

***Devenir mère en terre étrangère :
Quel accompagnement infirmier favorise la
transition à la maternité des requérantes d'asile ?***

Travail de Bachelor

ROULET Caroline N° 17593617

RRAHMANI Vlera N° 17592759

TORQUEMADA SOTILLOS Solenn N° 17593377

Directrice : COULON Delphine - PhD. Infirmière spécialisée en santé de l'enfant et de la famille

Genève, juillet 2020

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteures, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 14 juillet 2020

Caroline Roulet



Vlera Rrahmani



Solenn Torquemada Sotillos



REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail de Bachelor, notamment :

Madame Delphine COULON, notre directrice de Travail de Bachelor, pour son accompagnement tout au long de ce travail, ses précieuses recommandations et ses relectures ;

L'équipe médico-infirmière du Programme santé migrants qui nous a permis de développer ses connaissances et compétences dans l'accompagnement infirmier des populations migrantes à l'occasion du stage de l'une d'entre nous, qui l'a ensuite partagé avec nous ;

Jean-Jacques ISAAC, Marc ROULET et Blerta RRAHMANI qui ont montré un vif intérêt pour la thématique de ce travail et ont participé à sa relecture minutieuse.

Enfin, nous aimerions adresser un remerciement tout particulier à nos familles, nos conjoints et à nos animaux de compagnie pour leur patience et leur soutien sans faille tout au long de notre formation et dans l'accomplissement de ce travail.

RÉSUMÉ

Pour les travaux de Bachelor effectués selon la modalité « revue de littérature » :

Thème : Le flux migratoire ne cesse de croître dans le monde entier, particulièrement en Suisse où la population est hétérogène. Un grand nombre des migrants sont des femmes requérantes d'asile en âge de procréer. Celles-ci sont rendues particulièrement vulnérables de par leur genre mais également de par l'incertitude découlant de la procédure d'asile, d'autant plus lorsque ces jeunes femmes sont enceintes ou avec leur jeune bébé.

Problématique : L'objectif de ce travail est d'explorer les besoins en santé des requérantes d'asile vivant une transition à la maternité et d'identifier les obstacles à une prise en soin de qualité. Ceci afin de mettre en évidence les problématiques liées à cette thématique, ce qui devrait permettre ensuite d'émettre des recommandations contribuant à l'amélioration de l'accompagnement infirmier de ces femmes.

Méthodologie : Cette revue de littérature a été effectuée en suivant une méthodologie de recherche précise et rigoureuse selon l'outil PICO. Plusieurs mots-clés permettant de répondre à la question de recherche ont été identifiés et entrés dans les bases de données PubMed et CINAHL principalement. Ils nous ont permis de trouver les articles et de sélectionner les plus pertinents pour la rédaction du travail selon différents critères d'inclusion et d'exclusion définis au préalable.

Résultats : Les articles scientifiques sélectionnés pour cette revue de littérature ont permis de mettre en évidence de nombreux obstacles à l'accès au soin des requérantes d'asile en transition à la maternité mais également la vulnérabilité de cette population et les répercussions que la migration peut avoir sur leur santé mentale. L'insatisfaction concernant la réponse des soignant·e·s à certains de leurs besoins a également été soulevée à de nombreuses reprises, principalement liée à des difficultés de collaboration interprofessionnelle et à un manque de connaissances culturelles de la part des professionnel·le·s de la santé.

Discussion / Conclusion : La théorie de la transition de Meleis est utile dans l'accompagnement infirmier des requérantes d'asile en période périnatale, et cet accompagnement doit contribuer à faire face aux obstacles qui ont un impact considérable sur la qualité des soins offerts à ces femmes. Il est important de s'intéresser aux différentes dimensions de leur histoire de vie actuelle et passée.

Cette revue de littérature a mis en lumière les nombreuses difficultés du rôle infirmier dans la prise en soin holistique des femmes migrantes. Certaines recommandations encouragent notamment la formation transculturelle et la sensibilisation des soignant·e·s à ces populations. Une continuité dans la prise en soins des femmes et de leur enfant ainsi que la néces-

sité de les aider à développer leurs compétences maternelles fondées sur leurs forces afin de favoriser leur pouvoir d'action et de décision sont également des éléments clés permettant d'améliorer l'accompagnement infirmier de ces femmes

Mots-clés :

Français : Requérantes d'asile - grossesse et post-partum - accompagnement infirmier - transition à la maternité

Anglais : Asylum seekers - pregnancy and post-partum - nursing care - motherhood

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AELE	Association européenne de libre-échange
BDSP	Banque de données de santé publique
CAMSCO	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires
CFA	Centres fédéraux pour requérants d'asile
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CTA	Conférence tripartite sur les agglomérations
HEdS-Genève	Haute école de santé de Genève
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse Occidentale
HeTOP	Health Terminology / Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
LISSA	Littérature scientifique en santé
MFMCQ	Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire
NEM	Non-entrée en matière
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral suisse de la santé publique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations unies
OSAR	Organisation suisse d'aide aux réfugiés
PICO	Population, Intervention, Comparateur, Outcome
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Mots-clés du sujet selon l'outil PICO.....	34
Tableau 2. Équations de recherche selon les bases de données	36
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Procédure d'asile à partir de 2019	23
Figure 2. Schéma de la théorie de la transition de Afaf Ibrahim Meleis.....	33
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	39

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	2
Remerciements	3
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures.....	7
Table des matières	8
1. Problématique.....	11
1.1. <i>Données épidémiologiques</i>	11
1.2. <i>Prise en soins proposée aux requérantes d'asile en Suisse</i>	12
1.3. <i>Difficultés rencontrées par les soignants dans l'accompagnement infirmier des femmes migrantes enceintes ou jeunes mères</i>	15
1.4. <i>Impact du parcours migratoire sur la santé des femmes en transition à la maternité</i>	16
1.5. <i>Les besoins des femmes enceintes migrantes</i>	17
1.6. <i>Question de recherche initiale</i>	18
2. État des connaissances.....	19
2.1. <i>Quelle différence y a-t-il entre un migrant, un requérant d'asile et un réfugié ?</i>	19
2.2. <i>La procédure d'asile en Suisse</i>	21
2.3. <i>La grossesse et la période post-partum</i>	23
2.4. <i>La transition à la maternité</i>	25
2.5. <i>De la vulnérabilité à la résilience en contexte périnatal et migratoire</i>	25
3. Ancrage théorique selon la théorie de la transition de Afaf I. Meleis.....	28
3.1. <i>La théorie de la transition selon A. I. Meleis</i>	28
3.2. <i>Ancrage disciplinaire</i>	28
3.3. <i>Métaconcepts</i>	31
3.3.1. <i>La personne</i>	31
3.3.2. <i>Le soin</i>	31
3.3.3. <i>La santé</i>	32
3.3.4. <i>L'environnement</i>	32
3.4. <i>Méthodologie de la pratique</i>	32
3.5. <i>Question de recherche finale</i>	33
4. Méthode.....	34
4.1. <i>Sources d'information et stratégie de recherche documentaire</i>	34
4.2. <i>Diagramme de flux</i>	37
5. Résultats.....	42

5.1.	<i>Tableaux comparatifs</i>	42
5.2.	<i>Analyse critique des articles retenus</i>	58
5.2.1.	Les expériences et besoins des femmes requérantes d’asile.....	58
5.2.2.	La santé mentale chez les femmes requérantes d’asile ou réfugiées	62
5.2.3.	Vulnérabilité et résilience chez les femmes en contexte périnatal et migratoire.....	65
5.2.4.	Obstacles à l’accès aux soins pour les femmes requérantes d’asile et conséquences .	67
5.2.5.	Les femmes en transition à la migration et à la maternité	70
5.2.6.	Manque de continuité dans les soins et difficultés de collaboration interprofessionnelle	71
5.2.7.	Compétences interculturelles des soignants	72
6.	Discussion	75
6.1.	<i>Répondre aux besoins des femmes migrantes et aux obstacles à la prise en soin des femmes vivant une transition à la maternité</i>	75
6.2.	<i>La santé mentale des femmes migrantes en transition à la maternité</i>	77
6.3.	<i>L’accompagnement infirmier à la résilience des femmes vulnérables vivant une transition à la maternité</i>	79
6.4.	<i>Les compétences culturelles et collaboratives des soignants dans l’accompagnement infirmier des femmes en transition à la maternité</i>	82
6.5.	<i>La place des pères dans la transition à la parentalité</i>	84
7.	Conclusion	88
7.1.	<i>Apports et limites du travail</i>	88
7.2.	<i>Recommandations</i>	89
7.2.1.	Clinique	89
7.2.2.	Recherche.....	93
7.2.3.	Enseignement.....	94
8.	Références	96
9.	Annexes	103
9.1.1.	Résultats du Questionnaire Migrant Friendly Maternity Care : Gagnon et al. (2014)	103
9.1.2.	Tableau des thèmes communs aux articles	105

INTRODUCTION

Le cursus de formation de Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers se conclut par la rédaction d'un travail de Bachelor sous forme de revue de littérature.

Pour la rédaction de ce travail, les fondements de la discipline infirmière sont mobilisés, en lien avec un sujet choisi.

Dans le contexte migratoire actuel qui ne cesse de croître, le présent travail est centré sur l'accompagnement infirmier des femmes requérantes d'asile qui vivent une transition à la maternité durant leur parcours migratoire et/ou au terme de celui-ci.

La première partie de ce travail expose les problématiques évidentes liées à l'accompagnement infirmier des requérantes d'asile. Elle comprend les données épidémiologiques actuelles quant à la migration, la prise en soins proposée à ces femmes en Suisse, les difficultés que rencontrent les soignants lors de leur prise en soins, l'impact du parcours migratoire sur leur santé ainsi que leurs besoins communément ressentis. Puis, un état des connaissances nécessaire à la compréhension du sujet traité est réalisé, notamment, sur les différents termes qui se rapportent à la migration, la procédure d'asile en Suisse, l'état de la femme enceinte jusqu'à sa transition à la maternité ainsi que l'explication des liens entre la vulnérabilité des femmes requérantes d'asile et leur capacité de résilience.

La théorie de la transition selon la théoricienne Afaf Ibrahim Meleis ainsi que la méthodologie de la pratique sont présentées dans la deuxième partie du travail. L'ancrage théorique est ensuite mis en lien avec l'expérience de la double transition vécue par les requérantes d'asile.

La méthodologie de recherche utilisée afin de collecter les données permettant de réaliser cette revue de littérature ainsi que l'analyse critique des articles scientifiques choisis sont décrites.

Dans un deuxième temps, nous énonçons les résultats obtenus ainsi qu'une discussion permettant de mettre en évidence les éléments à même de répondre à notre question de recherche.

La dernière partie amène une conclusion sur les apports et les limites du travail, ce qui nous amène à émettre des recommandations pour la pratique infirmière, les futures recherches et la formation des soignant·e·s en lien avec la prise en soins des femmes requérantes d'asile en transition à la maternité.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Données épidémiologiques

La migration est un sujet d'actualité car il touche de nombreuses personnes à travers le monde. En effet, les migrants sont des milliers, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, à frapper aux portes de l'Europe, souvent au péril de leur vie, dans le but de fuir la violence, la misère ou la famine (Amnesty International, 2017).

Selon l'Organisation des Nations unies [ONU], 272 millions de personnes ont quitté leur pays de naissance en 2019, pour des raisons sociales, économiques, familiales, politiques ou encore climatiques, avec pour espoir commun d'avoir un avenir meilleur. Parmi ces nombreux migrants à travers le monde, 70 millions sont des migrants contraints à fuir leur pays à cause d'un conflit, de violations des droits humains ou d'une menace à leur encontre, compromettant leur sécurité de façon imminente. Au sein de cette population, 26 millions sont des réfugiés et 3,5 millions sont des demandeurs d'asile (Organisation des Nations unies [ONU], 2019).

Au niveau européen, la construction du réseau ferroviaire à la fin du XIX^e siècle ainsi que le besoin grandissant de main-d'œuvre suite à la période d'après-guerre ont engendré des vagues migratoires importantes (Amnesty International, 2017). Face à cette croissance migratoire qui ne cesse de s'accélérer depuis ces dernières années, l'Europe ferme progressivement ses frontières à la suite de plusieurs accords politiques passés avec notamment la Turquie et la Libye. Ces politiques d'obstruction visent à limiter le flux migratoire à l'intérieur de l'Union européenne et explique la nette diminution des demandes d'asile en Suisse (Amnesty International, 2017).

La Suisse est un pays qui attire la population étrangère, notamment en raison de sa santé économique avantageuse et de l'introduction de la libre circulation des personnes (Nguyen, 2017). Elle compte 170'900 non-nationaux en 2017, qui proviennent, pour la plupart, des pays de l'Union européenne, dont les pays principaux sont l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la France, et de l'Association européenne de libre-échange [AELE] (Office fédéral de la statistique [OFS], 2017).

Les motifs migratoires vers la Suisse sont multiples. En effet, 43% de la population originaire de pays hors de l'Union européenne migrent pour des raisons familiales et 6% de la population migrante, principalement originaire d'Érythrée, de Syrie, d'Afghanistan, de Turquie, de Somalie et du Sri Lanka, sont demandeurs d'asile (OFS, 2017).

Au niveau cantonal, Genève compte 498'221 habitants en 2017, dont 40% sont des étrangers, un chiffre qui est en baisse depuis 2015 (Office cantonale de la population et des migrations [OCPM], 2018).

Il est primordial de garder à l'esprit que toutes ces données ne représentent qu'une petite partie de la population migrante puisqu'elles prennent uniquement en compte les personnes qui ont été recensées. En effet, en Suisse, à l'instar des autres pays du monde, nombre de migrants sont des sans-papiers qui ne sont donc pas comptabilisés dans ces statistiques. Cependant, bien qu'il soit difficile d'obtenir des données démographiques fiables compte tenu du fait que cette population séjourne dans le pays sans autorisation, une estimation permet d'indiquer qu'environ 65'000 personnes sans papiers habitent en Suisse (Confédération suisse, 2015).

La proportion de femmes migrantes dans le monde est de 124,8 millions dont un tiers sont en âge de procréer durant leur parcours migratoire ou lorsqu'elles arrivent dans le pays d'accueil (ONU, 2016). Cette population, plus à risque de subir des violences physiques ou sexuelles lors du parcours migratoire de par leur genre, peut alors être considérée comme particulièrement vulnérable, d'autant plus au moment d'une grossesse ou de la période post-natale. En effet, durant leur exode, les femmes migrantes doivent souvent faire face à un niveau extrême de pauvreté et sont susceptibles de développer des problèmes physiques et psychosociaux. Lorsque le parcours migratoire touche à sa fin, elles n'en restent pas moins vulnérables car des séquelles du traumatisme qu'elles ont vécu peuvent persister. Par ailleurs, elles ne parviennent pas toujours à se faire aider par du personnel qualifié, entre autres à cause de la barrière linguistique et culturelle ou de l'incompréhension du système de santé (Vannotti & Bodenmann, 2003).

De plus, le regard de la population du pays de destination, souvent peu tolérante et empreinte de préjugés, ainsi que les contrôles administratifs et policiers, laissent planer un sentiment de méfiance constant. Cela augmente d'autant plus leur stress, déjà présent, dû à l'incertitude quant à leur avenir dans un nouveau pays où elles doivent tout reconstruire (Vannotti & Bodenmann, 2003).

1.2. Prise en soins proposée aux requérantes d'asile en Suisse

La Suisse fait partie des pays qui confèrent des droits de santé aux personnes migrantes, indépendamment de leur situation (Confédération suisse, 2019).

En effet, selon l'article 41 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101), « la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la

responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé ». De plus, selon l'article 117a Cst, « la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité ». Enfin, selon l'article 12 Cst, « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ».

Toute personne vivant en Suisse a l'obligation de s'affilier à une assurance-maladie (LAMal), indépendamment de sa nationalité et quel que soit son statut de séjour (Confédération suisse, 2015). Un requérant d'asile bénéficie donc d'une assurance-maladie de base que les cantons sont en droit de limiter. Lorsque le requérant obtient le statut de réfugié, il devient, par la même occasion, bénéficiaire du même système d'assurance-maladie que les résidents suisses (Gehri, Jäger, Wagner & Gehri, 2016). Néanmoins, selon l'article 65 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) « les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste » s'ils ne parviennent pas à régler l'intégralité de leur assurance.

À Genève, les personnes requérantes d'asile peuvent bénéficier de soins communautaires de premier recours par le biais du Réseau de Santé pour tous, qui rassemble plusieurs structures des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. Leur mission consiste à dispenser des soins égalitaires, en prenant en compte l'interculturalité, la barrière linguistique et les conditions socio-économiques des personnes migrantes et/ou en situation précaire. Afin de pouvoir répondre aux besoins de cette population, les HUG ont mis en place deux services de consultation de santé communautaire ambulatoire complémentaires (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019).

Premièrement, la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires [CAMSCO] a pour but de faciliter l'accès aux soins et de promouvoir la santé des personnes se trouvant dans une situation de précarité, d'illégalité, ou ne détenant pas d'assurance-maladie (HUG, 2019). Selon une enquête menée à la CAMSCO, une majorité de femmes se rendraient à ces consultations (62%) puisqu'une grande partie des consultations concernent des problèmes gynécologiques et/ou obstétriques (Revue d'information sociale, 2017).

Deuxièmement, le Programme santé migrant [PSM], prend en soins toutes les personnes qui ont un jour été demandeuses d'asile au moyen d'entretiens, de suivis de santé ou encore d'actions de prévention et de promotion de la santé (Hospice général, 2020). En effet, dès son arrivée à Genève, toute personne ayant effectué une demande d'asile recevra une con-

vocation pour un premier rendez-vous avec une infirmière¹ du Programme santé migrant en présence d'un interprète si cela est nécessaire, à l'hôpital ou dans le foyer où elle vit (Revue d'information sociale, 2016).

Cette première rencontre a pour objectif d'effectuer une évaluation de la santé générale de la personne. Lors de ce rendez-vous, l'infirmière s'intéresse à l'histoire de vie et au parcours migratoire du demandeur d'asile, et tente d'identifier les besoins, les ressources ainsi que l'impact physique et/ou psychique que tous les événements traversés ont pu causer. Ceci a pour but d'instaurer une relation de confiance entre le requérant d'asile et le personnel médical et de proposer des soins personnalisés. Le soignant profite également de cette consultation pour informer le demandeur d'asile du fonctionnement du réseau de soins genevois et les différents intervenants qu'il peut contacter si besoin. Enfin, les notions de vaccination, de santé sexuelle et des consultations gynécologiques pour les femmes sont également abordées (Revue d'information sociale, 2016).

Les femmes requérantes d'asile enceintes peuvent bénéficier d'un suivi particulier et régulier lors de toute la période de leur grossesse, indépendamment de leur statut. Cependant, lorsque ce fonctionnement fait défaut, elles peuvent se rendre aux consultations de la CAMSCO où le suivi de leur grossesse aura lieu avec des infirmières ou des sages-femmes (HUG, 2019).

De plus, l'association Arcade Sage-Femme accueille également ces femmes tout au long de leur grossesse jusqu'aux premiers pas de l'enfant avec l'aide de sages-femmes, de psychologues et d'interprètes (Arcade Sage-Femme, 2020).

En Suisse, l'État et les professionnels de la santé ont mis en place des prestations de soins pour faciliter l'accès aux femmes migrantes. Effectivement, des cours de préparation à la naissance sont proposés dans les principales langues des communautés migrantes et la coordination entre les institutions hospitalières et les sages-femmes permet un suivi à domicile des femmes après leur accouchement (Confédération suisse, 2011).

Cependant, malgré l'accès aux différentes prestations de soins, il existe une multitude d'obstacles qui font que celles-ci sont encore peu sollicitées. En effet, il n'est pas rare que les migrantes éprouvent des difficultés de compréhension du système de santé car elles n'osent pas suffisamment solliciter les soignants par peur et appréhension d'être confrontées à des difficultés de communication avec ceux-ci (Confédération suisse 2015).

De plus, le manque d'utilisation des interprètes, les connaissances insuffisantes des soignants concernant les droits des personnes migrantes ainsi que des lacunes en termes de

¹ Dans le présent document, l'emploi du féminin n'a d'autre fin que celle d'alléger le texte

formation transculturelle, représentent des barrières d'accès aux soins, ce qui a un impact considérable sur l'état de santé général de cette population (Revue d'information sociale, 2017).

1.3. Difficultés rencontrées par les soignants dans l'accompagnement infirmier des femmes migrantes enceintes ou jeunes mères

Une étude qualitative réalisée à travers dix entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de la santé fournissant régulièrement des soins aux femmes réfugiées enceintes au Canada, met en évidence les difficultés rencontrées lors de la prise en soin de cette population (Winn, Hetherington et Tough, 2018).

Selon Winn et al. (2018), la prise en soins des femmes enceintes réfugiées est complexe pour les soignants, qui se retrouvent souvent démunis et qui peuvent parfois se sentir impuissants lorsqu'ils accompagnent cette population. En effet, ils doivent faire face à de nombreux obstacles dont l'impact est considérable sur la qualité des soins proposés et prodigués à ces femmes. Les principaux obstacles sont notamment la barrière de la langue, qui rend la compréhension et la communication difficile avec les professionnels de la santé, ou encore les différences culturelles et le parcours migratoire qui peuvent rendre les femmes méfiantes en raison des potentiels traumatismes vécus (Winn et al., 2018).

Au niveau national, une revue proposée par Gehri et al. (2016), relate des difficultés semblables à celles énoncées par Winn et al. (2018). De plus, les représentations des patients concernant certaines pathologies peuvent parfois constituer un frein à la communication avec le soignant. En effet, malgré les difficultés linguistiques, certains patients refusent la présence d'un interprète, de peur d'être confrontés à un membre de leur communauté et de devoir parler de leur pathologie, qui peut être perçue comme taboue. De ce fait, un membre de la famille servira souvent d'interprète, ce qui soulève d'autres problématiques relatives à la qualité des traductions et au secret professionnel, puisqu'il devient difficile de parler de la dynamique familiale, de la maladie ou de questions relatives à la santé sexuelle devant un proche (Gehri et al., 2016). La complexité du système de santé représente également un obstacle à l'approche des populations migrantes puisque son fonctionnement ne leur est pas toujours expliqué, ce qui peut donner lieu à une incompréhension de leur part et donc une faible sollicitation des différentes structures de soins (Winn et al., 2018).

Enfin, une étude qualitative réalisée à partir de 11 consultations individuelles met en évidence des difficultés similaires à celles énoncées ci-dessus chez les femmes ayant récemment accouché, ainsi que la grande difficulté face à laquelle se retrouvent les soignants dans

la continuité des soins. En effet, ils sont rarement informés lorsque les requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères dont ils s'occupent sont déplacées du centre d'hébergement à leur foyer respectif et ne peuvent par conséquent pas leur transmettre les résultats de leurs examens médicaux (Reynolds & White, 2010).

1.4. Impact du parcours migratoire sur la santé des femmes en transition à la maternité

Bien qu'il existe encore peu d'articles scientifiques qui relatent des conséquences obstétricales chez les femmes requérantes d'asile, une étude quantitative transversale effectuée en Allemagne chez des requérantes d'asile enceintes ou ayant récemment accouché, compare les complications obstétricales entre les requérantes d'asile (N=569) et les femmes résidentes (N=19'295) (Bozorgmehr, Biddle, Preussler, Mueller, & Szecsenyi, 2018).

