.

Akatsu, S., Ishikawa, C., Takemura, K., Ohtani, A. & Shiga, T. (2015). Effects of prenatal stress and neonatal handling on anxiety, spatial learning and serotonergic system of male offspring mice. *Neuroscience Research (In Press)*.

Baumard, M. (2015, 25 juin). Migrations : tirer les leçons du passé. *Le Monde.fr*. Accès http://www.lemonde.fr/festival/article/2015/06/25/migrations-tirer-les-lecons-du-passe_4661925_4415198.html

Beck, C.T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.

Buist, A.E., Barnett, B.E.W., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J.T., Ellwood, D.A., ... Hayes, B.A. (2002). To screen or not to screen--that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177(7), 101-105. Accès <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.192.3135&rep=rep1&type=pdf>

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Medecine & Hygiène*, 13. doi:10.3917/dev.012.0041

Carraz, L. (2014). *La prévention de la dépression anténatale*. (Mémoire de diplôme d'état de sage-femme de l'université de Versailles st-Quentin-en-Yvelines). Accès : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00996392>

- Chardeau, P. (2000). Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 29, 52-56. doi:JGYN-01-2000-29-S1-0368-2315-101019-ART10
- Darves-Bornoz, J.M., Gaillard, P. & Degiovanni, A. (2001). Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Accès http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie/Psychiatrie_et_grossesse_la_mere_et_l_enfant__5-046-A-10_.pdf
- Dennis, C.-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(15). doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7507.15>
- De Gunzbourg, H. (2012). *Projeté dans le monde : vers une éthique de la sage-femme* (Thèse. Université Paris-Est). Accès <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00712582/document>
- Ding, X.-X., Wu, T.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., ... Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Journal of Affective Disorders*, 159 (2014), 103-110.
- Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N.-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & Östergren, P.-O. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(6), 677-682. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01077.x
- Gallet, G. (2010). *Stéréotype de genre et dépression postnatale*. Accès : http://www.iwsm.be/pdf_dir/fpstexte.pdf
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299.
- Freund, C. (2013, 17 mars). La prévalence notable de la dépression chez les femmes de la région MENA. *La banque mondiale*. Accès <http://blogs.worldbank.org/arabvoices/fr/depression-femmes-mena>
- Gao, L.-L., Chan, S.W.C. & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 50-58.

- Good, R.-S., Lederman, R.-P., Osofsky, H.-J. & Youngs, D.-D. (1990). Birth-related reactions and sources of stress. In Noshpitz, J.D. & Coddington, R.D. (Ed). *Stressors and adjustment disorders* (pp. 176-88). New York, Wiley.
- Goodman, S.H.B., (2008). Parental psychopathology and its relation to child psychopathology. In M. Hersen & A.M. Gross (Ed). *Handbook of clinical psychopathology* (pp. 937-965). NJ : John Wiley & Sons.
- Guberman, N., Leblanc, J., David, F. & Belleau, J. (1993). *Un mal invisible. L'isolement des femmes*. Montréal : Remue-ménage.
- Guédeney, N. & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales et décisions d'orientation thérapeutique. *Médecine & Hygiène/Devenir*, 13(3), 51-64. Accès http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=DEV_013_0051&AJOUTBIBLIO=DEV_013_0051.
- Gueibe, R. (2008) L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique. Perspective Soignante, N° 33, Paris : Editions Seli Arslan. Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.uclouvain.be%2Fcps%2Fucl%2Fdoc%2Febim%2Fdocuments%2FR._Gueibe.doc&ei=1maeVb6lEYe3swGQ9q3YDg&usg=AFQjCNFJy-hSos7XD-jbuduqYeEsiy0xKg&bvm=bv.96952980,d.bGg
- Heilemanna, M.S., Lee. K. & Kury, S.F. (2002). Strengths and Vulnerabilities of Women of Mexican Descent in Relation to Depressive Symptoms. *Nursing Research*, 51(3), 175-182.
- Heilemanna, M.S., Frutos, L., Lee. K. & Kury, S.F. (2004). Protective strength factors, resources, and risks in relation to depressive symptoms among childbearing women of mexican descent. *Health Care for Women International*, 25(1), 88-106.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318. Accès <https://koutsi.files.wordpress.com/2012/08/house-1988.pdf>
- Kaufmann, C., Niedrig, J., Wehrli, J., Marschner, L. & Good, C. (2013). *Mise en œuvre des droits humains en Suisse : Un état des lieux dans le domaine droits de l'homme et économie*. Accès <http://www.skmr.ch/frz/publications/economie/etat-des-lieux.html>