Cette étude montre que malgré l'accès égal aux soins de santé des femmes résidentes et des requérantes d'asile, ces dernières doivent faire face à de nombreux obstacles pour accéder au système de santé maternel, notamment à cause de la barrière culturelle et linguistique du pays d'accueil. De plus, les facteurs de stress, les facteurs structurels ainsi que les conditions de vie défavorables liées à leur parcours migratoire impliquent que cette population n'a que rarement accès à des soins appropriés puisqu'il existe peu de services spécialisés dans les foyers dans lesquels elles vivent. Ces obstacles exposent cette population à un risque augmenté de complications obstétricales qui ne sont, le plus souvent, pas diagnostiquées, compte tenu de l'absence de contrôles (Bozorgmehr et al., 2018).

La grossesse est une période de vie qui entraîne de nombreux bouleversements physiques et émotionnels, familiaux ou encore sociaux. C'est pourquoi un suivi régulier de la grossesse des femmes migrantes est nécessaire afin de détecter et de pallier suffisamment tôt d'éventuelles complications maternelles et fœtales. Ces contrôles réguliers ont pour but d'accompagner ces femmes durant leur grossesse, de les préparer à la maternité mais également d'identifier et de prévenir leurs difficultés singulières tels que le "baby blues", la dépression et les inconforts liés à la grossesse. Elles permettent, par la même occasion, à cette population de créer un lien de confiance avec les soignants et de s'intégrer progressivement dans le pays d'accueil (HUG, 2019).

Par ailleurs, il a été mis en évidence dans l'étude que les femmes migrantes enceintes risquent de donner naissance à un enfant mort-né et d'avoir des complications post-natales, ce qui engendre une augmentation de l'utilisation des services de santé maternelle et du coût de la santé (Bozorgmehr et al., 2018).

Il est également important de tenir compte de l'incidence que peut avoir la procédure de demande d'asile sur cette population. En effet, l'incertitude face à l'avenir, les changements imprévus et réguliers de lieu de vie, les difficultés financières et la cohabitation avec différentes personnes qui n'ont pas le même mode de vie peuvent avoir un impact sur la santé mentale des femmes migrantes (Reynolds & White, 2010).

De plus, le parcours migratoire expose cette population à des risques augmentés de violence mais également à des troubles psychosociaux tels que le stress ou la faible estime personnelle et des troubles de la nutrition (Bozorgmehr et al., 2018).

En outre, une autre étude quantitative menée auprès de femmes syriennes réfugiées enceintes (N=616) et de femmes jordaniennes (N=644) compare les complications obstétricales auxquelles doit faire face cette population. En effet, les femmes enceintes migrantes risquent davantage de présenter une anémie en raison de leur alimentation, qui est souvent pauvre en nutriments, ainsi que de l'absence d'accès à des contrôles médicaux leur permettant d'obtenir une suppléance en fer notamment. Cette complication est préoccupante durant la grossesse puisqu'elle augmente le risque de naissance par césarienne, d'un faible poids du bébé à la naissance et de réanimation post-natale (Alnuaimi, Kassab, Ali, Mohammad Shattnawi, 2017).

Enfin, les risques liés au parcours migratoire peuvent engendrer des effets délétères sur la santé de l'enfant lorsqu'il grandira. Celui-ci sera plus sujet aux maladies coronariennes, au diabète, à l'hypertension artérielle et aux infections respiratoires, en raison du stress engendré par le parcours migratoire, des mauvaises conditions de vie, d'une hygiène sous-optimale et de l'état de précarité pendant la migration (Bozorgmehr et al., 2018 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020).

1.5. Les besoins des femmes enceintes migrantes

Une étude quantitative effectuée auprès de femmes enceintes réfugiées (N=2911) récemment arrivées dans trois foyers d'accueil en Allemagne, met en évidence leurs besoins singuliers en santé durant leur grossesse. Afin de cibler les besoins de cette population et ainsi adapter leur prise en soins par les soignants, les auteurs ont effectué une analyse de l'utilisation du système de santé par ces femmes enceintes migrantes (Dopfer et al., 2018).

Une augmentation significative des demandes de consultations médicales de la part des femmes enceintes migrantes, en comparaison avec les femmes migrantes qui ne sont pas enceintes, a été mise en exergue dans cette étude. En effet, en raison des nombreuses répercussions que peut avoir leur parcours migratoire sur leur grossesse, celles-ci consultent

plus fréquemment leur médecin et ressentent le besoin d'avoir des contrôles réguliers de leur grossesse par un gynécologue ou une sage-femme. Les femmes enceintes migrantes ont également soulevé le besoin de l'intervention d'interprètes leur permettant une transmission correcte des informations au personnel médical (Dopfer et al., 2018).

Malheureusement, une grande majorité des femmes migrantes n'ont pas accès aux soins prénataux ou y ont accès trop tard, ce qui provoque souvent des conséquences néfastes sur leur grossesse (Dopfer et al., 2018).

Par ailleurs, certaines femmes enceintes migrantes sont parfois amenées à renoncer aux soins prénataux en raison du coût trop élevé des consultations, de la peur du mauvais traitement, de la honte ou encore parce qu'elles ne peuvent pas être prises en soins par un soignant de sexe féminin (Alnuaimi et al., 2017).

Enfin, l'étude met en évidence une augmentation du risque de maladies mentales et de dépression parmi cette population durant la phase prénatale en lien avec leur parcours migratoire qui implique souvent un isolement social et des conditions de vie précaires. (Dopfer et al., 2018).

1.6. Question de recherche initiale

Les données précédemment énoncées permettent de faire ressortir la question de recherche suivante :

« Quel accompagnement infirmier proposer aux femmes vivant une expérience de transition à la maternité en situation migratoire ? »

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Afin de pouvoir proposer une prise en soins infirmière optimale de la femme migrante vivant une transition à la maternité, il est nécessaire de définir et de comprendre les différents termes se rapportant à la migration, le fonctionnement de la procédure d'asile en Suisse, la période prénatale et post-partum, ainsi que les concepts de transition, de vulnérabilité et de résilience.

2.1. Quelle différence y a-t-il entre un migrant, un requérant d'asile et un réfugié ?

Le sujet de la migration est encore mal connu et peu maîtrisé par la population qui a tendance à ne pas bien différencier les types de migrations et utiliser des termes tels que « migrant », « requérant d'asile » ou encore « réfugié » comme des synonymes sans réellement connaître leurs spécificités. Il existe cependant une différence bien distincte entre ces termes, notamment quant aux raisons qui poussent une personne à quitter son pays (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

Un **migrant** est une personne qui a fait le libre choix de quitter le lieu où elle résidait afin de s'installer de manière temporaire ou permanente dans un autre pays. Le migrant peut arriver par voie aérienne, maritime ou par voie terrestre, de manière légale ou illégale si celui-ci vient par l'intermédiaire d'un passeur² par exemple (Organisation internationale pour les migrations [OIM], 2019).

Il existe différentes formes de migration qui peuvent être distinguées selon les motivations des personnes concernées. En effet, les motifs migratoires sont souvent multiples et peuvent être économiques, lorsque la personne souhaite quitter son pays afin d'avoir un avenir meilleur en trouvant du travail, sociaux, pour poursuivre ses études ou dans le cas d'un regroupement familiale par exemple. Enfin, ils peuvent également être politiques lorsque le pays où vit la personne est victime de corruption ou de conflit et/ou lorsque la personne ne s'y sent plus en sécurité (OIM, 2019). Dans tous les cas, ces migrants partagent le même espoir, celui de trouver un avenir meilleur dans un autre pays avec de meilleures conditions de vie (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO], 2017).

Parmi les migrants, le **requérant d'asile**, aussi appelé **demandeur d'asile**, est une personne qui a été contrainte à quitter son pays d'origine sous une menace imminente ou par

² Le passeur a pour rôle d'aider le migrant à traverser les frontières, le plus souvent contre une rétribution financière le plus souvent

crainte d'une menace. Il sollicite donc l'accueil, l'aide et la protection d'un pays tiers contre la persécution dont il est victime dans son pays (Amnesty International, 2017).

Un requérant d'asile n'aura pas de statut à proprement parler durant toute la durée de sa procédure d'asile, jusqu'au moment où une décision sera prise (Organisation suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], 2017).

Certains pays, tels que la Suisse ont l'obligation d'accueillir ces personnes dans le besoin, à titre provisoire ou définitif, pour leur fournir une protection (Asile-ne, 2017).

Un requérant d'asile sera reconnu comme **réfugié** lorsqu'une réponse positive à sa demande d'asile lui sera donnée (Confédération suisse, 2019).

En effet, selon l'art. 3 de la Loi fédérale sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi ; RS 142.31), inspiré de la Convention de Genève de 1951, « sont des réfugiés les personnes qui, dans leur État d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de 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. Sont notamment considérés comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable. »

Par ailleurs, le parcours migratoire d'un réfugié est bien différent de celui d'un migrant puisqu'un réfugié quitte son pays dans la précipitation et est contraint d'emprunter des voies dangereuses en vue d'atteindre le pays où il va déposer sa demande d'asile. De plus, les réfugiés partent, le plus souvent, sans documents de voyage et sont donc dépendants des groupes de passeurs pour franchir les frontières militarisées qui entourent l'Europe. Afin d'y arriver, ils sacrifient une grande partie de leurs économies. Le parcours migratoire d'un réfugié est difficile et généralement accompagné d'un climat de peur, de stress et d'incertitude quant à l'avenir, qui perdure même après l'arrivée dans le pays d'accueil. Ces conditions migratoires augmentent d'autant plus le risque d'être confrontés à des violences sexuelles, particulièrement pour les femmes (Terre des femmes [TDF Suisse], 2011).

Enfin, le dernier élément qui différencie un réfugié d'un migrant réside dans le fait que des accords internationaux obligent les États à accueillir et garantir une protection aux réfugiés, contrairement aux migrants, pour lesquels les États sont libres de choisir de les accepter sur leur territoire (Asile-ne, 2017).

Quant aux femmes, l'oppression et les persécutions politiques et/ou religieuses dont elles sont victimes dans leur pays sont les raisons principales qui les poussent à le quitter. En effet, leur genre entraîne souvent leur persécution puisqu'elles sont sujettes au viol ou à d'autres violences comme stratégie de guerre ou comme moyen d'oppression. Elles se re-

trouvent malheureusement souvent contraintes de fuir leur pays à cause de la violence liée à l'honneur au sein de leurs structures familiales, et la fuite de leur pays les expose davantage au risque de violences sexuelles (TDF Suisse, 2011).

Dans de nombreux pays, les femmes ne sont pas protégées des violences liées au genre car il n'existe aucune loi sur le sujet ou parce que celles-ci ne sont pas appliquées par les autorités. Une étude réalisée en 2009 en Écosse met en évidence que 70% des femmes requérantes d'asile ont été victimes de violences, notamment sexuelles, au cours de leur vie (TDF Suisse, 2011).

De plus, une étude du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [UNHCR] réalisée en Algérie et au Maroc permet de conclure que la majorité des femmes qui quittent leur pays seules ou accompagnées d'enfants, sont victimes de violences sexuelles. Ces violences peuvent se produire avant le départ du pays, lors du parcours migratoire et même dans les foyers d'hébergement du pays de destination. Ces femmes sont donc particulièrement vulnérables et en danger lors de cette période, et ces actes de violence ont de graves conséquences physiques, psychiques et sociales (cité par TDF Suisse, 2011).

2.2. La procédure d'asile en Suisse

Une réforme de la loi concernant l'asile en Suisse est en vigueur depuis le 1^{er} mars 2019. Celle-ci a pour objectif d'accélérer les procédures d'asile afin que les requérants puissent obtenir une décision quant à leur demande dans un délai de 140 jours (Secrétariat d'État aux migrations [SEM], 2019).

Lorsqu'un requérant arrive en Suisse, il dépose sa demande d'asile dans un des six centres fédéraux pour requérants d'asile, appelés CFA, avec tâches procédurales, situés à Bâle, Berne, Boudry, Altstätten, Zurich et Balerna Novazzano où sa sera étudiée. Cette nouvelle procédure d'asile peut ensuite être séparée en plusieurs étapes (SEM, 2019).

La phase préparatoire est commune à toutes les personnes qui déposent une demande d'asile en Suisse et se déroule dans un délai de dix jours. Elle consiste en l'enregistrement de la demande d'asile, la proposition d'une protection juridique gratuite et une première audition du contexte migratoire de la personne et de ses motifs d'asile (SEM, 2019).

Cette étape permet au Secrétariat d'État aux migrations [SEM] de déterminer la prochaine étape du requérant dans la procédure d'asile (*procédure Dublin, procédure accélérée ou procédure étendue*). À ce stade, le requérant d'asile obtiendra un permis de séjour N pour une durée de six mois, renouvelable, qui lui permettra de séjourner en Suisse uniquement (SEM, 2019).

Le requérant d'asile suivra la procédure Dublin s'il a transité par un autre État européen ou s'il a déjà obtenu un permis de séjour dans un autre État européen avant de déposer sa demande d'asile en Suisse. Dans ce cas, le SEM informera l'État en question et lui demandera d'accepter la réadmission du requérant. Dans l'attente d'une réponse de leur part dans un délai de 140 jours, le requérant sera transféré dans un CFA sans tâches procédurales. Lorsque l'État en question accepte la demande du SEM, le requérant d'asile obtient la décision "Non-entrée en matière [NEM] Dublin". Ainsi, il perd son permis N et sera renvoyé dans ce pays qui deviendra responsable de sa décision d'asile. Dans le cas contraire, le requérant d'asile passera une nouvelle audition et suivra ensuite la procédure accélérée ou étendue (SEM, 2019).

Les requérants d'asile qui ne font pas partie de la procédure Dublin auront une audition supplémentaire et plus détaillée concernant leurs motifs migratoires et leur état personnel. Dans le cas où le SEM estime qu'il pourra prendre une décision quant à la demande d'asile du requérant dans un délai inférieur à 140 jours, celui-ci suivra la procédure accélérée (SEM, 2019).

Le requérant restera dans le CFA durant ce délai jusqu'au moment où une décision sera prise. Dans le cas où la décision relative à sa demande d'asile est négative mais que l'exécution de son renvoi dans son pays d'origine n'est pas possible pour le moment, le requérant obtiendra un permis F provisoire lui permettant de séjourner provisoirement en Suisse et d'exercer une activité lucrative pour une durée d'un an renouvelable (SEM, 2019).

Enfin, si le SEM répond positivement à sa demande d'asile, il recevra un permis de séjour B lui permettant de séjourner en Suisse, exercer une activité lucrative et étudier. Il sera attribué à un canton qui aura pour rôle de l'intégrer. Dans les deux cas, le requérant aura accès, sur demande, à une aide financière et pourra obtenir un permis C sous certaines conditions (SEM, 2019).

En revanche si, après les différentes auditions, le SEM pense qu'il ne parviendra pas à prendre une décision dans un délai de 140 jours en raison de la complexité de la situation, le requérant suivra la procédure étendue. Il sera alors attribué à un canton où il suivra le reste de la procédure et sera hébergé dans un centre cantonal. Le canton en question aura pour rôle d'intégrer les personnes qui auront obtenu une décision positive concernant leur demande d'asile et le requérant obtiendra un permis de séjour (SEM, 2019).

Dans tous les cas, les requérants d'asile ont la possibilité de faire un recours concernant la décision qui a été prise quant à leur demande d'asile dans un délai imparti (SEM, 2019).

Enfin, les demandes d'asile déposées avant le 1^{er} mars 2019 relèvent de l'ancienne loi sur l'asile (SEM, 2019).

cette période, la femme porte un embryon qui deviendra un fœtus à la suite de son développement (OMS, 2020).

De nombreuses modifications psychiques et/ou physiques du corps de la femme auront lieu tout au long de sa grossesse, pouvant être physiologiques ou pathologiques. C'est pour cette raison qu'il est préconisé d'organiser environ huit rencontres entre les femmes enceintes et un prestataire de soins de santé durant cette période (OMS, 2020).

Pour les futures mères, la grossesse peut avoir des conséquences culturelles, sociales et/ou économiques et les répercussions sont d'autant plus importantes lorsque la future mère est migrante. En effet, la grossesse est pour une majorité de femmes un moment de bonheur et de plénitude. Malheureusement, cette période peut parfois s'avérer difficile pour les migrantes qui se retrouvent souvent loin de leurs proches, sans repères, dans un pays où tout est à refaire (Cadart, 2004).

De plus, la situation de précarité liée au contexte migratoire dans laquelle se trouve ces femmes ainsi que l'incertitude quant à la décision d'asile, offrent des perspectives d'avenir difficilement concevables. Cela suscite par la même occasion une inquiétude grandissante lorsque ces femmes réalisent qu'elles vont devenir mères dans un territoire inconnu (Bydlowski, 2001).

Ces inquiétudes sont d'autant plus marquées à l'approche de l'**accouchement**, qui est une expérience forte en émotion pour les futures mères ainsi qu'un événement marquant puisqu'il conclut la grossesse et marque le début de la maternité. En effet, l'accouchement implique un changement de rôle, celui de femme à celui de mère, avec les droits, les responsabilités, les émotions et les attitudes qui incombent à cette nouvelle fonction (Cadart, 2004).

L'exercice de ce nouveau rôle sera d'autant plus complexe pour les femmes migrantes qui sont souvent peu entourées et qui n'ont aucun repère. Par ailleurs, l'incertitude face à leur avenir ainsi qu'une remise en question permanente de leur nouveau rôle et de leurs compétences de mère, suscitent chez ces femmes la crainte de ne pas parvenir à mener à bien cette transition (Cadart, 2004).

La **période du post-partum** quant à elle débute dès la naissance de l'enfant et s'étend jusqu'à un an après celle-ci. Durant cette étape, un nombre important de bouleversements physiques, psychiques ainsi que familiaux peuvent survenir, notamment la mise en place de la relation mère-enfant qui est primordiale pour le développement optimal de l'enfant (Mestre, 2015).

Après la naissance, un suivi rapproché et rigoureux de la santé de la mère et de l'enfant est essentiel puisque la période du post-partum est propice au développement de complications

telles que la dépression post-partum. Ce risque est d'autant plus important chez les femmes migrantes qui, de par leur vécu souvent traumatique dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire, risquent davantage de développer des pathologies mentales. Il est donc nécessaire de réaliser une évaluation complète et continue de ces femmes après leur accouchement afin de s'assurer de leur bien-être physique et mental (Mestre, 2015).

2.4. La transition à la maternité

La notion de transition, à savoir le passage d'un état à un autre, a lieu de façon progressive. Entre les deux étapes, il se passe un certain nombre d'événements qui auront un impact sur l'individu qui vit cette transition. On parle alors de discontinuité ou de rupture avec l'état existant qui implique des phénomènes de changement dans les domaines structurels, émotionnels et cognitifs (Tapia, 2001).

Le passage du statut de femme à celui de mère est un exemple de transition puisque devenir mère implique un changement de rôle et d'habitudes qui s'amorce avec la décision de concevoir l'enfant et se poursuit durant la grossesse à travers l'information que la future mère acquiert et l'attention qu'elle prête à sa grossesse (De Montigny, Devault, Gervais, Saint Arnault, 2012). Cet événement représente davantage plus un bouleversement pour les mères migrantes qui vivent une transition supplémentaire liée à leur intégration dans une nouvelle société (Perret-Clermont & Zittoun, 2002).

Dans un grand nombre de cultures, la transition à la maternité se poursuit par l'héritage culturel encourageant l'acceptation mutuelle entre la mère et son enfant. De façon générale, un suivi rapproché des jeunes mères ainsi qu'un accompagnement adapté, de la période prénatale à la période postnatale, permet une transition optimale et prospère (Capponi & Horbacz, 2007).

Enfin, pendant cette période de transition à la maternité, il est essentiel que les femmes reçoivent du soutien pour favoriser le déroulement de leur transition. Cela revêt une importance particulière lorsque les jeunes mères sont migrantes car celles-ci n'ont plus accès au soutien familial de leurs proches, ce qui peut impacter le bon déroulement de leur transition migratoire mais aussi de leur transition à la maternité (Mestre, 2015).

2.5. De la vulnérabilité à la résilience en contexte périnatal et migratoire

La **vulnérabilité** se définit au sens commun comme étant « une situation de faiblesse, de fragilité à partir de laquelle l'intégrité d'une personne est ou risque d'être affectée, diminuée ou altérée. » Dans le domaine médical, on parle de vulnérabilité lorsqu'une personne est « à

risque de développer ou d'aggraver des incapacités liées à son âge, son état physique ou mental » (Liendle, 2012).

La vulnérabilité s'applique à un large spectre de populations ou de systèmes. Elle désigne notamment la fragilité face à une pathologie, à un handicap, à des agressions externes ou encore à des situations personnelles telles qu'un deuil, un divorce, une migration ou une grossesse. Le degré de vulnérabilité varie en fonction de la sensibilité de l'individu face aux événements lui portant préjudice. Les conséquences sont diverses puisqu'elles peuvent impacter l'autonomie, la santé et l'intégrité physique ou psychique de la personne (Liendle, 2012).

Un rapport de l'OMS (2009), portant sur la santé des femmes met en évidence la relation entre les facteurs biologiques et sociaux de leur santé et exprime que la disparité entre les sexes augmente l'exposition et la vulnérabilité aux risques pour la santé et restreint l'accès aux soins et à l'information.

De ce fait, de par son genre, une femme est plus vulnérable tout au long de sa vie, bien que celui-ci ne soit pas le seul facteur qui influence le degré de vulnérabilité d'une personne. En effet, la migration est un facteur de vulnérabilité supplémentaire puisqu'elle confronte les populations migrantes à des difficultés de compréhension d'ordre linguistique et à une certaine instabilité avec des conditions de vie sociales et économiques précaires. La migration implique donc un recours au système de santé plus restreint. Ainsi, cette vulnérabilité est d'autant plus importante chez les femmes migrantes enceintes puisqu'elles vont être exposées à une double vulnérabilité, d'une part la vulnérabilité psychique en rapport avec ce changement identitaire majeur que constitue le passage du statut de femme à celui de mère et d'autre part la vulnérabilité liée à l'exil (Cadart, 2004).

Selon l'OIM (2009), des soins de santé maternels et infantiles doivent être fournis par les pays qui accueillent des migrantes et ces services doivent être accessibles et abordables pour tous, cela indépendamment de leur situation, afin de réduire la vulnérabilité des femmes migrantes.

L'état de vulnérabilité peut laisser place à la résilience si la femme parvient, au travers de ses capacités et de ses ressources personnelles, à trouver des stratégies visant à se protéger. La vulnérabilité est donc l'état opposé de la résilience (Rousseau, 2007).

En effet, **la résilience** désigne la capacité d'une personne à se reconstruire après avoir vécu un grand stress ou un traumatisme, en mobilisant ses ressources, qu'elles soient personnelles ou sociales (Anaut, 2005).

La résilience peut survenir chez n'importe quel individu, indépendamment de son âge, de son milieu ou de sa culture. Elle peut concerner une personne, une famille, une communauté

ou encore une société. Il s'agit d'un processus de développement dynamique qui dure sur le long terme et qui se déroule en deux parties. Il y a d'abord une première phase où l'individu qui vient de subir un traumatisme met en place des mécanismes de défense dits "d'urgence" pour traverser le choc vécu (dénier, projection, agressivité, passivité...). Dans un deuxième temps, certains des mécanismes de défense vont se dissiper pour laisser place à des ressources plus souples, matures et adaptées au long terme, et c'est justement le processus de résilience. Cependant, il ne s'agit pas d'un processus inné mais d'une compétence qui s'acquiert avec le temps et qui peut plus ou moins se développer en fonction de l'environnement de l'individu (Anaut, 2005).

Le processus de résilience est proche mais diffère tout de même de celui du **coping**, qui désigne quant à lui les stratégies d'adaptation et d'acceptation mises en place par une personne en réponse à un stress dans le but de le maîtriser, le tolérer, ou encore de minimiser ses effets néfastes. En effet, le coping, à la différence de la résilience, est temporaire tandis que la résilience est un processus durable qui se maintient toute la vie (Nicchi & Le Scanff, 2005).

Il existe plusieurs caractéristiques qui, une fois associées au processus de résilience, définissent des facteurs de résilience individuelle, familiale, communautaire ou encore sociale. La résilience individuelle par exemple est influencée par l'habileté d'un individu à résoudre des problèmes, à développer son autonomie, ses compétences sociales, son altruisme et son empathie. Les facteurs de résilience familiaux quant à eux sont l'âge des parents, le nombre d'enfants présents dans la famille, l'espace-temps entre les naissances, la spiritualité, etc. (Anaut, 2005).

Finalement, les facteurs de résilience sociale et/ou communautaire sont la communauté sociale (école, quartier...), la communauté religieuse, la société, la culture, la solidarité, et les valeurs d'entraide notamment (Anaut, 2005).

Selon Asile.ch (2019), la résilience est un processus souvent lié à la migration et plus particulièrement dans le cas de migrations forcées, en raison des traumatismes que vivent la plupart des personnes dans leur pays ou durant leur parcours migratoire.

De ce fait, selon l'OIM (2017), il est d'une importance capitale que les soignants aident les personnes migrantes à renforcer les capacités de résilience dès leur arrivée dans le pays d'accueil. En effet, une approche transculturelle ainsi qu'une relation basée sur le dialogue sont des facteurs qui contribuent à la résilience des personnes migrantes et permettent de les aider à négocier les traumatismes psychologiques vécus dans leur pays d'origine ou lors du parcours migratoire (Moro, 1994).

3. ANCRAGE THÉORIQUE SELON LA THÉORIE DE LA TRANSITION DE AFAF I. MELEIS

3.1. La théorie de la transition selon A. I. Meleis

Les soins infirmiers sont orientés selon différentes théories infirmières, permettant une posture et une orientation spécifiques dans la pratique.

La problématique soulevée par notre travail concerne l'accompagnement infirmier des requérantes d'asile vivant une transition à la maternité. Ces femmes vivent donc une double transition simultanément.

Cette notion de transition, inhérente au contexte migratoire et au fait de devenir mère, nous a permis d'orienter notre recherche de théorie infirmière vers la théorie d'Afaf Ibrahim Meleis. Il s'agit d'une théoricienne en soins infirmiers, née en 1942 en Égypte, qui s'est particulièrement intéressée à la notion de transition, son impact sur la vie ainsi que sur la santé des femmes migrantes (Alligood, 2010). Selon Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias et Schumacher (2000), les changements liés à l'évolution normale de la vie, à une situation particulière, à l'organisation familiale, ou encore à la santé et à la maladie créent des processus de transition. Les personnes vivant ces transitions peuvent être plus vulnérables et exposées à des risques pouvant à leur tour affecter leur santé. La transition est un processus à long terme, qui implique une adaptation à de nouveaux rôles, à de nouvelles situations et aux multiples changements qui en découlent. Il en résultera finalement de nouvelles significations et un sentiment de maîtrise lorsque l'expérience de transition aura été comprise.

Cette théoricienne explique par la même occasion les outils permettant de vivre une transition optimale, de manière à ce que celle-ci permette à la personne vivant une transition de maintenir son identité, mobiliser ses ressources et enrichir ses connaissances. Elle s'est inspirée de plusieurs concepts préexistants concernant la transition afin d'élaborer sa propre théorie, qu'elle a nommée « Transition theory » (Alligood, 2010).

3.2. Ancrage disciplinaire

La théorie de Afaf I. Meleis, basée sur les expériences pratiques, est qualifiée d'intermédiaire, puisqu'elle est relativement concrète et contient de nombreux indicateurs empiriques. Elle s'inscrit dans le paradigme de l'interaction réciproque selon Fawcett, ce qui signifie que la personne est perçue comme une entité globale, non divisible, qui est en interaction permanente avec les différents éléments qui l'entourent, tels que son environnement ou ses proches (Fawcett, 2017). La théorie de Meleis appartient à l'école des interactions et

promeut le développement interactif de la relation entre le patient et l'infirmière (Pépin, 2010).

Afaf I. Meleis définit la transition comme étant un passage d'une phase de vie pouvant engendrer des remaniements identitaires et relationnels, mais également des modifications des habitudes de vie ou encore des comportements. Selon elle, la transition peut également avoir un impact sur le degré de vulnérabilité de la femme migrante en fonction des expériences qu'elle a pu vivre durant son parcours migratoire (Alligood, 2010).

Cette vision de la transition est appropriée pour la prise en soins des femmes migrantes enceintes ou jeunes mères car elles sont amenées à vivre une à plusieurs expériences de transition complexes, simultanément en lien avec leur parcours migratoire et leur futur rôle de mère (Meleis et al., 2000).

L'expérience de la grossesse pour la femme migrante, son accouchement ainsi que son entrée dans la maternité est un excellent exemple de transition de développement puisque son rôle de femme va évoluer à celui de mère. Elle sera également amenée à modifier ses habitudes comportementales afin d'accueillir l'enfant (Alligood, 2013 ; Meleis et al., 2000).

De plus, l'arrivée de ces femmes dans un pays qui leur est inconnu peut également engendrer une expérience de transition organisationnelle avec de multiples changements structurels puisqu'elles devront adapter leurs coutumes et leur style de vie à leur pays d'accueil. Elles devront également faire face à un changement de statut socio-économique, culturel et social dans le nouveau pays dans lequel elles s'installent (Alligood, 2013 ; Meleis et al., 2000).

Cependant, elles pourront retrouver une stabilité à la suite de ces nombreux remaniements identitaires qui sont nécessaires à la réussite de leurs différentes transitions. L'interdépendance de ces différentes transitions, qui peuvent avoir lieu simultanément, implique la présence d'une transition dite situationnelle (Alligood, 2013). Enfin, en fonction de l'état de santé de la femme et du bébé, peut s'ajouter une transition de santé et de maladie (Alligood, 2013).

Selon Afaf I. Meleis, il existe deux facteurs pouvant faciliter ou freiner le processus de transition par lequel passe la femme migrante vivant une expérience de transition à la maternité pour arriver à une transition saine. Le premier concerne les conditions personnelles, qui se rapportent aux croyances et au statut socio-économique de celles-ci, tandis que le second est le facteur de la condition communautaire ou sociale dont ces femmes disposent (Alligood, 2010).

Lors de la transition, plusieurs propriétés en interrelation les unes avec les autres sont susceptibles d'être présentes et sont déterminantes dans l'expérience de transition. Par

exemple, la capacité de la requérante d'asile, en période périnatale, à avoir conscience qu'une expérience de transition est vécue et que des changements se produisent, est une caractéristique déterminante de la transition. Elle est liée à la perception, la connaissance et la reconnaissance d'une expérience de transition (Meleis et al., 2000). Chick et Meleis (1986), ont prétendu que l'absence de conscience du changement pouvait signifier qu'un individu n'avait pas initié l'expérience de transition (cité par Meleis et al., 2000).

Une seconde propriété des transitions selon la théorie de Meleis est le niveau d'engagement de la migrante dans le processus de transition. Il démontre l'implication de la migrante dans les processus inhérents à la transition et est intimement lié au niveau de conscience (Meleis et al., 2000).

Le changement et la différence sont des propriétés essentielles des transitions qui peuvent toucher l'identité, le rôle, les relations ou encore les comportements. Bien que similaires, ces propriétés ne sont pas interchangeable, ni synonymes de transition. Toutes les transitions impliquent un changement, alors que tous les changements ne sont pas forcément liés à une transition (Meleis et al., 2000).

Toutes les transitions sont caractérisées par un flux et un mouvement dans le temps. La transition s'étend selon une période caractérisée par des premiers signes d'anticipation, de perception ou de démonstration de changements, en passant par une période d'instabilité, de confusion et de détresse. La transition a une fin identifiable avec l'entrée dans une période de stabilité. Toutefois, il peut être difficile et même contre-productif de mettre des limites à la durée de certaines expériences de transition. C'est le cas de la migration par exemple où les migrants peuvent considérer leur pays d'accueil comme "temporaire", même s'ils peuvent y vivre pour une période prolongée. Dans le cas de ceux qui s'installent définitivement, l'expérience de la migration peut être caractérisée par une transition continue et sans fin. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont constamment dans un état de déconnexion, de flux ou de changement mais que ces états peuvent périodiquement faire surface et réactiver une transition latente. C'est pourquoi, lors de l'évaluation des expériences de transition, il est important de tenir compte de la possibilité de flux et de variabilité dans le temps, et de réévaluer régulièrement les résultats (Meleis et al., 2000).

Enfin, les événements critiques correspondent à la dernière propriété présente dans une expérience de transition et signifient que certaines transitions sont associées à un événement marqueur identifiable, tel que la naissance, le décès, l'arrêt des menstruations ou encore le diagnostic d'une maladie (Meleis et al., 2000).

3.3. Métaconcepts

Les concepts infirmiers ont d'abord été présentés au XIX^e siècle par Florence Nightingale, une infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers. Ces concepts ont ensuite été repris par Fawcett et transformés en métaparadigmes infirmiers (Formarier & Jovic, 2012).

La discipline infirmière est présentée par Fawcett sous forme d'une hiérarchie de connaissances avec au sommet le métaparadigme qui désigne l'ensemble des centres d'intérêt inhérents à la discipline infirmière et qui permet de délimiter le champ de compétences et d'activités de la profession infirmière. Elle définit ensuite les quatre concepts principaux : la personne, le soin, l'environnement, et la santé, qui composent les métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 2013).

Les métaconcepts tels qu'ils ont été définis dans la théorie de la transition sont présentés ci-dessous.

3.3.1. La personne

Au cours de sa vie, l'être humain doit faire face à de multiples transitions qui engendreront de nombreux changements pouvant parfois modifier son identité, son rôle, son comportement, ses capacités et/ou ses relations. Dans le cas d'une femme enceinte migrante, son expérience de transition à la maternité aboutira à un changement de rôle de femme à mère, ce qui nécessitera une adaptation de son comportement. Enfin, la personne se distingue des autres êtres vivants par sa capacité réflexive et d'apprentissage sur elle-même et sur son environnement (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2013 ; Pépin et al., 2010).

3.3.2. Le soin

Le soin est un engagement dynamique, entre la femme migrante vivant une transition à la maternité et l'infirmière. Il a pour but de créer un environnement sain pour que la patiente puisse vivre son expérience de transition tout en maintenant un sentiment de bien-être, mais également d'aider celle-ci à mobiliser ses ressources personnelles afin de l'accompagner vers une résilience. Pour ce faire, l'infirmière aura pour rôle d'évaluer les besoins et les émotions des femmes migrantes ainsi que leurs ressources afin de favoriser un engagement optimal de la part de ces femmes, leur permettant de vivre cette transition le plus sainement possible et ainsi favoriser leur adaptation à leurs nouveaux rôle et lieu de vie (Alligood, 2013).

3.3.3. La santé

La santé de l'individu peut être influencée par les phases de transition, telle que la migration par exemple, puisqu'elle peut induire un stress, des conditions de vie défavorables ainsi qu'un manque d'accès à des soins appropriés, ce qui augmente le risque de complications obstétricales (Alligood, 2013 ; Bozorgmehr et al., 2018).

3.3.4. L'environnement

L'environnement est en interaction directe et constante avec les femmes migrantes vivant une expérience de transition à la maternité. Il peut, en fonction de sa condition, impacter leur santé et les rendre particulièrement vulnérables. Effectivement, c'est le cas dans leur pays d'accueil puisque le système de santé et la langue parlée diffèrent, le plus souvent, de ceux de leur pays d'origine (Alligood, 2013 ; Winn et al, 2018).

3.4. Méthodologie de la pratique

L'infirmière est souvent en première ligne dans la prise en soins des femmes vivant une expérience de transition à la maternité (Meleis et al. 2000).

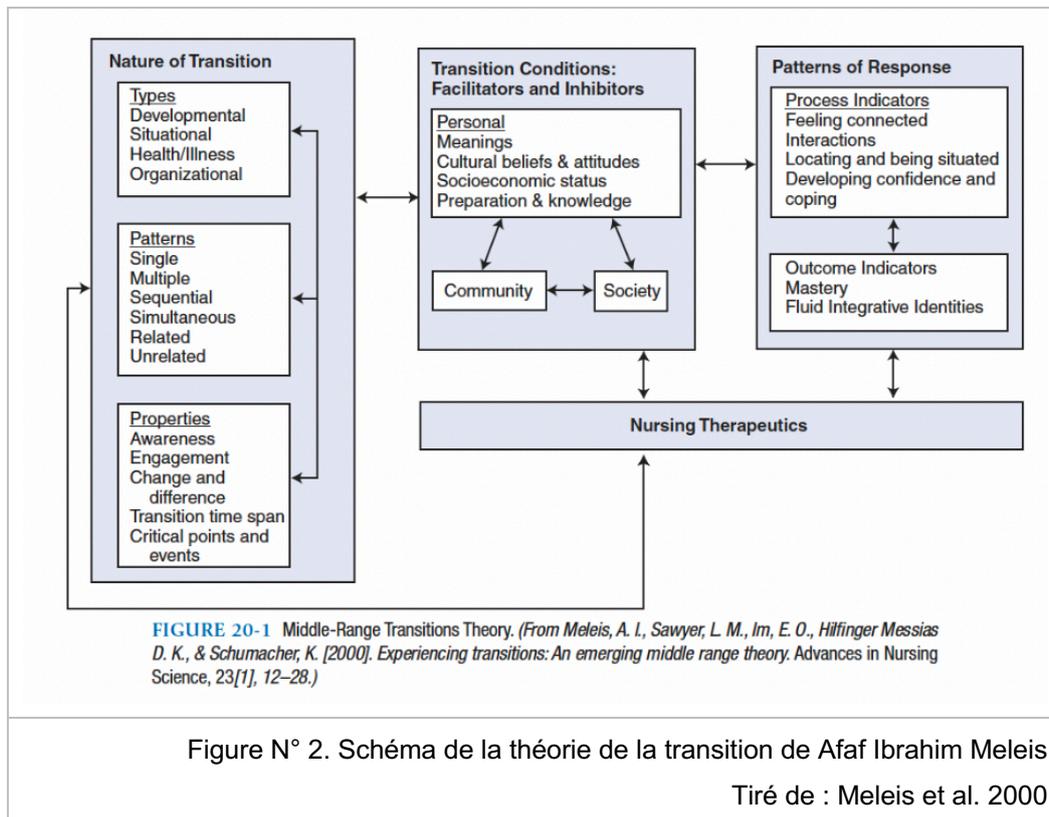
Le rôle du soignant lors de la prise en soins de ces femmes et les interventions infirmières à mettre en place peuvent être regroupées en trois catégories. Premièrement, l'écoute et la compréhension de la femme vivant une expérience de transition à la maternité permettent à l'infirmière d'identifier la nature de la transition de la patiente (développementale, situationnelle, organisationnelle, etc.), ses propriétés (engagement, conscience, changement, etc.) ainsi que les éventuels facteurs pouvant faciliter ou inhiber son bon déroulement (personnels, sociétaux, etc.) (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017). L'infirmière devra également prendre en compte les schémas de toutes les transitions importantes dans la vie de la requérante d'asile enceinte ou jeune mère, en considérant sa famille plutôt que de se concentrer uniquement sur le type de transition qu'elle vit. L'identification du type de transition comprend le fait de savoir si la femme migrante en période périnatale vit une seule ou plusieurs transitions, et le cas échéant, il sera important de savoir si celles-ci sont multiples, séquentielles ou simultanées (Meleis et al., 2000).

Cette étape permet à l'infirmière d'évaluer le niveau de préparation de la patiente à la transition et d'élaborer une prise en soins individualisée et adaptée à ses besoins singuliers (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017).

L'infirmière a ensuite pour rôle de soutenir la patiente lors de son expérience de transition, de promouvoir des conséquences positives et de participer à la gestion de la santé et des maladies tout en développant une relation de qualité avec elle (Allgood, 2013 ; Fawcett, 2017). Elle peut effectuer cela par le biais d'éducation à la santé et de renforcement des stratégies de coping et de résolution de problèmes, permettant ainsi de préparer la patiente à son expérience de transition pour qu'elle puisse la vivre de manière optimale (Allgood, 2010).

Enfin, l'infirmière a un rôle de soutien, en facilitant le développement de nouvelles habiletés chez la femme vivant une double transition, et de suppléante afin de la décharger et la soulager si elle en ressent le besoin. Ces interventions infirmières sont quotidiennement réévaluées et réajustées afin d'offrir une prise en soins adaptée à l'évolution des stratégies de coping de la patiente (Allgood, 2010).

Ces différentes interventions sont illustrées dans la figure N°2 ci-dessous :



3.5. Question de recherche finale

« Quel accompagnement infirmier favorise une expérience optimale de transition à la maternité en situation migratoire ? »

4. MÉTHODE

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche, nous avons dû établir une méthodologie de recherche précise. Pour commencer, nous avons défini ensemble les concepts principaux que nous souhaitions traiter dans notre travail.

Chacune d'entre nous a ensuite effectué plusieurs recherches documentaires sur différents sites et bases de données, nous permettant de nous familiariser au mieux avec le sujet en lien avec la problématique de notre travail.

Les résultats des différentes recherches que nous avons effectuées sur plusieurs bases de données nous ont permis de perfectionner nos équations pour obtenir des résultats moins nombreux et plus pertinents. Cette étape nous a permis d'affiner notre question de recherche en fonction des thématiques principales des articles trouvés et de la construire selon le modèle PICO en définissant notre population cible (P), l'intervention que nous souhaitions étudier (I), le comparateur (C) et la conséquence (O), selon le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1. Mots clés du sujet selon l'outils PICO

Population	Femmes requérantes d'asile
Intervention	Accompagnement infirmier
Comparateur	Grossesse et période post-partum
Outcome	Transition à la maternité

Lorsque notre question de recherche et nos équations de recherche étaient suffisamment bien construites, les mots-clés ont été entrés dans le portail terminologique de santé, "Health Terminology/Ontology Portal" [HeTop], afin de traduire ces termes en anglais et de trouver plusieurs synonymes correspondants permettant d'élargir les résultats de nos recherches d'articles scientifiques. Les traductions ont finalement été entrées dans les différentes bases de données et ont permis de trouver de nombreux articles pertinents pour répondre à notre question de recherche.

Les bases de données utilisées pour rechercher les articles scientifiques sont les suivantes :

- US National Library of Medicine National Institutes of Health [PubMed], une base de données de sciences biomédicales qui traite des sujets se rapportant à la médecine, la santé, la biologie, la pharmacologie, la toxicologie et les sciences infirmières. Elle

nous a permis de trouver de nombreux articles que nous avons utilisés pour l'analyse critique.

- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL], est une base de données centrée sur les sciences paramédicales, les sciences de la santé et les sciences infirmières.
- PsycINFO, quant à elle, traite de sujets qui se rapportent à la psychologie, les soins infirmiers, la médecine et la sociologie.

Nous avons également effectué des recherches sur d'autres bases de données telles que Littérature scientifique en santé [LISSA], dont les sujets principaux sont la médecine et la santé, et la banque de données de santé publique [BDSP], qui est centrée sur la santé publique et communautaire. Cependant, les rares articles que nous avons trouvés, issus de notre équation de recherche, n'étaient pas téléchargeables.

De plus, lors de nos recherches dans ces différentes bases de données, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés. En effet, nous avons rencontré des difficultés à trouver des articles de recherche qui mêlaient notre sujet à la théorie de la transition de A. Meleis. C'est pourquoi nous avons dû, le plus souvent, traiter ces thèmes séparément et les mettre en lien par nous-mêmes.

Nous avons également choisi de ne pas utiliser les termes "MeSH" dans nos équations puisque cela diminuait considérablement les résultats de nos recherches.

Enfin, notre thématique initiale se rapportait à l'accompagnement infirmier des femmes enceintes requérantes d'asile. Or, cela se rapporte surtout au rôle de la sage-femme dans beaucoup de pays, dont la Suisse, ce qui explique qu'avec ces mots-clés, nous trouvions difficilement des résultats qui se rapportaient au rôle infirmier. Nous avons donc lu des articles effectués dans un autre pays qui se rapportaient au rôle de la sage-femme afin de déterminer si ceux-ci pouvaient être transposés au rôle infirmier en Suisse, et nous en avons donc gardé plusieurs. En parallèle, nous avons remodelé notre question de recherche en étendant notre population cible aux femmes requérantes d'asile enceintes ou ayant récemment donné naissance.

Les équations qui nous ont permis de trouver les articles scientifiques utilisés dans notre travail sont énoncés dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2. Équations de recherche selon les bases de données

Bases de données	Équations de recherche et date	Filtres	Résultats de la recherche
PUBMed	10.12 (((refugee woman) OR asylum seekers) OR migrant woman) AND pregnan*) AND family dynamic	Aucun	<u>70 résultats obtenus</u> ; - 38 articles retenus sur la base du titre - 20 articles retenus sur base de l'abstract - 4 articles utilisés pour la rédaction du travail
	10.2 ((((refugee OR migrant OR asylum seeker)) AND women) AND (pregnancy OR pregnant)) AND (transition OR parenting OR motherhood)	Aucun	<u>43 résultats obtenus</u> ; - 14 articles retenus sur la base du titre - 1 article utilisé pour la rédaction du travail
	20.1 (((pregnancy OR pregnant)) AND (migrant OR refugee)) AND (nurses OR nursing recommendation)	Aucun	<u>41 articles obtenus</u> ; - 8 articles retenus sur la base du titre - 3 articles retenus sur la base de la lecture de l'abstract - 2 articles utilisés pour la rédaction du travail
CINAHL	07.01.2020 (refugee OR immigrant OR asylum seeker OR migrant) AND (women) AND (pregnancy OR pregnant OR antenatal OR perinatal OR maternal OR postnatal OR postpartum OR birth OR mother OR maternal OR postnatal OR motherhood) AND (nurse OR nursing OR healthcare OR postnatal care) AND transition	Aucun	<u>18 articles obtenus</u> ; - 4 articles retenus sur la base du titre - 2 articles utilisés pour la rédaction du travail
PsycInfo	07.01.2019 ((refugee or asylum seeker or migrant mother) and (women or woman) and (ptsd or mental health or depression or depression postpartum) and (pregnancy or pregnant or postpartum) and (transition or parenting or motherhood or family dynamic) and (nursing role or nurse or nursing or nursing care) and (recommendations or perceptions) and (postnatal care)	Années : 2010 - maintenant	<u>10 articles obtenus</u> ; - Articles non retenus car non pertinents par rapport au thème de notre travail
LISSA	Femmes enceintes migrantes	Aucun	<u>2 articles obtenus</u> ; - Articles non retenus car non pertinents par rapport au thème de notre travail et non téléchargeables

Toutes les équations de recherche sur les différentes bases de données ont été construites à partir des mots-clés ci-dessus, qui avaient été préalablement identifiés grâce au "PICO".