- Kovess-Masfety, V., Dezetter, A., De Graaf, R., Haro, J.M., Bruffaerts, R., Briffault, X., ... Alonso, J. (2010). Religious advisors' role in mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 989-998.
- Kumar, R.C. & Robson K. (1978). Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: preliminary report of a prospective of 119 primipare. In: Sander Med. Mental Illness in pregnancy and the puerperium. *Oxford University Press London*, 40-51.
- Legault, G. & Lafrenière, M. (1992). *Femmes, migrations, interventions: une rencontre interculturelle*. (Rapport de recherche, École de service social, Université de Montréal). doi:10.7202/706605a
- Li, X., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2013). Immigrants and preterm births: a nationwide epidemiological study in Sweden. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), 1052-1058. doi:10.1007/s10995-012-1087-7
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Transcultural psychiatry in Europe*, 23(1), 14-20.
- Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, F., Ben Ayad, B., Guerhazi, M. & Jaoua, A. (2008). Study of the prevalence of postpartum depression among 213 Tunisian parturients. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(7-8), 782-787.
- Meleis, A. (1991). Women in transition being versus becoming or being an becoming. *Health care for women international*, 8(4).
- Mestre, C. (2006). Grossesse et naissance en migration. La solitude des femmes. *Champs, psychopathologies et clinique sociale*. Accès : http://medersa-champs.com/web/PDF/PDF_Claire_MESTRE.pdf
- Moro, M.R. (S.d). *Approche transculturelle de la périnatalité, Théorie et pratique*. Accès https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAAahUKEwiB-4GGkeDGAhUFORQKHZU6DEo&url=http%3A%2F%2Fwww.ars.iledefrance.sante.fr%2Ffileadmin%2Ffileadmin%2FDE-FRANCE%2FARS%2FActualites%2Fagenda%2FFemmes_et_Precarite%2FPerinat_transculture_moro_13_11.pdf&ei=leSnVcHmH4XyUJX1sNAE&usg=AFQjCNHQilt4QIZzGMRC5GNVALrgHPYyqQ&bvm=bv.97949915,d.d24

- Murray, L. & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 99-101.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P.J. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.
- Nakku, J.N., Nakasi, G. & Mirembe, F. (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 6(4), 207-214.
- Norbeck, J. S. & Anderson N. J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 281-287.
- Norbeck, J.S. & Tilden, V.P. (1983). Life Stress, Social Support, and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective, Multivariate Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 30-46.
- O'Mahen, A. & Flynn, A. (2008). Preferences and Perceived Barriers to Treatment for Depression during the Perinatal Period. *Journal of women's health*, 17(8), 1301-1309.
- Perone, N. & Perdrix, J. (2008). Renforcement des services de santé mentale; le programme d'action de l'OMS. *Revue Médicale Suisse*, 178, 2430-2430. Accès <http://www.revmed.ch/rms/2008/RMS-178/Renforcement-des-services-de-sante-mentale-le-programme-d-action-de-l-OMS>
- Pringuey D., Papetti, F. & Cherikh, F. (2009). Vulnérabilité et trouble mental. *Cairn.info chercher, repérer, avancer*, 1, 93-101 Accès : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=VSOC_091_0093
- Pfister Boulenaz, S. (2014). *Antenatal education for ethnic minority women : investing in continuity to equip women*. (Travail de master non publié). Haute école de santé Vaud, Glasgow Caledonian university.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013). Validation of the post-delivery perceived stress inventory. *Psychology health & medicine*, 19(1), 70-82. doi:10.1080/13548506.2013.774431
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013).

- Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French speaking population of primiparous women. *Journal of Obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 42(6), 685-696. doi:10.1111/1552-6909.12251
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Citherlet, C., Epiney, M. & Sellenet, C. (2013). Validation of the antenatal perceived stress inventory. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105312473785
- Reeske, A., Kutschmann, M., Razum, O. & Spallek, J. (2011). Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 63. doi:10.1186/1471-2393-11-63
- Reime, B., Lindwedel, U., Ertl, K.M., Jacob, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. (2009). Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(11), 1276-1283. doi:10.3109/00016340903295584
- Reiche, E.M.V., Nunes, S.O.V. & Morimoto, H.K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The lancet oncology*, 5(10), 617-625.
- Russell, S. (2006). Barriers to care in postnatal depression. *Community Pract*, 79(4), 110-1.
- Société canadienne de pédiatrie. (2004). La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 589-598. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724171/>
- Sayil, M., Güre, A. & Ucanok, Z. (2006). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women Health*, 44(3), 61-77.
- Schetter, C.D. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Sia, D. & Blais, R. / Groupe de recherche interdisciplinaire en santé [GRIS]. (2007). *L'accompagnement à la naissance : aperçu des bénéfices et des coûts*. Accès <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R07-01.pdf>