Ces équations ont ensuite été reformulées et adaptées en fonction des thèmes spécifiques recherchés et pertinents pour notre travail. Certaines des équations ont été réutilisées dans plusieurs bases de données lorsque les résultats n'étaient pas suffisants ou lorsque nous souhaitons obtenir des résultats différents sur un même sujet.

Afin d'obtenir des résultats restreints et surtout précis en regard de notre thématique, nous avons dû définir plusieurs critères d'éligibilité ou d'exclusion à appliquer pour la sélection de chaque article.

Pour commencer, nous avons préféré inclure des articles datant de moins de dix ans afin que le sujet de la migration soit abordé de façon actuelle et que les recommandations émises par les auteurs puissent être en adéquation avec la réalité d'aujourd'hui. Cependant, même si cela représentait un critère de sélection, nous n'avons généralement pas spécifié de dates limites lors de nos recherches puisque nous ne voulions pas omettre certaines revues de qualité sur la seule base de leur date. L'essentiel pour nous était que les résultats soient suffisamment significatifs et représentatifs de la réalité actuelle de la migration. C'est la raison pour laquelle nous avons également veillé à exclure les articles effectués dans des pays dont les conditions de vie et le système de santé étaient trop différents du fonctionnement en Suisse, ceci afin de pouvoir formuler des recommandations pertinentes et applicables sur le terrain, dans notre pratique.

Finalement, nous n'avons pas utilisé de filtre "full text" dans nos équations mais nous avons néanmoins effectué un tri manuel afin de conserver uniquement les articles disponibles en intégralité. En effet, il arrivait parfois que certains soient disponibles partiellement sur les bases de recherche, mais nous avons pu trouver une plateforme nous permettant, la plupart du temps, de les obtenir gratuitement de façon intégrale.

4.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux schématisé ci-après, dans la figure 3, détaille la démarche effectuée et les critères qui nous ont permis d'exclure les articles pour obtenir un nombre restreint de résultats, retenant finalement 9 articles pour l'analyse critique. Durant la recherche documentaire, 1'149 articles ont initialement été identifiés dans les bases de données PubMed, CINAHL, Psycinfo, Lissa et BDSP à l'aide des équations de recherche.

Une première lecture des titres nous a permis d'exclure 802 articles considérés comme étant hors sujet par rapport à la problématique et/ou étant déjà apparus dans la même base de données ou dans une autre. Ces deux premiers critères d'exclusion nous ont permis de retenir 347 articles.

Afin d'être plus précises dans nos recherches d'articles, une seconde sélection a été effectuée à partir de la lecture des résumés des articles, de leurs structures, de leur date et de leur disponibilité en texte intégral. Nous nous sommes efforcées, dans la mesure du possible, de sélectionner des articles ayant été publiés durant les dix dernières années, afin d'établir une revue de littérature qui puisse se rapporter le plus à la réalité de la migration d'aujourd'hui.

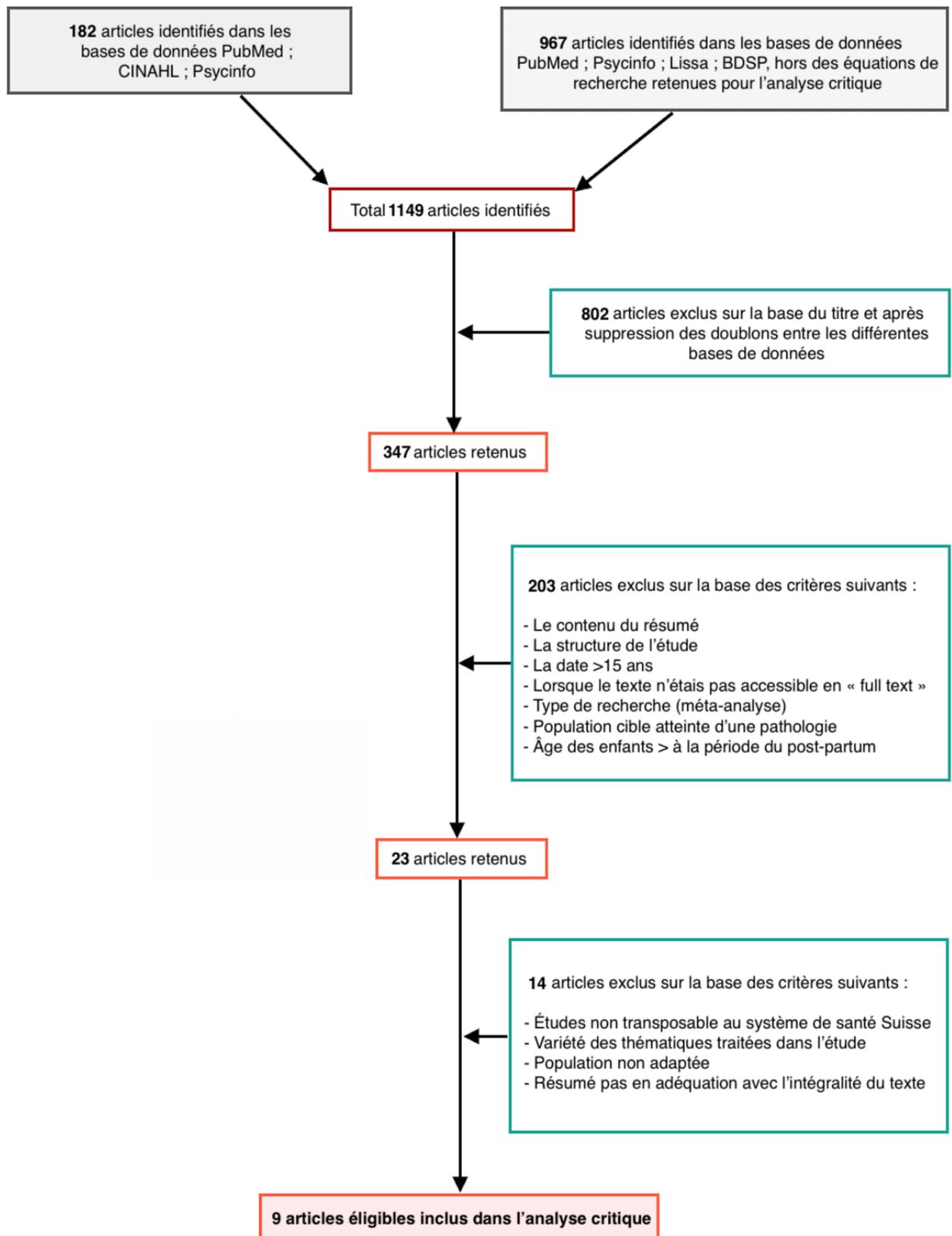
De plus, lorsqu'un article traitait des femmes enceintes migrantes ou ayant récemment eu un bébé mais que celles-ci souffraient en plus d'une pathologie sous-jacente telle qu'un diabète ou une maladie sexuellement transmissible par exemple, il était exclu puisqu'il ajoutait une dimension à notre thématique et risquait de modifier les résultats de notre travail.

Par ailleurs, il était également important de tenir compte de l'âge des enfants dans les études que nous avons trouvées puisque notre sujet concernait la transition à la maternité qui se rapporte à la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement. De ce fait, 203 articles ont été exclus sur la base des critères énoncés ci-dessus.

Ainsi 23 articles ont été retenus sur la base des critères susmentionnés. En effet, leur lecture approfondie nous a permis d'émettre de nouveaux critères d'exclusion tels qu'une étude non transposable au système de santé suisse, une population cible non adaptée ou un résumé en non-adéquation avec l'intégralité du texte. Ces nouveaux critères nous ont amenées à exclure 14 autres articles.

Ce sont finalement neuf articles qui ont donc été retenus pour la revue de littérature permettant de répondre à notre question de recherche.

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



Les neufs articles retenus sur la base du diagramme de flux pour l'analyse critique du travail et représentés dans le point 5.1. Tableau comparatif, sont les suivants :

- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada : a preliminary study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1).
- Gagnon, A. J., DeBruyn, R., Essén, B., Gissler, M., Heaman, M., Jeambey, Z.,... Small, R. (2014). Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to Western societies : an international Delphi consensus process. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).
- Gagnon, A. J., Carnevale, F., Mehta, P., Rousseau, H., & Stewart, D. E. (2013). Developing population interventions with migrant women for maternal-child health : a focused ethnography. *BMC Public Health*, 13(1).
- Hennegan, J., Redshaw, M., & Kruske, S. (2015). Another country, another language and a new baby : A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia. *Women and Birth*, 28(4), e124-e133.
- Rees, S. J., Fisher, J. R., Steel, Z., Mohsin, M., Nadar, N., Moussa, B.,... Silove, D. (2019). Prevalence and Risk Factors of Major Depressive Disorder Among Women at Public Antenatal Clinics from Refugee, Conflict-Affected, and Australian-Born Backgrounds. *JAMA Network Open*, 2(5), e193442.
- Renzaho, A. M. N., & Oldroyd, J. C. (2014). Closing the Gap in Maternal and Child Health : A Qualitative Study Examining Health Needs of Migrant Mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1391-1402.
- Reynolds, B., & White, J. (2010). Seeking asylum and motherhood : health and wellbeing needs. *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 83(3), 20-23.
- Sami, J., Quack Lötscher, K. C., Eperon, I., Gonik, L., Martinez de Tejada, B., Epiney, M., & Schmidt, N. C. (2019). Giving birth in Switzerland : a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups. *Reproductive Health*, 16(1).
- Yelland, J., Riggs, E., Wahidi, S., Fouladi, F., Casey, S., Szwarc, J.,... Brown, S. (2014). How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families ? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).

4.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

La date : La recherche a été limitée aux dix dernières années (2010-2020) afin d'être la plus représentative de la réalité actuelle de la migration.

La population : Les requérantes d'asile enceintes ou mères d'un enfant < (ou égal) à 2 ans.

La langue des articles : Français, anglais.

Le thème : Thèmes divers et variés se rapportant aux femmes migrantes enceintes ou jeunes mères.

Critères d'exclusion

Le titre et/ou le contenu de l'étude : Le titre de l'étude et/ou les thématiques traitées dans les articles de recherche qui ne se rapportaient pas à notre question de recherche.

La structure de l'étude : Les articles dont la structure n'était pas composée d'une introduction, d'une méthode, d'un résultat et d'une discussion ainsi que les méta-analyses ont été exclus. Certaines méta-analyses ont cependant été conservées afin d'être utilisées dans d'autres parties du travail.

Le contenu de l'étude : Les thèmes abordés n'étaient pas en rapport avec notre question de recherche.

Transposition à la Suisse : Les études effectuées dans des pays dont la culture, le système de santé et/ou le rôle infirmier n'étaient pas transposables au système de santé suisse, n'ont pas été retenues (Thaïlande, Chine, Corée, Jordanie, ...).

Population cible non représentative : Certaines femmes souffraient de pathologies associées, ce qui pouvait modifier les résultats de l'étude par rapport à notre question de recherche. De plus, nous avons exclu des études effectuées auprès de populations d'origine européenne (Portugal, Italie, Espagne, etc.) ayant migré pour des raisons économiques, et d'autres études concernant des femmes requérantes d'asile qui résidaient dans le pays d'accueil depuis une durée trop importante.

En raison de la difficulté à trouver des articles concernant une population de requérantes d'asile en transition à la maternité récemment arrivées dans le pays d'accueil (< 4 ans), certains articles pertinents autour des femmes arrivées dans le pays depuis plus de 4 ans ont été inclus. En effet cette population reste représentative puisque certaines de ces femmes sont vulnérables, peu intégrées et ne parlent pas la langue du pays d'accueil.

Période post-partum : L'âge des enfants était supérieur à la période post-partum (< 1 an).

Thématiques centrées sur le rôle de la sage-femme : Certains articles se rapportaient au rôle de la sage-femme et non de l'infirmière.

Doublon d'articles : Les articles trouvés sur plusieurs bases de données ont été supprimés.

5. RÉSULTATS

5.1. Tableaux comparatifs

Tableau 3. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

<p>Source : Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). <i>Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada : a preliminary study</i>. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1)</p>			
<p>Lieu de l'étude : Saskatoon, Canada</p>			
<p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfugiées syriennes ayant migré à Saskatoon au Canada, femmes enceintes ou l'année suivant l'accouchement • Nombre de l'échantillon n=12 <p>Type échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échantillonnage d'opportunité <p>Type d'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude mixte avec une partie qualitative de type phénoménologique (entretien de groupe) et quantitatif de par le questionnaire sociodémographique <p>Niveau d'évidence : Faible niveau de preuve</p> <p>Objet de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquête sur l'existence de dépression en lien avec la grossesse, l'accouchement ou post-accouchement tel qu'une dépression post-partum, anxiété, PTSD ou/et violence du conjoint auprès de femmes réfugiées syriennes • Enquête sur le risque de dépression post-partum chez les femmes réfugiées enceintes ou l'année après leur accouchement <p>Objectif pratique de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les femmes migrantes syriennes, leurs familles et leurs communautés sur les 	<p>Méthode / Instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ont utilisé une « méthode mixte », les données ont été récoltées lors d'un seul et unique groupe focus de discussion et à l'aide d'un questionnaire structuré. • La discussion de groupe s'est déroulée en arabe et a duré environs 90 minutes. • Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide de l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS). L'EPDS est l'un des outils de dépistage les plus validés pour la détection de la dépression périnatale, et cet outil a été traduit dans de nombreuses langues. Il s'agit d'une mesure autoévaluée à 10 items pour un score total de 30. • Présence d'un traducteur pendant le focus groupe afin de rendre l'étude la plus réaliste possible, ce dernier ayant récemment travaillé avec des femmes réfugiées syriennes dans la communauté. 	<p>Résultats principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats ont montré que plus de la moitié des participantes ont des symptômes de dépression, la moitié d'entre elles ont de l'anxiété et un sixième ont des symptômes de troubles de stress post-traumatique (SSPT). • Trois grands thèmes sont ressortis des données qualitatives : la compréhension de la dépression maternelle, les facteurs de protection de la santé et les obstacles aux services de santé mentale. 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude préliminaire, de ce fait, échantillon de petite taille, et les données recueillies auprès d'un seul focus groupe ne sont donc pas généralisables à la population. • Exactitude de la traduction de l'arabe à l'anglais et vice versa. • La présence d'un interprète peut être une gêne pour les participantes. <p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de sensibiliser, parmi les femmes réfugiées syriennes, leurs familles et leurs communautés sur les symptômes, les causes, le traitement et les conséquences de la dépression maternelle. Action dans la classe prénatale et postnatale, les centres de formation linguistiques, etc. • Les programmes de soutien et les cours de groupe récréatifs constitués du même genre (uniquement des femmes) peuvent aider les femmes à établir des liens sociaux et à se constituer un réseau social pour se sentir soutenues dans leur nouvelle collectivité, outre l'impact positif que l'exercice physique a sur la santé mentale. <p>Le dépistage des problèmes de santé mentale chez les femmes réfugiées, l'orientation vers des services spécialisés, le transport et la garde d'enfants sont également des éléments essentiels pour améliorer l'accès aux services sanitaires et sociaux.</p>

<p>symptômes, les causes, le traitement et les conséquences de la dépression maternelle</p> <ul style="list-style-type: none">• Permettre l'accès aux services sanitaires et sociaux aux femmes réfugiées afin de dépister les problèmes de santé mentale et leurs apporter les soins nécessaires• La compréhension des expériences vécues par les femmes réfugiées ainsi que la facilité d'accès aux différents services de soins permettent aux professionnel·le·s de la santé une prise en charge plus adaptée			
--	--	--	--

Source : Gagnon A., Carnavale F., Metha P., Rousseau H., Stewart D. (2013). *Developing population interventions with migrant women for maternal-child health: a focused ethnography*. BMC Public Health, 13(471)

Lieu de l'étude : Toronto et Montréal, Canada

Population :
16 femmes migrantes d'origines diverses, âgées de 27-28 ans, vivant à Toronto ou Montréal depuis < 8 ans avec 1-4 enfants et qui avaient déjà été identifiées par le biais d'une étude antérieure comme ayant des profils « à risque psychosocial élevé ».

Type d'échantillon :
Échantillonnage d'opportunité.

Type d'étude :
Étude qualitative, de type ethnographique.

Niveau d'évidence :
Faible niveau de preuve.

Objet de la recherche :
Décrire comment les femmes migrantes au Canada réagissent face aux problèmes de santé qui surviennent dans les mois et les années suivant la naissance de leur enfant.

Objectifs pratique de l'étude :
S'intéresser aux interventions démographiques qui, selon ces femmes, méritent d'être révisées ou devraient être créées pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Méthode / Instrument de mesure :
Les chercheurs ont mené leur étude sur la base de 2 interviews au domicile des femmes migrantes et 3 séances d'observation dans des lieux choisis par ces dernières comme étant susceptibles d'offrir des informations pertinentes aux questions de recherche. (Maison des participantes, centres communautaires, lieux de culte, garderies, etc.)

Résultats principaux :
Les processus utilisés par les femmes migrantes pour répondre aux problèmes de santé maternels et infantiles
• 23 stratégies d'adaptation ont été identifiées comme des moyens de répondre aux préoccupations des femmes migrantes. Certaines stratégies d'adaptation ont été soulignées comme pertinentes par l'ensemble des participantes alors que d'autres ont été relevées uniquement par le groupe de femmes migrantes « vulnérables », comparativement aux femmes migrantes « résilientes ».

Les facteurs contextuels et processus qui améliorent ou entravent la résilience des femmes migrantes face à leurs problèmes de santé et à leurs préoccupations psychosociales ou aux problèmes de leur enfant
• L'inclusion sociale a été identifiée comme une préoccupation majeure pour toutes les participantes.
• Certaines caractéristiques ont été reconnues par toutes les participantes indépendamment de leur résilience, comme notamment la sécurité physique et financière, l'accès aux soins, la participation à des activités sociales.

Les actions et programmes suggérés par les femmes migrantes comme étant efficaces ou inefficaces pour la santé maternelle et infantile
• Les mères vulnérables et résilientes ont décrit les informations et les conseils, l'enseignement, les soins, le développement de l'enfant et la fourniture d'articles en termes positifs.

Limites :
• Les définitions de la vulnérabilité et de la résilience peuvent être remises en question. En effet, elles n'ont pas été définies de façon opérationnelle en utilisant les mesures de la santé mentale à disposition.
• L'accès aux sites d'observation était parfois restreint, surtout dans les cliniques et les garderies, parce que les employé·e·s de ces établissements estimaient qu'être observé équivalait à être évalué et que nous ne pouvions donc faire que des observations limitées dans ce milieu.

Commentaires :
• Cet article permet de comprendre quelle stratégie les femmes migrantes mettent en place, qu'elles tendent plutôt vers la résilience ou la vulnérabilité. Cela met également en évidence ceci : même les participantes qui avaient été identifiées comme vulnérables ont démontré des actions, des capacités et des ressources importantes dans leur gestion des défis auxquels elles devaient faire face.

		<ul style="list-style-type: none">• Les participantes ont suggéré la nécessité de créer de nouveaux programmes de promotion de la santé auprès des populations migrantes. <p><u>Les interventions infirmières suggérées par les femmes migrantes pour être efficaces en matière de santé maternelle et infantile</u></p> <p>Dans l'ensemble, les soins infirmiers ont été décrits comme étant efficaces. Mais certaines modifications ont été suggérées par les femmes migrantes.</p>	
--	--	---	--

Source : Gagnon A., DeBruyn, R., Essén, B., Gissler, M., Heaman, M., Jeambey Z.,... Small, R. (2014). *Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for Migrants to Western Societies : An International Delphi Consensus Process*. BMC Pregnancy and Childbirth 14(1)

Lieu de l'étude : Montréal, Canada

Population :

- 33 femmes de différents pays ayant accouché dans l'une des quatre maternités de Montréal

Type échantillon :

- Échantillonnage d'opportunité

Type d'étude :

- Étude qualitative de type phénoménologique faite par l'intermédiaire d'entretiens de groupe

Niveau d'évidence :

Faible niveau de preuve

Objet de la recherche :

- Élaboration d'un questionnaire destiné à être utilisé dans 12 hôpitaux universitaires d'Europe comme outil d'auto-évaluation, afin de mesurer les soins maternels adaptés aux migrantes, dans une série de contexte et de pays pour les soins maternels

Objectif pratique de l'étude :

- Un questionnaire évaluant les principaux aspects des soins de maternité adaptés aux migrantes. Le MFMCQ peut être utilisé pour examiner et comparer les soins et les perceptions des soins entre les pays ; il peut aussi être utilisé en relation avec les principales caractéristiques sociodémographiques, migratoires et obstétricales des femmes migrantes ayant récemment accouché
- Proposition du questionnaire afin de le tester auprès d'une population donnée dans le but de recueillir les suggestions de modifications dudit questionnaire

Méthode / Instruments de mesure :

- Les auteurs ont utilisé une méthode qualitative. Des questions relatives aux soins de maternité adaptés aux migrantes ont été identifiées à partir de questionnaires existants, notamment le questionnaire sur la qualité des soins adaptés aux migrantes, élaboré en Europe pour saisir les soins hospitaliers généraux recommandés aux migrants, et le questionnaire Mothers In a New Country (MINC), élaboré en Australie et révisé pour être utilisé au Canada afin de saisir les expériences des femmes migrantes en matière de soins de maternité, et combiné pour créer un premier questionnaire sur les soins de maternité adaptés aux migrants MFMC.
- Le questionnaire a été testé auprès de femmes migrantes ayant récemment accouché à Montréal, au Canada.

Résultats principaux :

- Développement d'un questionnaire.
- Le questionnaire compte 112 points sur les soins de maternité, depuis la grossesse en passant par le travail et l'accouchement, jusqu'aux soins post-partum, et comprenant des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, migratoires et obstétricales de la mère ainsi que sur sa perception des soins.
- Le questionnaire sur les soins de maternité adaptés aux migrants (MFMCQ) est en trois langues (anglais, français et espagnol). Il est complété en 45 minutes par les femmes migrantes plusieurs mois après la naissance de l'enfant.

Les commentaires mis en évidence par les femmes migrantes ayant testé le questionnaire ont relevé la nécessité d'un guide d'entretien détaillé, des reformulations de certaines questions pour améliorer la clarté ou l'universalité du questionnaire. Ces commentaires ont été examinés par l'équipe du projet et utilisés pour réviser le questionnaire.

Limites :

- L'évaluation de la fiabilité du test montre qu'il est important d'assurer en tant que partie fondamentale des tests psychométriques (bien que la fiabilité test-retour dans un contexte de grossesse-accouchement soit assez difficile à évaluer car la perception des soins reçus change souvent considérablement avec le temps depuis la naissance).
- En outre la première utilisation du questionnaire a été limitée à un seul pays et à trois langues seulement.
- De plus, les différences entre les systèmes de prestation de soins de santé peuvent entraîner la nécessité d'apporter de légères modifications au questionnaire pour l'adapter aux circonstances locales. Il en va de même pour les facteurs sociodémographique de fond.
- Avec la traduction du questionnaire dans d'autres langues, des modifications supplémentaires ou une simplification peuvent également être nécessaires afin de maximiser la comparabilité entre les différentes versions.

Source : Hennegan J., Redshaw M., Kruske S. (2015). *Another country, another language and a new baby : A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia, Women and Birth, 28(4), 124-133.*

Lieu de l'étude : Queensland, Australie

Population :

Toutes les femmes donnant naissance à un ou plusieurs enfants entre février et mai 2010 à Queensland, en Australie, étaient invitées à participer à l'étude. Ont participé :

- Femmes migrantes (N=233)
- Femmes originaires du pays d'accueil (N=2722)

Type d'échantillon :

Étude de cas témoin

Type d'étude :

Étude quantitative, de type descriptif

Niveau d'évidence :

Faible niveau de preuve

Objet de la recherche :

Fournir une description quantitative des expériences postnatales des femmes migrantes venues s'installer en Australie et comparer leurs expériences avec celles des femmes nées dans le pays

Objectifs pratique de l'étude :

Comprendre les expériences et les besoins par lesquels passent les femmes migrantes qui ne parlent pas la langue dans la période postnatale, afin de leur fournir des soins efficaces et identifier des pistes d'amélioration au regard de ces éléments

Méthode / Instrument de mesure :

Les auteurs ont envoyé les questionnaires par mail.

Les femmes avaient la possibilité de remplir le questionnaire sur internet, de l'imprimer puis de le remplir sur papier ou encore au téléphone avec un interprète de la langue de leur choix.

Certaines questions étaient ouvertes comme par exemple pour désigner le pays de naissance, la langue parlée, etc. Les autres questions étaient fermées, et les réponses données grâce à une échelle nominale ou de Likert en fonction des questions.

Résultats principaux :

Caractéristiques cliniques et démographiques

- Plus faible niveau économique en moyenne chez les migrantes (12% contre 7% dans le groupe des femmes du pays d'accueil, l'Australie).
- Plus faible poids de naissance chez les bébés des femmes migrantes (9,3% contre 5,6%).

Soins postnataux

- Les deux groupes de femmes ont signalé une expérience similaire en termes de durée moyenne d'hospitalisation en post-partum (34% contre 30% sont restées 2 nuits), de soins après la naissance et concernant l'occasion de parler de leur accouchement (82% contre 82%).
- Les migrantes étaient plus susceptibles de déclarer qu'elles avaient été contrôlées trop souvent et que cela nuisait à leur besoin d'intimité durant l'hospitalisation (7,5% contre 2,4%).

Les expériences de soins postnataux

- Les migrantes ont déclaré qu'elles étaient moins susceptibles de participer aux décisions concernant leur bébé ou de savoir quelles étaient leurs options. Elles ont également ressenti avoir moins de contrôle et de pouvoir de décision durant ou après leur accouchement (75% contre 84.3% ont déclaré qu'elles étaient informées des décisions sur leur santé ou sur celle de leur bébé).

Expérience après la naissance

- Les migrantes étaient moins susceptibles de déclarer que la douleur était gérable et

Limites :

- Les différences dans l'organisation des soins dans les maternités publiques et privées peuvent avoir une incidence sur la qualité des soins postnataux.
- Faible taux de participation et donc sous-représentation des femmes les plus défavorisées.
- Les femmes migrantes et les femmes nées au pays qui ont répondu à l'enquête peuvent représenter un sous-ensemble de la population plus engagée et plus avantagée.
- Il est probable que les femmes ayant un très faible niveau d'anglais, comme les requérantes d'asile ou les réfugiées, n'auraient pas participé malgré la proposition d'un interprète.
- Bien que l'étude ait tenu compte des facteurs démographiques, il est possible que les résultats émotionnels suivant l'accouchement soient liés à des problèmes préexistants et/ou à des antécédents individuels. Il faudrait donc les prendre en compte dans les résultats.

Commentaires :

Bien que les résultats restent majoritairement moins bons dans le groupe des migrantes relativement à leurs expériences du système de santé en post-partum, des faiblesses communes aux deux groupes en matière de prestation de services ont été mises en évidence.

		<p>qu'elles se sentaient bien après leur accouchement (75,9% contre 85,5%).</p> <p><u>Après le retour à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les migrantes étaient moins susceptibles de déclarer qu'elles se sentaient en confiance pour s'occuper de leur bébé (77% contre 88%). • Les migrantes étaient plus susceptibles de relater des flash-back pénibles du moment du travail ou de l'accouchement (18% contre 9%). • Les migrantes se sont senties plus souvent déprimées après être rentrées chez elles (11% contre 7%). 	
--	--	---	--

Source : Rees, S. J., Fisher, J. R., Steel, Z., Mohsin, M., Nadar, N., Moussa, B.,... Silove, D. (2019). *Prevalence and Risk Factors of Major Depressive Disorder Among Women at Public Antenatal Clinics From Refugee, Conflict-Affected, and Australian-Born Backgrounds*. JAMA Network Open, 2(5), e193442

Lieu de l'étude : Melbourne et Sydney, Australie

Population :

(N=685) femmes requérantes d'asile ou réfugiées vivant à Sydney et Melbourne, issues de milieux touchés par le conflit, ont été sélectionnées dans une clinique à l'occasion de leur premier rendez-vous prénatal, qui a lieu le plus souvent entre 12 et 20 semaines de gestation. En comparaison, (N=650) femmes choisies au hasard dans le pays hôte ont participé

Type d'échantillon :

Échantillonnage d'opportunité pour la sélection des femmes migrantes et échantillonnage randomisé pour la sélection des femmes du pays hôte

Type d'étude :

Étude quantitative, transversale et descriptive

Niveau d'évidence :

Faible niveau intermédiaire

Objet de la recherche :

Identifier les facteurs de risques psychosociaux et la prévalence des troubles dépressifs chroniques chez les femmes migrantes, originaires de pays touchés par des conflits

Objectifs pratique de l'étude :

Comparer la prévalence des troubles dépressifs majeurs (TDM) par rapport à l'exposition aux traumatismes et d'autres facteurs de risque psychosociaux chez les femmes réfugiées, les femmes originaires du pays d'accueil et celles issues de milieux touchés par le conflit

Méthode / Instrument de mesure :

Des entretiens d'une heure portant sur des questions précises et similaires pour toutes les participantes concernant la santé mentale, les événements traumatisants vécus, la violence entre partenaires intimes et autres. Les participantes devaient répondre en donnant une réponse sur une échelle de 0-5 (Échelle de Likert) qui avait préalablement été établie par les chercheurs.

L'outil utilisé pour les questions portant sur la santé mentale est le *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)* basé sur le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) pour évaluer le risque de trouble de dépression majeure.

Résultats principaux :

Événements traumatiques

• Les femmes réfugiées ont été davantage à déclarer avoir déjà été exposées à un événement traumatique (32,9%) que les femmes nées en Australie (28%) ou celles issues de milieux touchés par un conflit (30,9%). De plus, elles ont également été davantage à avoir subi > 4 événements traumatiques (6,6%) que les femmes nées en Australie (3,2%) ou que celles issues de milieux touchés par un conflit (3,6%).

Violence avec les partenaires intimes

• Les femmes réfugiées ont déclaré des taux de violence psychologique avec leur partenaire intime plus élevés (42,9%) comparativement aux femmes nées en Australie (20,5%) ou issues de milieux touchés par un conflit (37,8%).

Support social

• Les femmes réfugiées étaient moins susceptibles de citer au moins 5 personnes comme étant des ressources sociales (12,5%) par rapport aux femmes nées en Australie (45,7%) ou à celles issues de milieux touchés par un conflit (17,5%) (P < .001).

Stress au niveau financier

• Une plus grande proportion de femmes réfugiées a déclaré avoir subi des facteurs de stress liés à la finance (22,5%) comparativement aux femmes nées en Australie (6,3%) ou à celles issues de milieux touchés par un conflit (16,4%).

Limites :

• Le fait de se concentrer uniquement sur les cliniques de santé publique les plus couramment fréquentées par les femmes migrantes peut signifier que les conclusions ne sont pas entièrement généralisables aux femmes qui fréquentent les cliniques privées ou qui vivent dans des zones à faible densité de migrants.
• Les distorsions rétrospectives, les trous de mémoire et la réticence à divulguer des informations sensibles (par exemple liées à la VPI) peuvent entraîner des inexactitudes dans la déclaration des événements.

Commentaires :

• Il existe une grande variabilité dans l'exposition aux traumatismes et à l'adversité psychosociale dans les pays touchés par un conflit, variabilité qui s'étend aux populations des milieux qui émigrent. Il est important de noter que l'auto-identification du statut de réfugié peut être un indicateur relativement précis de la sous-population exposée à des niveaux élevés de traumatismes et d'adversité psychosociale ainsi qu'à un risque accru de troubles mentaux, tels que le TMD.

		<p><u>Prévalence du trouble de la dépression majeure</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Les femmes réfugiées avaient la plus forte prévalence de TDM (32,5%), suivies par les femmes de milieux touchés par un conflit (19,7%) et les femmes nées en Australie (14,5%) (P < .001).	
--	--	--	--

Source : Renzaho, A. M. N., & Oldroyd, J. C. (2013). *Closing the Gap in Maternal and Child Health : A Qualitative Study Examining Health Needs of Migrant Mothers in Dandenong, Victoria, Australia*. Maternal and Child Health Journal, 18(6), 1391-1402

Lieu de l'étude et date : Australie

Population :

35 femmes requérantes d'asile vivant en Australie, qui étaient des mères allaitantes ayant au moins un enfant de moins de 3 ans et qui venaient d'Afghanistan, d'Afrique, de Palestine, du Liban, de Syrie, d'Iran, de Chine ou de Jordanie

Type échantillon :

Échantillonnage d'opportunité de femmes participant à des groupes de jeux organisés régulièrement pour les mères dans les périodes postnatales immédiates, dans un service de santé maternelle et infantile [MCHS]

Type d'étude :

Étude qualitative de type phénoménologique

Niveau d'évidence :

Faible niveau d'évidence

Objet de la recherche :

Explorer les points de vue et les perceptions des requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères au sujet des barrières socioculturelles et de leurs besoins en santé durant la grossesse et la période postnatale

Objectif pratique de l'étude :

Explorer les points de vue et les perceptions des femmes migrantes concernant les barrières socioculturelles et leurs besoins de santé durant la grossesse et la période postnatale, ceci dans le but d'identifier les solutions possibles pour supprimer ces barrières

Méthode / Instruments de mesure :

- 5 groupes de discussion pour une durée de 60 minutes environ.
- Ces groupes de discussion étaient composés de mères d'une zone géographique définie et qui parlaient la même langue.
- Entrevues semi-structurées, dirigées par un facilitateur expérimenté (?), une autre personne qui avait pour rôle de prendre des notes et un travailleur bilingue. L'interviewer posait des questions qui étaient ensuite traduites par le travailleur bilingue, et il veillait durant tout l'entretien à ce que les mères aient la possibilité de s'exprimer à tout moment. Le travailleur bilingue avait la possibilité de poser des questions afin de fluidifier la discussion et clarifier certains éléments.

Résultats principaux :

Faible utilisation des services de soins par cette population

- La barrière linguistique ainsi que l'incompréhension du réseau et du système de santé représentent un frein à l'accès au système de santé pour ces femmes.
- Les différents intervenants transmettent des messages contradictoires à ces femmes qui se retrouvent perdues.

Femmes en transition

- Elles doivent faire face à deux identités culturelles différentes et sont parfois jugées par leur entourage qui est encore au pays concernant les décisions qu'elles prennent.
- Le niveau d'acculturation, le contexte migratoire et les besoins de ces femmes doivent être pris en compte par les soignant-e-s.

Manque de connaissances des femmes concernant la grossesse et la naissance

- Les femmes ont de nombreuses questions et incertitudes concernant la santé de leur enfant et la leur (allaitement, poids, ...) ce qui génère des préoccupations et du stress.
- Elles ont parfois des habitudes culturelles qui ne sont pas adaptées.
- Elles sont motivées à enrichir leurs connaissances et les infirmières sont décrites comme une bonne source d'information pour elles.

Période de la grossesse et de l'accouchement

- La période de la grossesse et après l'accouchement implique un isolement social pour ces femmes alors qu'elles auraient au contraire besoin d'un soutien familial.
- Faible soutien de la part du père de leur enfant. Ces femmes soulignent leur souhait de pouvoir d'avantage compter sur le père du bébé.

Limites :

Les limites de l'article ne sont pas explicitement abordées par les auteurs dans l'étude.

Commentaires :

- Le niveau d'acculturation des femmes requérantes d'asile varie en fonction du temps qu'elles sont restées en Australie, ce qui rend l'étude peu généralisable.
- La méthodologie de l'étude est très rigoureuse et précise et elle facilite sa reproduction.

		<ul style="list-style-type: none"> • La période de la grossesse et du post-partum rend cette population particulièrement à risque pour la dépression. <p><u>Éléments qui augmentent le bien-être des femmes durant la grossesse et la période post-partum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'appartenance à un groupe et d'avoir une vie riche socialement (entourage bien présent, activités). • Vivre dans un environnement urbain à proximité de tout. • Implication plus importante des pères. • Concilier les différentes pratiques (celles de leur pays et celles du pays où elles vivent actuellement) et les accorder avec les attentes des patientes. • Aider les femmes à comprendre le système de santé pour qu'elles puissent savoir où se diriger selon leurs besoins, ce qui favorise par la même occasion leur autonomie. 	
--	--	--	--

Source : Reynolds, B., & White, J. (2010). *Seeking asylum and motherhood : Health and wellbeing needs*. Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association, 83(3), 20-23

Lieu de l'étude et date : Angleterre

Population :

- 11 professionnel·le·s de la santé (infirmiers, sage-femme) et d'autres professionnel·le·s (interprètes, visiteurs de santé, volontaires et manager) qui travaillaient tous régulièrement avec des requérantes d'asile

Type échantillon :

Échantillonnage d'opportunité

Type d'étude :

Étude qualitative de type phénoménologique

Niveau d'évidence :

Faible niveau de preuve

Objet de la recherche :

Explorer les besoins en santé des requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères et la manière dont les professionnel·le·s qui les accompagnent répondent à leurs besoins

Objectif pratique de l'étude :

Émettre des recommandations permettant de répondre à leurs besoins et leur offrir une meilleure prise en soins afin d'améliorer leur qualité de vie

Méthode / Instruments de mesure :

Entrevues semi-structurées d'une durée de 40 à 90 minutes. Les interviews ont été enregistrés puis retranscrits et analysés.

Résultats principaux :

Faible utilisation des services de soins maternels par les requérantes d'asile durant la grossesse

- Risque accru de complications.
- Inquiétude des professionnel·le·s de la santé concernant le risque accru pour les femmes qui arrivent à un stade avancé de leur grossesse, souvent avec peu de soins prénataux, et qui présentent des complications non diagnostiquées.

Difficultés dans la continuité des soins

- Les déplacements réguliers des femmes requérantes d'asile rendent la continuité des soins difficile.
- Absence de bases de données communes.
- Peu d'interactions professionnelles entre les intervenants.
- Difficultés pour les femmes requérantes d'asile de se sentir en confiance avec les soignant·e·s qui sont toujours différent·e·s.
- Difficile pour les femmes requérantes d'asile de se repérer dans le système de santé.

Difficultés des soignant·e·s dans la prise en soins de cette population

- Environnement professionnel en constante évolution, ce qui signifie que les systèmes et les procédures n'étaient pas toujours en place à temps pour venir en aide aux femmes et que les soignant·e·s ne les maîtrisaient pas suffisamment pour les utiliser.
- Manque de connaissances et de compétences culturelles.

Importance de satisfaire les besoins primaires de cette population en priorité (pyramide de Maslow) ; Femmes en transition

- Le contexte migratoire et la procédure d'asile ont un impact considérable sur la santé mentale de ces femmes.

Limites :

- Nécessité de s'intéresser également à la vision des requérantes d'asile sur la question puisque les opinions de chacun peuvent être différentes et donner d'autres pistes de réflexion.
- Résultats peu généralisables.

Commentaires :

- Méthodologie de l'étude manque de précision et rend sa reproduction difficile (les auteurs avaient-ils préparé des questions types pour chaque professionnel·le ? ou est-ce que ces professionnel·le·s pouvaient choisir ce qu'ils/elles souhaitaient aborder ? si oui, les interviews ne sont pas vraiment comparables).
- La population étudiée n'est pas assez définie (âge limite de l'enfant ? arrivé il y a combien de temps dans le pays ?).
- Population restreinte et peu précise (combien de professionnel·le·s de la santé ?).

		<ul style="list-style-type: none">• Accès aux soins difficile pour cette population en raison de la barrière linguistique, des différences culturelles et du manque de connaissances de la part des soignant·e·s.• Les déplacements réguliers d'un foyer à un autre rendent l'intégration et l'instauration de relations de confiance difficiles.	
--	--	--	--

Source : Sami, J., K. C. Quack Lötscher, I. Eperon, L. Gonik, B. Martinez de Tejada, M. Epiney, et N. C. Schmidt. 2019. *Giving Birth in Switzerland : A Qualitative Study Exploring Migrant Women's Experiences during Pregnancy and Childbirth in Geneva and Zurich Using Focus Groups*. Reproductive Health 16(1)

Lieu de l'étude : Genève et Zurich, Suisse

Population :

- 33 participantes nées hors de Suisse et habitant à Genève ou à Zurich pendant une moyenne de 5.5 ans. Originaires de neuf pays différents, âgées en moyenne de 29 ans (entre 21 et 40 ans)
- Femmes réfugiées enceintes ou dans la première année après l'accouchement

Type échantillon :

- Échantillonnage d'opportunité

Type d'étude :

- Étude qualitative de type phénoménologique

Niveau d'évidence :

Faible niveau de preuve

Objet de la recherche :

- Identifier les obstacles auxquels étaient confrontées les femmes migrantes enceintes ou ayant accouché tout récemment
- Mettre en évidence les points positifs mis en exergue par les participantes au sujet de la prise en soins pendant et après la grossesse

Objectif pratique de l'étude :

- Explorer les expériences positives et négatives des services de santé maternelle des hôpitaux universitaires de Genève et de Zurich
- Décrire les obstacles aux services de maternité d'un point de vue qualitatif

Méthode / Instruments de mesure :

- Groupes de discussion menés avec des femmes enceintes ou dans leur première année après l'accouchement, à Genève et à Zurich.
- Les groupes de discussion étaient dirigés par deux chercheurs, l'un avait pour fonction d'animer la discussion sur la base d'un questionnaire et l'autre devait observer la dynamique de groupe et le langage corporel.

Résultats principaux :

- Les obstacles décrits dans notre étude démontrent que les services de santé de la maternité ne sont pas toujours accessibles.
- Les stratégies visant à réduire certains des obstacles les plus importants au niveau de la maternité devraient se concentrer sur les barrières linguistiques et l'amélioration des connaissances en matière de santé, mais elles devraient aussi s'attaquer à la discrimination perçue et aux procédures.
- Discrimination perçue pendant les focus groupes : plusieurs femmes ont décrit un sentiment de discrimination, surtout si elles vivaient dans des situations de vulnérabilité en Suisse, telles que des conditions sociales ou financières difficiles, ou si elles vivaient sans statut juridique.
- Plusieurs résultats ressortent du questionnaire ; de ce fait, importance de se fier à la fiche de lecture pour plus d'informations.

Limites :

- Non-évaluation de la fiabilité du test-retest.
- Premier questionnaire limité à un seul pays et en seulement 3 langues.
- Différences dans les systèmes de prestations de soins de santé nécessitant une modification du questionnaire afin de l'adapter aux circonstances locales.

Commentaires :

- Un des rares articles de recherche qui a été fait en Suisse et évoquant cette problématique.
- Échantillon trop petit pour être généralisable à la population migrante.
- Les femmes migrantes ont décrit des difficultés à comprendre les procédures administratives du système de santé suisse. Ces difficultés ont été rencontrées dans certaines situations étroitement liées à un manque de connaissances en matière de santé ou d'un manque d'information du côté des patientes.

Source : Yelland, J., Riggs, E., Wahidi, S., Fouladi, F., Casey, S., Szwarc, J., ... Brown, S. (2014). *How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families ?* BMC Pregnancy and Childbirth, 14(1)

Lieu de l'étude et date : Australie

Population :

- Réfugié·e·s né·e·s en Afghanistan < 18 ans, vivant en Australie depuis < 5 ans, qui avaient récemment eu un bébé (âgé de 4-12 mois) : 14 hommes et 16 femmes afghan·e·s
- Professionnel·le·s de la santé (sages-femmes, médecins généralistes, infirmières en maternité et pédiatrie, infirmières en santé des réfugié·e·s, gynécologues et d'autres spécialistes de la santé non spécifiés) qui avaient tous un contact régulier avec des réfugiés afghans : 134 professionnels de la santé

Type échantillon :

Échantillonnage d'opportunité

Type d'étude :

Étude qualitative de type phénoménologique

Niveau d'évidence :

Faible niveau de preuve

Objet de la recherche :

- Enquêter sur le vécu et l'expérience des hommes et des femmes afghan·e·s concernant la manière dont les professionnel·le·s de la santé abordent les facteurs sociaux qui affectent cette population durant la période post-natale
- Comment les professionnel·le·s de la santé identifient et répondent à l'établissement et au contexte social des familles réfugiées

Objectif pratique de l'étude :

Identifier les difficultés et les barrières qui entravent une prise en soins de qualité des réfugié·e·s afghan·e·s ayant récemment eu un bébé. Ceci dans le but d'adapter et

Méthode / Instruments de mesure :

- Entretiens semi-structurés pour les réfugiés afghans d'une durée d'environ 60 minutes.
- Interview et groupe de discussion pour les professionnels de la santé.
- Questionnaires de type quantitatif (tableau 1).

Résultats principaux :

Barrières à une prise en soins de qualité des réfugiés ayant récemment eu un bébé

- Utilisation trop faible ou inadaptée des intermédiaires par les soignants.
- Absence d'une prise en soins globale du patient par les soignants (contexte familial de la femme, situation financière, problématiques sociales et santé mentale peu abordées, comment est-ce que le mari vit la grossesse de sa femme ?).
- Manque de continuité des soins.
- Manque d'outils et de moyens à disposition des soignants pour aborder la question de santé physique et psychique chez les femmes requérantes d'asile (violences).
- Les soignants se sentent souvent démunis face à cette population et ne savent pas comment leur venir en aide.

Importance de connaître et comprendre le parcours migratoire et le contexte de vie de cette population en vue de leur proposer un accompagnement adapté

La continuité des soins est essentielle en vue d'instaurer une relation de confiance avec cette population et l'accompagner

Limites :

- Les auteurs disent avoir été limités concernant la possibilité d'explorer les problématiques dans le détail, la présence d'un seul groupe communautaire dans une région à Melbourne et le fait que leurs trouvailles peuvent ne pas être généralisables aux autres centres urbains de Melbourne.