- Simon, G.E., Manning, W.G., Katzelnick, D.J., Pearson, S.D., Henk, H.J. & Helstad, C.P. (2001). Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 181-187.
- Sword, W., Watt, S. & Krueger, P. (2006). Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(6), 717-727.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers and infants in the first year : The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thomas, H., Scodellaro, C. & Dupré-Levêque, D. (2005). Perceptions et réactions à la maltraitance des personnes âgées, Une enquête qualitative. *Etudes et Résultats, Drees*, 370. Accès http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/er370.pdf
- Tschudin, S., Huang, D., Mor-Gültekin, H., Alder, J., Bitzer, J. & Tercanli, S. (2011). Prenatal counseling--implications of the cultural background of pregnant women on information processing, emotional response and acceptance. *Ultraschall in Der Medizin*, 32(2), E100-E107. doi:10.1055/s-0031-1281665
- Vandervoort, D. (1999). Quality of social support in mental and physical health. *Current Psychology*, 18(2), 205-221.
- Wawina, B. (2011). *La dépression post-partum pratique d'accompagnement pour prévenir la DPP chez les immigrées d'origine subsaharienne afin d'améliorer leur qualité de vie*. (Travail de Bachelor non publié). Haute école de santé La Source. Accès <http://doc.rero.ch/record/28660>
- Weil, B. & Santé publique Suisse. (2009). Papier de référence "Santé psychique / santé mentale" (approuvé par le Comité directeur le 11 juin 2009. Accès http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Papier_de_reference_sante_mentale_Juin_09.pdf
- Zayas, L.H., Cunningham, M., McKee, M.D. & Jankowski, K. (2002). Depression and negative life events among pregnant african-american and hispanic women. *Women's Health Issues*, 12(1), 16-22.
- Zelkowitz, P. (2007). La santé mentale des immigrantes enceintes. *Psychologie Quebec*. Accès https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/PsyQc_Dossier_2_Zelkowitz_Mai07.pdf

14. Annexes

1. Définitions échelles utilisées par les auteurs

I. Echelle de Hopkins Syndrom

« The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) is a well-known and widely used screening instrument whose history dates from the 1950s. It was originally designed by Parloff, Kelman, and Frank at Johns Hopkins University. The HSCL-25 is a symptom inventory which measures symptoms of anxiety and depression. It consists of 25 items: Part I of the HSCL-25 has 10 items for anxiety symptoms; Part II has 15 items for depression symptoms. The scale for each question includes four categories of response ("Not at all," "A little," "Quite a bit," "Extremely," rated 1 to 4, respectively). Two scores are calculated: the total score is the average of all 25 items, while the depression score is the average of the 15 depression items. It has been consistently shown in several populations that the total score is highly correlated with severe emotional distress of unspecified diagnosis, and the depression score is correlated with major depression as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, IV Version (DSM-IV). » (Harvard Program in Refugee Trauma, 2011)

II. Relationship with the Partner

Relationship with the partner was assessed with the Dyadic Adjustment Scale [DAS] (Spanier, 1976, cité par Zelkowitz et al., 2008). This 32-item scale has been widely used in studies of marital quality. The scale yields a total score as well as four subscale scores: consensus, satisfaction, cohesion and affectional expression. Internal consistency for the scale as a whole is .96, with subscale reliabilities ranging from .73 to .94.

III. Somatic Symptoms

A 12-item scale utilized by Kirmayer et al. (1997, cité par Zelkowitz et al., 2008) in a community survey of immigrants was used to assess somatic symptoms in the sample. Respondents were asked to indicate whether they had been troubled by any of the 12 symptoms in the previous year. This measure demonstrated good internal consistency, with Cronbach's alpha for this measure ranging from .72 to .76.

Functional Status Functional status was assessed with the Medical Outcomes Study Short - Form General Health Survey [SF-20] (Ware et al., 1992, cité par Zelkowitz et al., 2008). It is comprised of 20 items that form six subscales: physical functioning, role functioning, social

functioning, mental health, bodily pain and general health perceptions. This measure takes only 5–10 minutes to complete, and its reliability and validity have been demonstrated across cultures and populations.

IV. Stressful Life Events

A list of 14 stressful life events (Kirmayer et al., 1997, cité par Zelkowitz et al., 2008) found to be related to illness and depression (Paykel et al., 1969, cité par Zelkowitz et al., 2008) was used. The list also includes questions concerning events that are specifically relevant to ethnic minorities, such as problems with language or discrimination. This instrument has demonstrated acceptability in its use with several immigrant groups. Internal consistency of this measure is moderate (Cronbach's $\alpha = .55$), which is to be expected when measuring a very diverse set of life events. Respondents were asked to indicate whether they had experienced any of these events in the previous year.