Commentaires :

- Échantillon trop petit pour être généralisable à la population migrante.
- Cet article permet de mettre en évidence le manque de formation et de connaissances des soignants concernant la prise en soins des populations réfugiées, et il pointe aussi la pertinence de ce type d'étude. Il serait donc intéressant d'avoir plus de précisions concernant ce que les auteurs savent déjà concernant ces populations et les informations qui leur manquent afin de mieux comprendre pourquoi ils se sentent autant démunis.
- Dans cette étude, les auteurs mettent en évidence l'importance d'identifier les populations réfugiées, en revanche, en Suisse, la prise en soins de cette population est différente puisque les requérants d'asile sont tout de suite mis en contact avec le corps médical (infirmières) dès leur arrivée sur le canton et ont plusieurs entretiens prévus pour évaluer leurs problèmes de santé et leurs besoins. Il n'y a donc aucune difficulté à identifier le statut de réfugié chez cette population puisqu'ils sont tout de suite intégrés dans le Programme santé migrant. En ce qui concerne les autres unités, elles peuvent trouver cette information dans leur dossier patient.
- Informatisé (DPI). Peut-on donc tenir compte de cet élément, sachant que notre système de santé en Suisse est différent que celui de Melbourne ?

d'améliorer le service de soins maternels et infantiles proposé aux familles réfugiées et pour que les résultats en matière de santé maternelle et infantile soient les mêmes pour les familles réfugiées et non réfugiées			
--	--	--	--

5.2. Analyse critique des articles retenus

Après la lecture, l'analyse et la comparaison des neuf articles retenus pour cette revue de littérature, plusieurs thèmes communs et pertinents en lien avec notre sujet ont pu être mis en évidence, notamment :

- Les expériences et les besoins des femmes requérantes d'asile en période périnatale
- Leur santé mentale
- Leur vulnérabilité et leur capacité de résilience
- Les obstacles communément rencontrés durant leur prise en soins
- Les femmes migrantes en transition
- L'absence de continuité des soins
- Le manque de formation transculturelle des soignants

Ainsi, cette synthèse portant sur les résultats des études nous permettra dans un second temps de répondre à notre question de recherche : « Quel accompagnement infirmier favorise une expérience optimale de transition à la maternité en situation migratoire ? »

5.2.1. Les expériences et besoins des femmes requérantes d'asile

L'arrivée d'un bébé représente un événement important dans la vie d'une mère, qui est à la fois joyeux et émouvant. La période qui suit la naissance est caractérisée par la construction de la relation mère-enfant, par des changements identitaires et par l'apprentissage des soins au nouveau-né. Pourtant, bien que l'importance d'offrir un soutien particulier aux femmes durant cette période ait été reconnue par les services de santé, plusieurs études citées par Hennegan, Redshaw & Kruske (2015), de même que leur propre étude, ont révélé un faible niveau de satisfaction chez les intéressées quant aux soins qui leur sont fournis pendant la période postnatale, particulièrement en ce qui concerne les femmes migrantes. En effet, la grossesse, l'accouchement et la maternité sont des périodes de grands bouleversements qui sont complexifiés par l'isolement, le stress et l'incertitude accompagnant souvent la migration. De ce fait, pour que les femmes migrantes et leur bébé reçoivent des soins postnataux efficaces et adaptés, il est essentiel de s'intéresser à leur expérience du système de santé.

Dans leur article, Hennegan et al. (2015), mettent en lumière les expériences vécues par les femmes migrantes dès leur entrée à l'hôpital pour l'accouchement, jusqu'à quelques semaines suivant leur retour à domicile avec leur bébé.

Durant toute leur hospitalisation, les femmes migrantes décrivent une expérience satisfaisante et similaire à celle décrite par les femmes nées dans le pays d'accueil en termes de bienveillance et de respect du personnel soignant à leur égard. Cependant, une majorité d'entre elles ont énoncé avoir eu des difficultés à comprendre le langage dans lequel les soignants s'exprimaient. Ces difficultés de compréhension liées à la barrière linguistique ont eu des conséquences notamment sur le sentiment de contrôle, d'autonomie et de capacité de décision des femmes durant l'accouchement et après celui-ci. Certaines d'entre elles décrivent même avoir subi des actes médico-soignants sans en avoir été informées au préalable. En conséquence, elles ont évalué leur sentiment de sécurité durant leur séjour à l'hôpital plus faiblement que les femmes nées dans le pays d'accueil (Hennegan et al., 2015).

De plus, les femmes migrantes étaient plus nombreuses à ressentir des douleurs après leur accouchement qui n'étaient pas soulagées. Ce manque d'information dispensé et la difficulté pour les soignants à identifier et traiter la douleur chez cette population, principalement en raison de la barrière linguistique, peut également indiquer une rigidité de la part du personnel médical, qui n'est pas suffisamment formé dans le domaine de la migration. De ce fait, les soignants ne parviennent pas à s'adapter à cette population pour leur transmettre des informations claires, identifier et évaluer leurs plaintes et veiller à l'obtention de leur consentement éclairé (Hennegan et al., 2015).

Concernant les soins postnataux, la plupart des femmes migrantes ont trouvé que les contrôles médicaux durant leur hospitalisation étaient trop fréquents. Cela peut indiquer un manque de connaissance et de sensibilité culturelle de la part des soignants ou encore que cette population éprouve un grand besoin d'intimité après la naissance de l'enfant (Hennegan et al., 2015).

Après le retour à domicile, les femmes migrantes étaient contactées moins fréquemment par un soignant pour prendre de leurs nouvelles que les femmes nées dans le pays d'accueil. Or, il avait été constaté que les migrantes percevaient et évaluaient leur état de santé ainsi que celui de leur enfant de façon moins positive que les femmes du pays d'accueil, qu'elles se sentaient peu confiantes pour s'occuper de leur bébé durant les premiers jours suivant sa naissance et qu'elles avaient des difficultés à évaluer l'état de santé du bébé. Néanmoins, l'étude a aussi révélé que les migrantes avaient moins tendance à faire appel ou à visiter un prestataire de soins par elles-mêmes, même lorsque cela s'avérait nécessaire. De plus, ces femmes étaient plus nombreuses à déclarer qu'elles se sentaient déprimées après leur retour à domicile et qu'elles avaient généralement peu de soutien de la part du réseau social ou familial pour se faire aider et accompagner durant cette période (Hennegan et al., 2015).

Les expériences des femmes migrantes citées ci-dessus permettent de mettre en évidence les multiples besoins de cette population après l'accouchement. Effectivement, elles ont été nombreuses à citer le souhait de recevoir des soins de qualité, dispensés par des soignants bienveillants, respectueux et disponibles, qui comprennent leur contexte de vie et qui sont correctement informés de leur état de santé (Hennegan et al., 2015).

De plus, elles souhaitent participer aux décisions de soins les concernant, mais également se sentir écoutées et soutenues dans leurs choix par les soignants (Hennegan et al., 2015). Elles ont aussi confié leur besoin d'apprentissage au sujet de différentes thématiques liées à la grossesse, à la période postnatale et à la santé de leur enfant, tels que l'hypertension, le diabète gestationnel, l'apparition d'œdèmes, les nausées matinales et l'allaitement. Ceci afin que ces femmes se sentent à l'aise, en confiance et autonomes dans leur nouveau rôle de mère, et qu'elles puissent ainsi dispenser des soins appropriés à leur enfant (Renzaho & Oldroyd, 2013).

Enfin, elles ont été nombreuses à déclarer avoir besoin d'un soutien émotionnel et social, particulièrement après leur retour à domicile. Effectivement, la période de la grossesse et du post-partum sont des moments où ces femmes se sentent particulièrement isolées, sentiment lié à la séparation de leurs proches, restés au pays, et à leur faible intégration dans le pays d'accueil. De plus, elles prennent du temps à identifier les personnes de leur communauté avec qui elles pourraient s'exprimer et obtenir du soutien. C'est pourquoi le père de leur enfant représente un soutien essentiel pour elles durant cette période. En effet, lorsque ces femmes arrivent dans le pays d'accueil, la répartition des rôles et des tâches quotidiennes dans le couple change pour faire face à la nouvelle réalité qui est la leur. Ainsi elles souhaitent que leur mari s'adapte également à cette nouvelle situation et qu'il s'implique davantage dans la vie de famille, notamment en participant à l'éducation de leurs enfants. Cependant, dans la majorité des cas, ces changements étaient complexes pour les pères qui avaient de grandes difficultés à se détacher des rôles traditionnels, encore fortement ancrés dans leur esprit (Hennegan et al., 2015 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

Les auteurs Reynolds & White (2010) font référence dans leur étude à la théorie de Maslow dans le but de comprendre comment le comportement et la motivation de l'individu sont fortement influencés par les besoins fondamentaux de survie et de croissance. En effet, cette théorie a hiérarchisé les besoins fondamentaux de l'être humain selon 5 catégories qui sont référencées dans la pyramide suivante :



Image adaptée : Awesome Presentations, 2018

Texte tiré de : Maslow, 1998

Selon sa théorie, les besoins situés à la base de la pyramide, qui sont les besoins physiologiques et de sécurité, doivent être satisfaits en priorité. Leur satisfaction engendrera ensuite une motivation de l'individu à atteindre les besoins situés plus haut dans la pyramide, tel que le besoin d'appartenance, d'estime et d'auto-accomplissement (Maslow, 1998 cité par Reynolds & White, 2010).

L'utilisation de la pyramide de Maslow offre de nouvelles perspectives permettant d'identifier les besoins des femmes requérante d'asile ou réfugiées et de comprendre certains des résultats obtenus dans l'étude. En effet, l'accès à la nourriture est un besoin physiologique fondamental dans la pyramide de Maslow. Cependant, ces auteurs remarquent dans leur étude que ce besoin n'a pas toujours été satisfait dans les centres d'hébergement, où les besoins alimentaires spécifiques des femmes enceintes n'étaient pas pleinement pris en considération. Le modèle de Maslow suggère donc que si ce besoin n'est pas satisfait, les femmes seront moins motivées à atteindre des besoins plus élevés d'appartenance ou d'épanouissement (Reynolds & White, 2010).

De plus, dès lors qu'elles quittent leur pays, les demandeuses d'asiles enceintes ou jeunes mères vivent dans un climat d'incertitude perpétuel pour elles-mêmes et leurs enfants et ce

sentiment perdue tout au long de la procédure d'asile. Effectivement, ces femmes sont souvent peu familiarisées avec le fonctionnement du système de santé et sont susceptibles d'être promptement déplacées vers des destinations inconnues. Vivre au quotidien dans de telles conditions peut avoir des effets néfastes sur la santé de ces dernières et les empêche de satisfaire leur besoin de sécurité. En conséquence, elles ne chercheront pas à satisfaire les besoins situés au sommet de la pyramide puisqu'un de leurs besoins prioritaires n'est pas satisfait (Reynolds & White, 2010).

Enfin, peu de temps est consacré à aider les femmes à s'intégrer et à se sentir membres de la communauté locale. Elles éprouvent également des difficultés à accéder à des biens tangibles tels qu'un logement personnel ou encore des vêtements, en plus des autres éléments nécessaires pour reconstruire leur vie dans leur nouvel environnement. Ces éléments rendent la satisfaction du besoin d'appartenance également difficile voire impossible. Or, la satisfaction de ce besoin par le biais de l'intégration notamment est d'autant plus important pour ces femmes qui ne partagent pas la culture du pays et qui se retrouvent sans repères (Gagnon, Carnevale, Metha, Rousseau & Stewart, 2013 ; Reynolds & White, 2010).

En conclusion, les points exposés ci-dessus démontrent à quel point la migration forcée et l'insécurité liée au statut précaire de ces femmes compromettent l'accomplissement de leurs besoins fondamentaux. Cela explique par la même occasion pourquoi ces femmes sont plus sujettes à développer des problématiques de santé mentale puisqu'elles consacrent toute leur énergie à chercher à atteindre les besoins fondamentaux, en vain (Reynolds & White, 2010).

5.2.2. La santé mentale chez les femmes requérantes d'asile ou réfugiées

Selon une étude menée par Rees et al. (2019), les personnes qui ont été confrontées à des conflits ayant engendré des déplacements massifs, comme dans le cas du parcours migratoire, par exemple, présentent un risque accru de développer un jour des troubles mentaux tel que la dépression majeure.

Les femmes en âge de procréer représentent une part importante de la population vivant dans des pays touchés par un conflit et, pour garantir leur sécurité, elles sont forcées de se réinstaller dans un pays à revenu plus élevé. En raison de l'exposition aux conflits dans leurs pays et le nouvel environnement auquel elles doivent s'adapter, les femmes requérantes d'asile ou réfugiées constituent une population particulièrement à risque de développer des problèmes psychosociaux ou de santé mentale (Ahmed, Bowen & Feng 2017 ; Rees et al., 2019).

En effet, selon la présente étude, les réfugiées avaient une prévalence de trouble dépressif majeur deux fois supérieure aux femmes nées dans le pays d'accueil. Cela pourrait s'expliquer par la réalité migratoire inhérente à cette population, réalité qui implique le plus souvent la perte de leur réseau familial ainsi qu'un isolement social et culturel. Ceci, cumulé aux conditions d'accueil difficiles et aux contraintes liées à l'intégration rapide dans leur nouveau pays, peut aggraver ou maintenir ces troubles mais aussi engendrer un épuisement psychique parmi cette population (Rees et al., 2019).

Par ailleurs, les pertes matérielles, les difficultés financières ainsi que le climat de stress auxquels ces femmes doivent faire face, augmente considérablement la prévalence de ce trouble, en particulier lorsqu'elles sont enceintes (Rees et al., 2019 ; Yelland et al., 2014).

Yelland et al. (2014) soulignent également que des taux plus élevés de dépression majeure chez les femmes requérantes d'asile après la naissance de leur enfant avaient déjà été mis en évidence dans plusieurs articles. Selon ces auteurs, le stress, l'hyper-vigilance, la faible estime de soi et l'incertitude que connaissent de nombreuses femmes enceintes demandeuses d'asile durant toute la durée de la procédure, résultent de l'insécurité liée à leur statut pouvant porter directement atteinte à leur santé mentale. De plus, le fait de déménager fréquemment, et de partager un logement avec des personnes inconnues ayant des modes de vie différents sont autant de facteurs qui aggravent les problèmes de santé mentale préexistants (Reynolds & White, 2010).

Bien que toutes les expériences citées ci-dessus soient universellement associées au risque de troubles psychologiques, les femmes réfugiées enceintes sont plus susceptibles d'être exposées à ces adversités que le reste de la population générale et peuvent être plus sensibles à leurs effets psychologiques néfastes, ce qui les rend inévitablement plus à risque (Rees et al., 2019).

En outre, selon Ahmed et al. (2017), les femmes enceintes ou jeunes mères ont une forte prévalence de dépression qu'on nomme dépression maternelle. Celle-ci peut se développer pendant la grossesse et/ou s'étendre jusqu'à un an après l'accouchement. En effet, au niveau mondial, on estime que l'arrivée d'un bébé peut être source de stress, d'anxiété et peut engendrer une dépression ou des troubles de l'humeur chez près de 19% des femmes enceintes ou ayant récemment accouché (Ahmed et al., 2017).

Par ailleurs, l'étude de Hennegan et al. (2015), met en lumière que les femmes migrantes sont particulièrement plus à risque d'être exposées à ce trouble puisque pas moins de 42% d'entre elles peuvent souffrir de dépression postnatale.

Ahmed et al. (2017), soulignent qu'en raison des événements difficiles auxquels les femmes requérantes d'asile et réfugiées sont confrontées lors de leur parcours migratoire et pendant

leur installation dans le pays d'accueil, la prévalence de la dépression maternelle chez ces personnes est jusqu'à cinq fois plus élevée que chez les femmes nées dans le pays d'accueil. De plus, ils signalent que cette hausse de la prévalence coïncide souvent avec des symptômes d'anxiété pouvant être mis en lien avec le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Les mêmes auteurs relatent également un certain nombre de facteurs pouvant contribuer à un maintien inefficace de la santé mentale des femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché. En effet, la violence physique et/ou sexuelle subie lors du parcours migratoire ou dans les camps pour réfugiés, ainsi que la perturbation des relations familiales et sociales ou encore la mort d'un être cher ont une influence sur l'état de santé mentale. S'ajoute à ces facteurs, l'incertitude quant à l'avenir l'inquiétude relative à leurs familles et à leurs proches restés dans les zones de guerre ou dans les camps de réfugiés (Ahmed et al., 2017).

De plus, la perte des coutumes traditionnelles liées à l'absence de leur famille, qui représente en temps ordinaire un soutien important durant la période du post-partum, peut favoriser l'isolement social et donc les rendre plus vulnérables et plus à risque de souffrir de dépression post-partum. De la même manière, les difficultés linguistiques peuvent aggraver l'isolement social et agir comme un obstacle à l'intégration et à l'adaptation de ces femmes dans leur nouveau pays (Ahmed et al., 2017).

L'arrivée dans un pays inconnu où tout est à refaire peut générer une perte identitaire liée à la réinsertion sociale et professionnelle, nécessaire dans le nouvel environnement. En effet, le changement de statut des femmes migrantes dans leur nouveau pays peut engendrer un sentiment d'impuissance chez celles-ci. La perte de repères et de réseau social les rend par conséquent plus dépendantes de leur partenaire masculin et donc plus vulnérables aux abus, ce qui augmente donc le risque de dépression post-partum (Ahmed et al., 2017).

Dans l'article de Ahmed et al. (2017), les femmes migrantes relatent plusieurs étiologies de la dépression maternelle tels que le fait d'accoucher en dehors du cercle familial et/ou du pays d'origine, la mort subite du nourrisson et/ou les inquiétudes de la mère concernant la naissance de l'enfant, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une première grossesse.

Pour finir, malgré le risque important chez les femmes migrantes de développer une dépression post-partum, celles-ci ont décrit diverses stratégies qui leur permettaient de préserver leur santé mentale. Le soutien financier comme l'aide sociale, les soins médicaux, la possibilité d'obtenir un logement avant l'accouchement ou au moment de la naissance de l'enfant par le pays d'accueil, sont notamment très appréciés. D'ailleurs, les femmes migrantes enceintes ou en post-partum mettent l'accent sur l'importance de l'accueil qu'elles reçoivent

lors de leur arrivée dans le pays d'accueil et du soutien émotionnel qui est primordial dans leur situation (Ahmed et al., 2017).

5.2.3. Vulnérabilité et résilience chez les femmes en contexte périnatal et migratoire

La vulnérabilité des requérantes d'asile ou réfugiées en période périnatale est une notion qui transparaît dans chacun des articles choisis pour ce travail.

Les femmes requérantes d'asile et réfugiées ont souvent vécu des traumatismes répétés dans leur pays d'origine ou durant leur parcours migratoire. Elles ont été exposées à un stress important et sont souvent contraintes de se séparer de leur famille et de leurs proches. Ces différents événements peuvent occasionner de multiples problèmes physiques, psychiques et sociaux, qui rendent ces femmes particulièrement vulnérables (Ahmed et al., 2017 ; Renzaho & Oldroyd, 2013 ; Reynolds & White, 2010 ; Yelland et al., 2014).

Par ailleurs, Reynolds & White (2010), dans leur étude, mentionnent un certain nombre de conditions qui affectent la santé physique des femmes telles que les blessures résultant de la torture, les agressions sexuelles, les maladies transmissibles, des problèmes dentaires ou encore des infections sexuellement transmissibles.

D'autre part, selon différentes études internationales, de par leur vécu et leur statut, ces femmes sont plus à risque de développer des complications obstétricales telles qu'un diabète gestationnel, une hémorragie post-partum, des complications postnatales mais également la mort maternelle ou infantile, comparativement aux femmes originaires du pays d'accueil (Renzaho & Oldroyd, 2013 ; Reynolds & White, 2010 ; Sami et al. 2019 ; Yelland et al. 2014).

En plus des facteurs de vulnérabilité énoncés, dès leur arrivée dans le pays d'accueil, ces femmes se retrouvent dans un environnement social souvent hostile à leur égard. En effet, elles doivent faire face à la pauvreté, mais aussi à la réticence de certains habitants du pays d'accueil qui ne comprennent pas réellement ce qui implique d'être une requérante d'asile et le parcours que les femmes ont dû effectuer afin d'arriver dans le pays. Certains pensent que ces personnes sont là pour profiter des allocations et de l'aide sociale, ce qui peut engendrer des difficultés pour ces femmes à s'intégrer dans le pays et peut favoriser l'isolement social (Reynolds & White, 2010 ; Yelland et al. 2014).

En outre, plusieurs études relatent que les migrantes enceintes ou jeunes mères sont plus exposées aux risques sanitaires mais ont également, paradoxalement, davantage de difficultés à accéder au système de santé. Cependant, lorsque celles-ci parviennent à y avoir ac-

cès, il n'est pas rare qu'elles soient confrontées à des soignants discriminants ou culturellement insensibles, ce qui accentue davantage leur vulnérabilité (Gagnon et al., 2013 ; Hennegan et al., 2015).

Plusieurs facteurs contribuent à une limitation de l'indépendance de ces femmes, ce qui accroît par la même occasion leur vulnérabilité, notamment le faible niveau d'éducation et la faible accessibilité aux ressources nécessaires pour la garde d'enfants. En effet, une grande partie des femmes migrantes n'ont pas bénéficié de scolarité dans leur pays et sont donc illettrées. Ainsi, la barrière linguistique et les inégalités d'éducation entre leur pays d'origine et le pays d'accueil constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaire (Reynolds & White, 2010 ; Yelland et al. 2014).

Cependant, selon une étude réalisée par Gagnon et al. (2013), de nombreuses migrantes ayant été identifiées comme vulnérables après avoir vécu des situations extrêmement difficiles, ont tout de même su démontrer des ressources significatives leur permettant une gestion adéquate des événements vécus, afin de préserver leur santé et celle de leurs enfants. La résistance dont ces femmes ont fait preuve peut s'expliquer entre autres par le phénomène de résilience. En effet, pour comprendre la résilience chez les migrantes, il faut la percevoir comme un phénomène d'interaction avec leur environnement. Cela signifie que leur environnement peut influencer leur degré de vulnérabilité tandis que d'autres facteurs tels que la santé ou l'inclusion sociale notamment peuvent être des facteurs protecteurs qui les aident à tendre vers la résilience (Gagnon et al., 2013).

Plusieurs études relatent également la présence d'une force particulière chez les femmes migrantes enceintes ou jeunes mères face à l'adversité. Effectivement, certaines d'entre elles qui avaient préalablement été identifiées comme vulnérables et à risques psychosociaux élevés au commencement de l'étude de Gagnon et al. (2013), ont démontré de grandes capacités d'adaptation plusieurs mois après leur accouchement. Ces éléments peuvent suggérer que la résilience des jeunes mères joue probablement un rôle important quant au maintien de la santé des mères et de celle de leur bébé.

On le voit dans une étude, plusieurs stratégies de coping ont été adoptées par les participantes pour faire face à la vulnérabilité qu'impose le statut de la migrante enceinte ou jeune mère dans un nouveau pays. Les stratégies citées par ces femmes se rapportaient notamment au développement de leurs compétences personnelles dans des domaines divers et variés tels que l'éducation, l'apprentissage de la langue parlée dans le pays d'accueil, l'amélioration de leurs connaissances d'elles-mêmes, mais aussi à leur capacité à faire face aux difficultés. De plus, elles ont fait référence à l'importance du développement des liens sociaux par le biais de relations d'aide, lors de leur interaction avec le personnel soignant ou

en utilisant les réseaux sociaux afin de lutter contre la vulnérabilité. Le fait de pouvoir continuer à exercer les coutumes relatives à leur culture et de maintenir une spiritualité s'est aussi avéré être une stratégie pertinente pour elles. En plus de cela, les relations amicales, le sentiment d'appartenance à un groupe, l'obtention d'un emploi ou d'un appartement personnel mais également l'accès à des quantités suffisantes de nourriture et d'argent ont été considérés par les femmes migrantes comme des ressources protectrices qui les aidaient à développer des stratégies de coping efficaces. Enfin, l'inclusion sociale, qui semblerait améliorer la capacité de résilience, a été identifiée comme une préoccupation majeure par l'ensemble des participantes à l'étude indépendamment de leur degré de vulnérabilité ou de résilience (Gagnon et al. 2013).

Néanmoins, la durée parfois excessive de la procédure d'asile, la crainte permanente d'un renvoi dans le pays d'origine ainsi que les événements difficiles vécus avant ou durant le parcours migratoire, peuvent créer chez les migrantes un épuisement et une détresse psychique entravant leur capacité de résilience (Gagnon et al. 2013).

Ainsi, les différents points énoncés ci-dessus mettent en évidence la vulnérabilité et la capacité de résilience singulière des migrantes. C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser au vécu, aux besoins et aux ressources de cette population particulièrement vulnérable et de leur apporter des soins adaptés et de qualité permettant de les aider à développer des stratégies de coping et à atteindre la résilience (Reynolds & White, 2010 ; Yelland et al. 2014).

5.2.4. Obstacles à l'accès aux soins pour les femmes requérantes d'asile et conséquences

Le changement d'environnement, de situation personnelle et de statut social qu'implique la migration peuvent être des obstacles à l'accès au système de santé des populations migrantes. Ces obstacles, pouvant porter préjudice à la santé des migrantes en transition à la maternité, transparaissent dans plusieurs articles choisis pour ce travail (Sami et al. 2019).

Les articles de Ahmed et al. (2017), et de Sami et al. (2019), évoquent un certain nombre de facteurs à l'origine de ces difficultés d'accès au système de santé. Dans un premier temps, l'obstacle principal évoqué est la barrière linguistique, qui a un impact considérable sur la prise en soins des femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché. En effet, il en ressort que les difficultés d'expression et de compréhension ont une influence négative sur la relation patient-soignant et sont source de stress, de frustration et d'inquiétude pour

cette population (Ahmed et al., 2017 ; Gagnon et al., 2013 ; Gagnon et al., 2014 ; Renzaho & Oldroyd, 2013 ; Sami et al., 2019).

Cependant, malgré ces difficultés, qui représentent un frein à des soins de qualité, l'étude de Yelland et al., 2014, met en évidence une utilisation trop faible ou inadéquate des interprètes par les soignants. En effet, la majorité des femmes réfugiées interrogées dans leur étude disent n'avoir pas toujours eu accès à un interprète professionnel lors des consultations obstétricales. Il est souvent important pour ces femmes d'avoir un interprète féminin car cela leur est culturellement plus approprié et influence considérablement la relation qu'elles tissent avec le soignant, particulièrement lors des consultations gynécologiques ou obstétricales. Malheureusement, plusieurs femmes disent avoir été contraintes d'exprimer leurs problèmes au soignant par l'intermédiaire d'un interprète masculin (Yelland et al., 2014). Dans d'autres cas, les soignants contactaient des interprètes téléphoniques, ou un membre de la famille de la patiente prenait le rôle d'interprète lors des consultations. Cela posait de sérieuses questions en matière de confidentialité et impactait la communication entre la patiente et le professionnel de la santé. Par conséquent, des questions relatives à la présence ou non de violences domestiques notamment ne pouvaient pas être abordées (Ahmed et al., 2017 ; Sami et al., 2019 ; Gagnon et al., 2013 ; Yelland et al., 2014).

En outre, les difficultés de compréhension du système de santé et des procédures administratives représentent un second obstacle. Elles sont intimement liées aux difficultés linguistiques et au faible niveau de littératie, notamment lorsque les femmes migrantes enceintes ou jeunes mères doivent planifier des rendez-vous médicaux (Ahmed et al., 2017 ; Sami et al., 2019 ; Gagnon et al., 2013 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

Le manque de connaissances de cette population en matière de santé représente un obstacle supplémentaire contraignant leur accès au système de santé du pays d'accueil (Sami et al., 2019). Or, on le sait, « la possession et l'acquisition de connaissances en matière de santé favorisent la participation. La possibilité de bénéficier d'une action éducative et de recevoir des informations est essentielle si l'on veut obtenir une participation effective des individus et des communautés et leur donner des moyens d'agir » (OMS, 1998, cité par Sami et al. 2019). Les auteurs Yelland et al. (2014), soulignent également que la méconnaissance des réfugiées concernant le rôle des soignants est problématique puisqu'ils sont nombreux à croire que la santé mentale des patientes et les questions relatives à leurs problématiques sociales ne relèvent pas des compétences du personnel médical.

L'étude de Sami et al. (2019) souligne que le manque de connaissances en matière de santé ainsi que le manque d'information sont étroitement liés. En effet, les femmes migrantes enceintes ou jeunes mères sont incertaines concernant leurs droits à certains types de services

(Renzaho & Oldroyd, 2013). De plus, certains malentendus au cours du premier trimestre liés au manque d'informations données par les soignants et/ou au manque de connaissances, amène les femmes migrantes à refuser certains soins pendant la grossesse. C'est le cas notamment du test de dépistage qui a lieu entre la 11^{ème} et 14^{ème} semaine de grossesse, test permettant d'évaluer le risque de trisomie 13, 18 et 21 chez l'enfant à naître. Cette constatation est particulièrement importante, car certains professionnels de santé ne sont pas conscients de l'existence de ces obstacles, et ils n'expliquent donc pas les procédures médicales de manière adéquate à leurs patientes (Sami et al., 2019).

L'insensibilité et/ou le manque de compétences culturelles de certains prestataires de soins de santé constitue également un obstacle à des soins de qualité auprès des femmes migrantes, lesquelles relatent un manque d'évaluation de leur santé générale, de soutien et de prise en compte de leurs problèmes psychosociaux par les soignants (Gagnon et al., 2013 ; Gagnon et al., 2014 ; Sami et al., 2019 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

De plus, les femmes migrantes ont décrit se sentir discriminées par les soignants notamment en lien avec leur vulnérabilité, des conditions sociales et économiques précaires dans lesquelles elles vivent ou de leur statut juridique dans le pays d'accueil (Sami et al., 2019). Il semblerait que ces femmes soient souvent tenues à l'écart des soins de santé en raison de leurs difficultés de compréhension linguistiques mais aussi dû au manque de connaissances des soignants quant à l'application du système de santé spécifiquement à cette population. En effet, les procédures complexes liées à l'asile, les soins de santé et la facturation spécifique à cette population sont souvent abstraites pour les soignants, ce qui engendre les femmes migrantes à confusion et les empêche d'accéder à des soins de qualité (Hennegan et al., 2015 ; Reynolds & White, 2010).

De plus, le manque de moyens de locomotion disponibles, de connaissances des possibilités de transport ainsi que les difficultés d'accès géographique pour se rendre dans des zones de soins représentent également des obstacles pour ces femmes (Gagnon & al., 2013 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

Enfin, la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale est un réel obstacle à la recherche d'aide pour les femmes migrantes. Cette stigmatisation amène ces femmes à cacher leurs symptômes à leurs proches et aux professionnels de la santé par crainte d'être jugées et que les symptômes nuisent à l'harmonie de leur famille. D'ailleurs, une appréhension quant au jugement de la part de la communauté et l'opposition du conjoint à laisser sa femme exprimer ses symptômes aux soignants sont également des facteurs qui amènent ces femmes à les dissimuler (Ahmed et al., 2017).

5.2.5. Les femmes en transition à la migration et à la maternité

Différents éléments mentionnés dans plusieurs articles font ressortir la transition par laquelle passent les femmes requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères lorsqu'elles arrivent dans un nouveau pays.

Premièrement, ces femmes doivent faire face à de nombreuses différences culturelles entre leur pays d'origine et leur pays d'accueil, à commencer par le système de santé et son fonctionnement (Renzaho & Oldroyd, 2013).

Les auteurs Reynolds & White (2010) exposent dans leur article que les femmes venant de pays plus ruraux, expriment le fait d'accoucher dans un environnement stérile et très médicalisé comme l'hôpital, totalement étranger. Parmi les autres différences décrites, on peut citer l'attente des femmes de rencontrer des médecins plutôt que des infirmières pour la prescription de médicaments ou encore le fait de pouvoir consulter des professionnels de la santé sans avoir à fixer un rendez-vous au préalable (Reynolds & White, 2010). Une autre étude a mis en évidence que ces femmes avaient tendance à se présenter aux urgences pour des complications obstétricales plutôt que de venir à toutes les consultations de suivi recommandées durant leur grossesse par leur médecin (Yelland et al. 2014).

Le fonctionnement du système de santé durant leur grossesse a également été source de confusion pour ces femmes qui ne savaient pas forcément vers quel spécialiste se tourner et à quel moment en fonction de l'avancée de leur grossesse. De plus, plusieurs messages contradictoires sur la question étaient transmis par les différents professionnels du centre, ce qui a d'autant plus accentué la confusion de ces femmes et leurs difficultés à se repérer dans ce système de santé complexe et procédurier (Renzaho & Oldroyd, 2013).

Une seconde difficulté culturelle fréquemment soulevée par le secteur bénévole et les professionnels de la santé concernait l'accès aux denrées alimentaires dans le cadre du centre d'hébergement. Effectivement, bien que le contrat alimentaire avec le prestataire de services eût été respecté par les femmes enceintes ou jeunes mères, les heures de repas fixes, les dîners en début de soirée et l'accès limité aux collations entre les repas étaient considérés comme insatisfaisants pour les intéressées (Reynolds & White, 2010).

Le troisième élément se rapporte à l'accessibilité aux fournitures pour les femmes requérantes d'asile. En effet, afin d'avoir accès aux différents produits sanitaires et articles nécessaires pour leur enfant, elles devaient s'adresser à des professionnels majoritairement masculins. Or, pour ces femmes, dans leurs représentations culturelles, il est considéré comme inapproprié de demander ce genre d'articles à un homme. De ce fait, elles se retrouvaient dans une situation inconfortable et cherchaient des travailleuses féminines sur place pour

demander en leur nom de se procurer les articles dont elles avaient besoin (Reynolds & White, 2010).

Enfin, Renzaho & Oldroyd (2013) mettent en lumière dans leur étude que les mères semblent mieux négocier que les pères une nouvelle identité dans la société d'accueil, en acceptant un emploi par exemple. En effet, ceux-ci ont de grandes difficultés à concilier les différences de rôles et responsabilités parentales de leur pays d'origine avec celles du pays d'accueil notamment concernant l'éducation traditionnelle des enfants (Renzaho & Oldroyd, 2013).

5.2.6. Manque de continuité dans les soins et difficultés de collaboration interprofessionnelle

L'étude de Reynolds & White (2010) soulève plusieurs éléments qui mettent en évidence un manque de continuité des soins et des difficultés de collaboration interprofessionnelle entre les différents professionnels qui interviennent auprès des requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères.

Plusieurs facteurs contribuent à une continuité des soins insatisfaisante, dont le nombre important de requérantes d'asile prises en soins par un même professionnel mais également les déplacements soudains de ces femmes. En effet, elles passent entre trois et quatre semaines dans le centre initial d'hébergement avant d'être déplacées dans des foyers dispersés dans le pays. Cependant, les intervenants du centre ne sont souvent pas informés ou informés trop tard du déplacement de leurs patientes et ne parviennent pas à obtenir leur nouvelle adresse. Ils se retrouvent ainsi à devoir effectuer des recherches conséquentes par leurs propres moyens afin de retrouver une requérante d'asile et lui transmettre ses résultats d'examen sanguin par exemple. Cette discontinuité est en partie liée à l'absence de base de données commune qui engendre une perte d'information mais également au manque de collaboration interprofessionnelle (Reynolds & White, 2010).

Effectivement, la majorité des professionnels interrogés dans le cadre de l'étude ont mis en évidence la frustration qu'ils ressentaient lorsqu'ils étaient amenés à travailler en interprofessionnalité aux côtés des différents intervenants. Ils expliquent qu'il était fréquent qu'ils ne soient informés d'un événement que plusieurs jours après que celui-ci se soit déroulé, en raison de la volonté des autres professionnels de préserver la confidentialité de leur patiente. Cela implique qu'ils ne pouvaient pas proposer l'aide adéquate à la requérante d'asile lorsque celle-ci en avait besoin. De plus, les informations qu'ils obtenaient concernant les pa-

tientes étaient souvent limitées et peu appropriées, rendant l'exercice de leur rôle d'autant plus difficile (Reynolds & White, 2010).

Les répercussions néfastes de l'absence de continuité des soins et du manque de collaboration interprofessionnelle auprès de cette population sont multiples. La conséquence principale est la difficulté pour les soignants à instaurer une relation de confiance avec leur patiente (Gagnon et al., 2014 ; Reynolds & White, 2010).

D'autre part, la grande diversité des soignants que les patientes rencontrent lors des consultations et l'absence de transmission d'informations entre les soignants par le moyen d'une base de données commune permettant un suivi, sont des obstacles à la création d'une relation de confiance entre les requérantes et les soignants. Ces éléments ont donc un impact considérable sur la qualité de la prise en soins des requérantes d'asiles enceintes ou jeunes mères et augmente d'autant plus leur vulnérabilité (Reynolds & White, 2010).

5.2.7. Compétences interculturelles des soignants

L'importante croissance de la diversité socio-culturelle au sein de notre société représente un défi considérable pour le système de santé, particulièrement pour les soignants qui sont aujourd'hui fréquemment amenés à travailler avec une population multiculturelle (Gagnon et al., 2014 ; Yelland et al., 2014).

Il va sans dire qu'il est primordial d'offrir une prise en soins holistique du patient en tenant compte et en intégrant en permanence l'aspect bio-psycho-social le concernant. Cela signifie que le soignant ne doit pas uniquement s'intéresser à la santé physique de son patient, mais doit également porter une attention particulière à sa santé mentale et à toutes les questions relatives à son contexte de vie social (Yelland et al. 2014).

Cependant, selon Yelland et al. (2014), de nombreuses requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères mettent en évidence le faible intérêt des soignants concernant les questions relatives à l'aspect psycho-social de leur vie. En effet, les femmes et les hommes interrogés ont fait état des difficultés sociales qu'ils traversaient pendant la période précédant et suivant la naissance de leur enfant et ils ont confié avoir rarement été interrogés concernant ces difficultés sociales par les services de maternité et de la petite enfance. La question financière, quant à elle, était abordée brièvement par les infirmières mais très peu par les autres professionnels de la santé, tels que les sages-femmes ou les médecins généralistes. Or, bon nombre des requérants d'asile ont expliqué qu'ils auraient apprécié qu'on leur pose des questions sur ces sujets afin de pouvoir bénéficier d'un soutien leur permettant d'entreprendre les démarches nécessaires en vue d'obtenir une aide adéquate.

La majorité des demandeuses d'asile enceintes ou ayant récemment accouché ont également confié le faible intérêt des soignants à propos de la relation que celles-ci entretenaient avec leur mari et à la présence ou non de violences domestiques (Yelland et al. 2014).

En outre, il a été relevé dans cette étude que les soignants ne cherchaient pas systématiquement à intégrer le père dans la prise en soins lors des rendez-vous de contrôle de grossesse notamment. En effet, il a été mis en évidence qu'aucun soignant ne s'était intéressé au vécu du père au sujet de la grossesse de sa femme, en demandant par exemple si le mari avait des questions ou des inquiétudes (Yelland et al. 2014).

Bien que les éléments énoncés témoignent selon les femmes migrantes d'un manque d'intérêt de la part des soignants relativement à leurs questions, la cause est tout autre (Yelland et al. 2014).

Les auteurs Yelland et al. (2014) se sont particulièrement intéressés au vécu des soignants lorsqu'ils accompagnent une personne migrante. Différentes difficultés ont émergé et ceux-ci ont relevé qu'ils se sentaient en grande difficulté lorsqu'ils devaient s'intéresser aux problèmes non médicaux de cette population lors de la période de la grossesse par exemple.

Ces difficultés sont liées, selon eux, à leurs connaissances limitées concernant le quotidien d'un réfugié (procédure d'asile, hébergement, etc.) et son contexte migratoire mais aussi à des facteurs relatifs au fonctionnement du système de santé tel que la durée restreinte des rendez-vous pour aborder l'ensemble des problématiques de la patiente. Il en résultait que les soignants devaient trier et prioriser les sujets à traiter au détriment d'autres (Yelland et al. 2014).

De plus, les femmes réfugiées ou requérantes d'asile dépendaient généralement de leur mari pour se rendre aux rendez-vous et pour l'interprétariat notamment, ce qui a aussi été relevé comme une difficulté supplémentaire par les soignants (Yelland et al. 2014).

Les soignants expriment par la même occasion se sentir mal à l'aise et peu confiants à aborder les questions relatives à la santé mentale de leur patiente et l'existence de violences domestiques. Effectivement, certains services de soins faisaient remplir un questionnaire selon le protocole de leur unité mais avaient ensuite des difficultés à savoir quoi faire et vers qui se tourner lorsque le questionnaire confirmait la présence de problèmes de santé mentale. Certains soignants affirmaient même ne pas réellement prendre en compte un résultat positif à ce questionnaire si la patiente ne signalait pas elle-même la présence d'un problème. L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg était également mise en place dans leur service de soins, mais la majorité des soignants ont exprimé qu'ils ne l'utilisaient pas car le texte était trop compliqué à expliquer aux femmes réfugiées, selon eux. L'idée que "rien ne pouvait être fait pour elles" a empêché certains professionnels de la santé de s'intéresser au

bien-être psychologique et social des patientes, sauf en cas de situation de crise évidente (Yelland et al. 2014).

Finalement, certains membres du personnel hospitalier ont exprimé ne pas se sentir particulièrement sûrs de leurs compétences pour parler aux femmes réfugiées des problèmes identifiés sur le formulaire d'évaluation psychosociale ou ne pas savoir comment réagir si les femmes révélaient la présence de violences familiales ou de problèmes de santé mentale. Les soignants étaient nombreux à confier qu'ils se sentaient parfois démunis face aux problèmes non médicaux des réfugiés puisqu'ils ne comprenaient pas suffisamment bien leur contexte et ne savaient pas comment leur venir en aide. Certains ont même préféré fermer les yeux sur leurs inquiétudes (Yelland et al. 2014).

6. DISCUSSION

Il s'agira dans cette partie du travail de répondre à la question de recherche « Quel accompagnement infirmier favorise une expérience optimale de transition à la maternité en situation migratoire ? », en confrontant les résultats des recherches issus de la littérature scientifique et d'autres écrits avec l'ancrage disciplinaire.

6.1. Répondre aux besoins des femmes migrantes et aux obstacles à la prise en soin des femmes vivant une transition à la maternité

Dans le chapitre précédent, l'étude de Hennegan et al. (2015) a démontré qu'il y avait encore de nombreuses insatisfactions des besoins des femmes migrantes en période de transition à la maternité.

Ces résultats pourraient s'expliquer notamment par la présence de facteurs de stress plus importants chez les femmes qui vivent une double transition, d'une part de développement en lien avec leur grossesse qui implique un nouveau statut de mère, mais aussi socio-culturelle de par leur migration, ce qui peut les rendre particulièrement vulnérables (Hennegan et al., 2015 ; Meleis et al., 2000). De ce fait, elles peuvent ressentir un besoin d'aide et de soutien émotionnel particulièrement important durant la période périnatale majoré par l'absence de leur famille pour les aider. De plus, le manque de communication avec les soignants en raison d'une faible maîtrise de la langue est un obstacle à la qualité des soins dispensés et donc à la satisfaction des besoins de ces femmes (Hennegan et al., 2015).

Cette problématique pourrait être améliorée par la mise en place d'un accompagnement infirmier de qualité, adapté à la population migrante, avec des soignants dotés d'une sensibilité culturelle qui sous-entend que les croyances, les habitudes de vie ainsi que la spiritualité de ces femmes seront également prises en compte. Ajoutons que le soin dans la théorie de la transition de Meleis est un engagement dynamique entre la patiente et l'infirmière, c'est pourquoi il est essentiel que celle-ci veille à instaurer un climat de confiance dans un environnement rassurant. L'infirmière devrait également s'intéresser au vécu ainsi qu'aux attentes des femmes migrantes en période périnatale afin de répondre correctement à leurs besoins singuliers et de les accompagner de façon adaptée durant leur transition à la maternité (Alligood, 2013 ; Hennegan et al., 2015).

Pour commencer, les difficultés de communication sont à l'origine de nombreuses insatisfactions chez les femmes migrantes en période périnatale concernant leur prise en soins. Ces difficultés ont pour conséquence une transmission d'informations insuffisante aux patientes par les soignants. Il en découle une incapacité de ces dernières à prendre des décisions

éclairées concernant leurs soins, ainsi qu'un manque d'autonomie et de contrôle quant aux choix pour leur santé et celle de leur enfant. Pour éviter cela et favoriser l'autonomie et l'empowerment de ces femmes, il est capital que le soignant trouve des stratégies de communication adéquates lorsqu'il est amené à prendre en soins une femme qui ne maîtrise pas ou peu la langue. En effet, il est du rôle du soignant de veiller à ce que celle-ci soit en mesure de comprendre et de prendre des décisions concernant ses soins de maternité de façon libre et éclairée (Alligood, 2013 ; Hennegan et al., 2015). Pour ce faire, les soignants doivent se sentir à l'aise avec l'utilisation des méthodes nécessaires à la traduction telles que les techniques d'entretien avec un interprète ou le fonctionnement des programmes de traduction (Reynolds & White, 2010 ; Sami et al. 2019). En outre, la formation, le respect du secret professionnel et l'impartialité des interprètes est essentielle car ils peuvent nettement améliorer la relation entre les femmes migrantes et les professionnels de santé en matière de communication (Ahmed et al., 2017).

Il est également primordial que les infirmières parviennent à identifier de façon précoce les femmes migrantes qui se sentent peu en confiance concernant leurs capacités et leurs compétences de jeunes mères. Ceci afin de pallier leurs sentiments d'insécurité et d'anxiété à l'idée de rentrer seules à domicile avec leur bébé. L'infirmière pourra ensuite les accompagner notamment en identifiant les différents facteurs facilitateurs et inhibiteurs de la transition des jeunes mères ou encore en encourageant les facteurs facilitateurs afin de préparer au mieux ces mères à un retour à domicile avec leur bébé en toute sérénité (Meleis et al., 2000 ; Hennegan et al. 2015).

Les auteurs Barrera (1986) et House (1981) mettent en évidence plusieurs types de soutien social qu'il est important de distinguer car ils ne sont pas tous appropriés selon le contexte (cité par Capponi, Bacro et Boudoukha, 2013). Il s'agit du « ... soutien instrumental ... [qui] renvoie à une assistance directe ..., grâce à des services tangibles (aide matérielle ou financière). Le soutien émotionnel permet d'apporter détente, consolation et mieux-être, lors de moments difficiles, grâce à des échanges sur les ressentis émotionnels. Le soutien d'estime de soi (ou de valorisation personnelle) permet d'être validé dans sa valeur, ses compétences ..., ses pensées, croyances ou sentiments [et enfin le] soutien informatif a trait à l'aide, sous forme de conseils, suggestions, informations et aide à la prise de décision » (Capponi et al., 2013).