V. Social Support

The Arizona Social Support Interview Schedule [ASSIS] (Barrera et al., 1981) was used to derive information on perceived and enacted support in six domains: intimate interactions, material assistance, advice, positive feedback, practical assistance, and social participation. Perceived support was measured by the mean number of network members listed for each domain. Enacted support refers to the mean number of network members from whom the participant received assistance in the previous month on each domain. Participants rated their need for and satisfaction with support on Likert scales. The interviewer also obtained information on certain characteristics of network members, including ethnic background, gender and the nature of the relationship to the respondent. The measures shows good test–retest reliability.

2. Tableaux annexes de l'analyse des articles :

I. Etude 1 :

Risque de dépression favorisé par l'absence de soutien indépendamment du type de soutien

Résultats soutien Social :	Protège de la DPP	Favorise la DPP
Soutien du partenaire	-Conjoint présent -Empathie	-Séparation -Sous-estimation des besoins de la femme. - Comportement agressif
Soutien des soignants : (émotionnel/estime/informatif)	-Non-jugement - Informations pertinentes -Réassurance -Soutien téléphonique - Empathie	-Discrimination/stigmatisation -Minimisation des problèmes -Manque d'information sur les centres de soins. - Barrière de la langue
Soutien réseau primaire* *(contact les plus proches)	-Evite l'isolement -Discussion entre femmes. -Communauté/Ressources. -Communauté sur place	-Pas d'expérience dans la DPP -Quantitatif -> Pas Qualitatif -Groupe de soutien inutile
Soutien famille à l'étranger :	- Si conflit antérieur.	-Séparation -Pas de conseils de mères/sœurs/tantes. -Pas de soutien dans les tâches quotidiennes.

II. Etude 2 :

Soutien social en fonction du nombre de personne pouvant aider:	Prévalence de dépression anténatale augmentée de 237% en cas d'absence totale de personne pouvant aider
Soutien social en fonction du nombre de personne à qui parler:	Prévalence de dépression anténatale augmentée de 332% en cas d'absence totale de personne à qui parler
Général (les 4 types confondus)	Augmente la prévalence de dépression anténatale
Emotionnel	Augmente la prévalence de dépression anténatale
Absence du partenaire :	La prévalence de dépression anténatale est augmentée de 58% par rapport à une situation mariée + domicile conjoint
Manque sévère matériel (financier) :	La prévalence de dépression anténatale est augmentée de 245% par rapport à une absence totale de manque

III. Etude 3 :

Soutien social :	Favorise la vulnérabilité	%	Protège de la vulnérabilité	%
Lié au type de migration	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement (55%) • Précarité (11%) 	55% mentionnent l'isolement et la séparation comme causes attribuées à leur état émotif 11% mentionnent les difficultés socioéconomiques et la précarité	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement familial • Présence du père 	
Des soignants	<ul style="list-style-type: none"> • Barrière de la langue • Disqualification professionnelle : Scolarité, certificats, expériences 	3,3% citent des barrières dues à la langue	<ul style="list-style-type: none"> • Propositions de participer à des activités prénatales • Soutien informatif 	<p>17,6 % disent que les services de santé sont plus accessibles</p> <p>9,9% disent que les relations avec le personnel sont plus professionnels (Mais à l'inverse 4,4 % des femmes citent que les relations avec le personnel sont plus humaine au pays d'origine)</p>
Du conjoint	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'implication 		<ul style="list-style-type: none"> • Sa présence palie au manque de soutien. 	17% disent que l'absence du réseau de soutien favorise son implication
Familial	<ul style="list-style-type: none"> • Dynamique familiale : Quantité/ qualité • Fardeau économique 		<ul style="list-style-type: none"> • Présence des femmes ; de la famille proche de la femme. • Dynamique familiale : qualité/ quantité 	<ul style="list-style-type: none"> • 7,7 % disent avoir un meilleur soutien familial dans le pays d'origine

IV. Etude 4 :

Tableau 1 :

Soutien social (conjoint et familial)	Participe à l'évolution favorable des symptômes dépressifs
Manque de soutien social (conjoint et familial)	Participe à l'évolution défavorable des symptômes dépressifs

Tableau 2 :

Cumul de 3 facteurs de risques psychosociaux (concernant tous 3 le soutien social)

► **Scores EPDS significativement plus élevés**

Arrivée en Suisse de - de 2 ans (facteurs de stress + importants, notamment manque de soutien social)	Scores EPDS prénatal significativement + élevé
Soutien social professionnel	Influence positive sur le bien-être psychologique
Manque de soutien social familial	Influence négative sur le bien-être psychologique
Soutien social familial	Influence positive sur le bien-être psychologique