Ces éléments permettent de mettre en évidence les multiples soutiens que l'infirmière pourra mettre en place auprès de sa patiente. En effet, il n'est pas rare d'observer des craintes, de l'incertitude ainsi qu'un besoin d'apprentissage chez les jeunes mères migrantes, ce qui démontre un degré élevé d'engagement dans leur expérience de transition (Reynolds & White, 2010).

Pour répondre à ces besoins, l'infirmière aura un rôle principal de soutien informatif à jouer par le biais d'entretiens à l'aide de fascicules imprimés dans la langue maternelle de la patiente par exemple (Renzaho & Oldroyd, 2013 ; Sami et al. 2019). Cela permettra à la migrante d'accroître ses connaissances et ses compétences maternelles en termes de soins au nouveau-né, mais également son niveau d'engagement et de conscience permettant à l'infirmière de la préparer à vivre son expérience de transition, en vue du retour à domicile (Capponi & Horbacz, 2007 ; Hennegan et al., 2015 ; Meleis et al., 2000 ; Renzaho & Oldroyd, 2013). Enfin, le soutien émotionnel de la part des infirmières s'est avéré très bénéfique pour favoriser la transition à la maternité des requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères puisque cela leur a permis de se sentir suffisamment en confiance et de confier leurs émotions et leurs inquiétudes relatives à leur nouveau rôle de mère notamment (Capponi & Horbacz, 2007 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

6.2. La santé mentale des femmes migrantes en transition à la maternité

La partie précédente de ce travail mentionne l'article de Ahmed et al. (2017) et de Rees et al. (2019), qui ont mis en évidence que les femmes migrantes enceintes sont plus sujettes à développer une dépression maternelle ou une dépression majeure que celles qui accouchent dans leur pays d'origine. Ces études relatent aussi d'un nombre important de femmes migrantes ayant de faibles connaissances sur le sujet, voire aucune. Ces méconnaissances peuvent amener les femmes migrantes à minimiser ou à réprimer leurs symptômes et donc à moins consulter un professionnel de la santé. De plus, par crainte du jugement de la communauté mais également de leurs proches, ces dernières n'expriment pas leur ressenti et vivent avec le poids de la pathologie mentale (Ahmed et al., 2017).

Il est donc nécessaire de sensibiliser ces femmes mais aussi leurs familles et leur communauté sur les symptômes, les causes, les traitements et les conséquences de la dépression maternelle ou majeure puisque les perceptions et les significations attachées à des situations de santé et de maladie influencent la conscience ainsi que les conditions dans lesquelles une transition se produit (Ahmed et al., 2017 ; Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017 ; Meleis et al., 2000 ; Rees et al., 2019).

Différentes solutions sont exposées afin de sensibiliser ces femmes et leur entourage à la thématique de la dépression post-partum et d'agir sur cette problématique de santé. Tout d'abord, cela peut se faire par l'intermédiaire de programmes de soutien mis en place pour les femmes migrantes en situation périnatale. Le but est de les aider à se construire un réseau social afin qu'elles se sentent soutenues dans leur nouvelle collectivité, et par la même

occasion il s'agit aussi de prévenir les risques de dépression maternelle (Ahmed et al., 2017 ; Levesque & Rocque, 2015).

Dans un second temps, cette sensibilisation peut se faire par la distribution et l'explication de documents sur la dépression dans la langue d'origine de la femme, dans les centres de formation linguistique notamment où de nombreuses requérantes d'asile se rendent. De plus, pour rendre les femmes migrantes attentives au sujet des troubles mentaux, des interventions du même type de la part des centres communautaires ainsi que des organisations religieuses et spirituelles peuvent être efficaces (Ahmed et al., 2017 ; Levesque & Rocque, 2015).

Enfin, la sensibilisation passe également par l'organisation de groupes de discussion, par des prestations individuelles avec un psychothérapeute ou encore en orientant les personnes vers des services spécialisés en santé mentale (Ahmed et al., 2017 ; Levesque & Rocque, 2015). Ces différentes interventions auront un impact sur le degré d'engagement de la migrante et sur sa prise de conscience qu'une ou plusieurs expériences de transition ont lieu (Meleis et al., 2000).

Les soignants doivent également être capables de dépister rapidement les problèmes de santé mentale des femmes réfugiées. Le cadre prénatal peut s'avérer un moment opportun pour identifier les femmes migrantes à risques psycho-sociaux élevés, étant donné que la plupart d'entre elles accèdent généralement pour la première fois au système de santé à ce moment-là (Rees et al., 2019). Pour ce faire, selon la théorie de la transition, l'infirmière aura pour rôle d'évaluer les besoins et les émotions des femmes migrantes ainsi que leurs ressources afin de favoriser de leur part un engagement optimal, leur permettant de vivre leurs transitions simultanées (développementale et organisationnelle) le plus sainement possible (Ahmed et al., 2017 ; Meleis et al., 2000). En outre, on sait que le statut de réfugiée est directement en lien avec des risques accrus pour les futures mères migrantes de souffrir de troubles mentaux notamment en raison du contexte traumatique qui accompagne souvent le parcours migratoire. De ce fait, l'infirmière devra être particulièrement attentive à ce statut, qui pourra justifier une orientation directe vers un spécialiste en santé mentale, lequel réalisera un dépistage des troubles mentaux de façon plus approfondie (Rees et al., 2019).

Le rôle de l'infirmière consiste également à reconnaître les déterminants sociaux de la santé chez les femmes réfugiées, tels que l'isolement social, la pauvreté et le statut économique. En effet, il a été relevé que le manque de soutien social notamment augmente le risque de vulnérabilité maternelle et est associé à un facteur de détresse et de dépression. On sait à l'opposé que le bien-être, les liens familiaux, le sens de la communauté ainsi que les ressources sociales sont des facteurs protecteurs qui ont pour conséquence une diminution de

la dépression et de l'anxiété des femmes migrantes (Ahmed et al., 2017 ; Levesque & Rocque, 2015).

L'infirmière sera amenée à recueillir des informations importantes afin de savoir si les migrantes ont traversé des expériences traumatisantes dans le passé. Cela a toute son importance puisque ces éléments sont des facteurs clés qui peuvent affecter le bien-être des femmes réfugiées et les rendre plus vulnérables à la dépression maternelle (Ahmed et al., 2017).

L'infirmière, lors de son accompagnement, peut également s'assurer que le sujet de la santé mentale a été abordé dans un cadre adapté et que les représentations culturelles relatives à la santé mentale ont été prises en compte pour assurer la coopération de la patiente. En effet, la vision de la pathologie mentale est différente d'une culture à une autre, ce qui implique parfois une mauvaise interprétation des traitements liés à la dépression maternelle par la population migrante. Dans ce contexte, l'infirmière joue un rôle essentiel notamment dans le développement d'une relation de qualité avec la patiente et dans l'identification de ses conditions personnelles qui peuvent inhiber le processus de transition (Ahmed et al., 2017 ; Meleis et al., 2000).

Enfin, il est nécessaire de garder à l'esprit que ces femmes réfugiées vivent avant tout une transition organisationnelle liée à l'immigration additionnée à une transition développementale liée à leur grossesse et à la naissance de leur enfant. Ainsi ces paramètres sont associés à une probabilité plus importante de vivre une détresse psychologique. Par conséquent, afin de limiter ce risque, une approche interculturelle en ce qui concerne l'offre de soins est à favoriser, en essayant notamment de respecter et d'intégrer les différences culturelles. La prise en considération des représentations culturelles relatives aux concepts de santé mentale pourrait avoir un effet bénéfique sur le bien-être des femmes migrantes enceintes ou ayant accouché, dans le but de leur proposer une prise en soins adaptée afin de faciliter leurs transitions (Ahmed et al., 2017 ; Allgood, 2013 ; Fawcett, 2017 ; Levesque & Rocque, 2015).

6.3. L'accompagnement infirmier à la résilience des femmes vulnérables vivant une transition à la maternité

Comme exposé dans l'ensemble du travail, nombreuses sont les femmes migrantes qui, de par leurs conditions de vie et leur environnement, sont vulnérables (Gagnon et al. 2013). Selon la théorie de la transition de Meleis, le soignant joue un rôle essentiel pour accompagner ces femmes en les aidant à tendre vers la résilience afin de réduire leur vulnérabilité (Allgood, 2013). En effet, l'accompagnement infirmier a généralement été décrit par des

femmes migrantes vulnérables comme étant efficace pour les aider à tendre vers un état de résilience. Cependant, certaines d'entre elles ont tout de même confié leur besoin d'avoir une plus grande disponibilité des soignants notamment au travers de rendez-vous plus nombreux ou d'un intérêt plus marqué quant à leur contexte de vie (Gagnon et al. 2013).

C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser au vécu, aux besoins et aux ressources singulières de cette population afin de leur apporter un soutien, des soins adaptés, personnalisés et de qualité et ainsi les aider à développer des stratégies de coping ou renforcer leur résilience (Reynolds & White, 2010 ; Yelland et al. 2014). De plus, étant donné que les transitions se déroulent selon une certaine temporalité, l'identification des indicateurs de processus qui font évoluer les migrantes soit vers la santé, soit vers la vulnérabilité et le risque, permet une évaluation et une intervention précoce de la part des infirmières pour faciliter des résultats sains (Meleis et al., 2000). L'infirmière aura également pour rôle de repérer, le plus précocement possible, les obstacles à la mise en place de ces stratégies de coping. Il s'agit notamment de conditions personnelles telles que la barrière linguistique, les difficultés d'accès aux soins de santé pour les femmes et leurs enfants ou encore de conditions sociales telles que le manque d'accès à des biens tangibles leur appartenant, comme un appartement, du mobilier ou des vêtements par exemple (Gagnon et al. 2013 ; Meleis et al., 2000). L'infirmière devra aussi être attentive aux éléments qui ont une influence sur les stratégies de coping tels que le contexte culturel, le niveau de discrimination, la situation de précarité, de stress et d'incertitude liée à la pauvreté et au statut d'immigration de ses femmes ou encore les relations entre conjoints (Renzaho & Oldroyd, 2013). En effet, ces éléments pourraient empêcher la résilience et par conséquent également inhiber la transition de ces jeunes mères (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017 ; Gagnon et al. 2013 ; Meleis et al., 2000).

La théorie de la transition de Meleis met également en avant que l'identification des facteurs pouvant inhiber ou faciliter l'expérience de transition des femmes migrantes permettra aux infirmières de préparer les migrantes enceintes ou jeunes mères aux transitions imminentes. Elle permettra par la même occasion de faciliter le processus d'apprentissage de nouvelles compétences liées aux expériences de santé et de maladie de leurs patientes (Meleis et al. 2000).

Selon Gagnon et al. (2013), lorsqu'elles se sentent vulnérables, les jeunes mères migrantes font appel à leurs ressources et capacités personnelles pour faire face aux défis de la vie quotidienne, qui seront favorisées ou entravées selon l'environnement dans lequel elles se trouvent (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017). En effet, selon Meleis et al. (2000), l'environnement de ce groupe de femmes avait tendance à augmenter leur stress pendant la grossesse puisque celles-ci font souvent face à des incidents de racisme, de stéréotypes et de négativi-

té dans leur vie quotidienne dans leur pays d'accueil. Cependant, l'environnement peut également faciliter la transition par le biais de mesures de soutien diverses.

Il a été démontré que ces femmes sont souvent rendues vulnérables par des biais tels que les traumatismes vécus durant le parcours migratoire, le manque d'entourage, ou encore les barrières linguistiques. Elles ont donc généralement tendance à se tourner vers des ressources et des stratégies de coping similaires afin de réussir à faire face à une situation difficile dans leur nouveau pays d'accueil. C'est le cas notamment de l'inclusion sociale et de l'acculturation qui ont été identifiées dans une étude comme stratégies de coping pour faire face à la vulnérabilité par l'ensemble des participantes mais tout particulièrement chez les jeunes mères (Hennegan et al., 2015 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

L'étude de Renzaho & Oldroyd (2013), dont la population était constituée à la fois de migrantes enceintes ou jeunes mères récemment arrivées dans le pays d'accueil et d'autres qui avaient séjourné dans le pays depuis plusieurs années, a permis de mettre en évidence les nombreux bénéfices de l'intégration et de l'acculturation. En effet, les migrantes enceintes ou jeunes mères qui vivaient dans le pays d'accueil depuis plusieurs années se sentaient intégrées car elles parlaient la langue du pays et avaient un meilleur engagement avec les soignants des services de santé. De plus, il s'est avéré que leur intégration dans le pays d'accueil était essentielle pour faciliter leur accès au système de santé, favoriser leur indépendance et améliorer leurs relations et leur santé mentale.

Selon Renzaho & Oldroyd (2013), cette intégration était facilitée par le maintien d'un contact régulier avec les infirmières, le soutien par la communauté ainsi que par l'apprentissage de la langue du pays et de divers sujets se rapportant à la santé maternelle et infantile notamment. Ces éléments favorisent également le passage d'un état de vulnérabilité à un état de résilience.

Cela souligne la nécessité pour les soignants de prendre en compte le niveau d'acculturation et d'intégration de leur patiente et d'encourager leur maintien puisque ces éléments favorisent la mise en place de stratégies de coping, ce qui facilitera par la même occasion son expérience de transition (Allgood, 2013 ; Fawcett, 2017 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

D'autre part, la pratique de la culture, par exemple parler la langue maternelle à la maison, cuisiner des plats traditionnels ou avoir contact avec des gens de la communauté est également une stratégie personnelle adoptée par plusieurs migrantes enceintes ou jeunes mères (Hennegan et al., 2015). En effet, la participation des mères à certains groupes multiculturels durant la période postnatale a été identifiée comme une source de soutien social car cela leur donnait la possibilité d'entrer en contact avec d'autres locuteurs de leur langue mater-

nelle et leur procurait un sentiment d'appartenance et de sécurité (Hennegan et al., 2015 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

Le soignant peut donc encourager le maintien des pratiques culturelles auprès des jeunes mères migrantes en concomitance avec leur adaptation dans le pays d'accueil, ce qui facilitera leur transition dans le nouveau pays, le temps qu'elles se sentent à nouveau à l'aise (Alligood, 2013 ; Fawcett, 2017 ; Hennegan et al., 2015).

Finalement, les femmes migrantes ont également identifié comme stratégie de coping la nécessité de pouvoir faire face à la résolution de problèmes ou encore à l'autosatisfaction de leurs besoins, en particulier celui de réussir les soins au bébé. Cela peut faire référence à un manque de soutien et de valorisation de la part de personnes extérieures pour ces femmes qui ont généralement dû laisser tous les proches dans le pays d'origine. Le soignant devra donc pallier ce manque de soutien familial, au moyen du soutien d'estime de soi (ou de valorisation personnelle) et de soutien émotionnel, ce qui permettra à la femme d'être validée dans sa valeur, ses compétences et ses habiletés en tant que mère, en renforçant son sentiment d'autonomie et d'assurance quant aux soins que celle-ci est capable de fournir à son bébé (Capponi, Bacro et Boudoukha, 2013 ; Hennegan et al., 2015).

6.4. Les compétences culturelles et collaboratives des soignants dans l'accompagnement infirmier des femmes en transition à la maternité

Selon Meleis et al. (2000), l'infirmière a un rôle essentiel auprès des requérantes d'asile en transition à la maternité et est souvent en première ligne pour les accompagner dans leur globalité en intégrant leur famille.

Malheureusement, les professionnels de la santé ont souvent tendance à négliger l'aspect psycho-social lorsqu'ils prennent en soin des requérantes d'asile en période périnatale, ignorant leur contexte migratoire et leur situation sociale. Cela est lié au manque de temps qu'ils ont à disposition notamment mais surtout à leur manque de connaissances et de compétences interculturelles sur le sujet, ce qui fait qu'ils se sentent démunis et préfèrent fermer les yeux sur ces problématiques (Hennegan et al., 2015 ; Reynolds & White, 2010). Ce manque de sensibilité culturelle chez les soignants a pour conséquence qu'ils ne peuvent pas correctement identifier les multiples changements psychologiques liés au parcours migratoire et à la grossesse des migrantes. Ils auront également des difficultés à identifier les changements sociaux liés à leur logement, à leur statut ou à la perte de leurs proches notamment, tous changements qui vont impacter leur identité, leur rôle, leurs relations et/ou leurs comportements et donc leur transition. Il en résulte des difficultés à déterminer les

schémas des transitions simultanées, développementales et organisationnelles, que vivent ces femmes (Meleis et al., 2000).

Par ailleurs, la plupart des professionnels interrogés dans l'étude de Reynolds & White (2010), relèvent le souhait d'en apprendre davantage sur différents points tels que la situation de vie dans le pays d'origine, le contexte migratoire ou encore la procédure d'asile, afin de mieux comprendre les expériences des patientes et ainsi mieux les accompagner. Au contraire, certains professionnels de la santé interrogés dans l'étude de Yelland et al. (2014) questionnent la pertinence de se renseigner sur l'origine et le contexte migratoire des réfugiés, et sur la capacité du système à les aider à fournir des soins aux familles ayant des besoins complexes. Ces éléments mettent en évidence l'importance d'améliorer les compétences interculturelles des professionnels de la santé et de les amener à prendre en considération le parcours de vie des personnes migrantes et leur réalité actuelle. Ceci afin de mieux comprendre leurs peurs, les difficultés rencontrées, d'ordre discriminatoires par exemple, et ainsi améliorer la prise en soins proposée aux requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères (Reynolds & White, 2010 ; Sami et al. 2019 ; Winn et al. 2018 ; Yelland et al. 2014).

Selon Reynolds & White (2010), disposer de professionnels de la santé spécialisés et dédiés à l'accompagnement des populations migrantes et dotés de compétences concernant la périnatalité, présente des avantages évidents. Cependant, cela n'est pas toujours possible dans les services hospitaliers, c'est pourquoi ils mettent en exergue la nécessité d'offrir des possibilités de formations continues aux soignants dans le domaine de la santé des populations migrantes. Ceci dans le but de leur faire acquérir les clés nécessaires pour proposer un accompagnement médical adapté et de qualité à ces femmes migrantes vivant une expérience de transition à la maternité (Reynolds & White, 2010 ; Winn et al. 2018 ; Yelland et al. 2014).

Pour faciliter un accompagnement infirmier favorisant une expérience de transition optimale chez les requérantes d'asile en période périnatale, l'acquisition de compétences culturelles est essentielle. Ces compétences permettront aux soignants d'identifier la nature de la transition, qui sera à la fois organisationnelle et développementale. Cela leur permettra ensuite d'identifier leur prise de conscience qu'elles vivent une expérience de transition, le degré de leur implication dans ce processus, la propriété temporelle de la transition ainsi que les éléments qui peuvent faciliter ou inhiber leur expérience de transition. Or, si les soignants ne comprennent pas la procédure d'asile, les traumatismes que ces femmes ont pu vivre et qu'ils n'éprouvent pas un intérêt pour la culture de leurs patientes, ils ne pourront pas leur proposer une prise en soins adaptée facilitant leurs transitions (Meleis et al., 2000).

Il est essentiel que les soignants qui accompagnent ces populations comprennent le réseau médical autour des requérantes d'asile et les soins proposés à cette population dans le pays (Reynolds & White, 2010 ; Winn et al. 2018). En outre, accompagner des patientes migrantes qui ont vécu de nombreux traumatismes, qui vivent dans un climat de peur et d'incertitude quant à leur avenir, peut s'avérer très exigeant et stressant pour les professionnels, lesquels se retrouvent exposés à des situations de détresse parfois difficiles à entendre. C'est pourquoi, ils devraient avoir un accès facile et régulier à de l'aide et au soutien de la part de leurs supérieurs (Reynolds & White, 2010).

Enfin, les interventions infirmières qui sont mises en place auprès des femmes migrantes en période périnatale doivent être quotidiennement réévaluées et réajustées afin d'offrir une prise en soins adaptée à l'évolution des stratégies de coping de la patiente (Alligood, 2010). Pour cela, une approche pluridisciplinaire, des stratégies de communication appropriées ainsi qu'une bonne coordination favorisant une continuité des soins sont nécessaires (Winn et al., 2018).

Tous les professionnels interrogés dans l'étude ont donné des exemples positifs de travail interprofessionnel et ont exprimé le désir de collaborer davantage avec des professionnels d'autres services. Les professionnels de la santé ont également apprécié le soutien qu'ils ont reçu d'autres collègues et ont estimé que ce contact était important pour les aider à gérer des situations de travail stressantes (Reynolds & White, 2010). En effet, la communication, comme la collaboration interprofessionnelle, est un processus complexe et dynamique qui est « ... aujourd'hui reconnu comme essentiel pour répondre aux demandes de soins de plus en plus complexes des patients et leur offrir des soins de santé efficaces, sûrs et de qualité. La coordination et la continuité des soins, de même que la transmission d'informations entre professionnels impliqués... sont les éléments clefs de cette approche et représentent un véritable enjeu pour nos pratiques professionnelles ambulatoires ou hospitalières » (Simonet, 2017).

6.5. La place des pères dans la transition à la parentalité

Les pères sont souvent peu inclus lorsqu'on aborde le thème de la grossesse et de la parentalité. Pourtant, ils sont tout autant concernés que les femmes et jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé et du bien-être de leur famille. Effectivement, l'engagement des pères est bénéfique pour tous les membres de la famille puisqu'ils représentent un soutien essentiel pour leurs compagnes, particulièrement en contexte migratoire. Ces dernières ont généralement dû laisser derrière elles des membres de leur famille et des proches de

sexe féminin qui auraient traditionnellement joué un rôle important durant la grossesse et l'accouchement (Riggs et al., 2016).

Deux études mettent en évidence que, durant la période périnatale, l'implication des pères auprès de leur compagne et de leur enfant induit généralement un meilleur maintien de la santé physique et mentale de leur compagne, notamment en réduisant leur stress de façon significative. De plus, l'allaitement qui peut être éprouvant pour la mère, se déroule généralement mieux lorsque le père est impliqué dans sa parentalité puisque celui-ci représente un soutien et peut valoriser les compétences de sa compagne en cas de difficultés (De Montigny et al., 2012 ; Riggs et al., 2016).

L'implication du père auprès du nourrisson contribue à son bon développement socio-affectif et cognitif et se traduit notamment par de meilleurs résultats en termes d'apprentissage et d'éducation. À contrario, l'absence d'implication de la part de celui-ci est associée à des taux de mortalité infantile plus élevés ainsi qu'à l'apparition plus fréquente de troubles développementaux ou du comportement chez les enfants (Ramdé, 2015 ; Renzaho & Oldroyd, 2013).

Les connaissances actuelles sur la parentalité et le développement suggèrent que le nourrisson peut former un lien d'attachement aussi fort avec le père qu'avec la mère durant la première année de vie. L'angoisse de la séparation sera donc présente autant avec le père qu'avec la mère. Ainsi, les pères peuvent être considérés, au même titre que les mères, comme des partenaires de leur bébé tout aussi compétents au niveau émotionnel (Ramdé, 2015).

Cependant, le rôle paternel est très variable en fonction du pays d'origine et de la culture. Concilier les différences de rôle peut s'avérer particulièrement difficile pour un père car, dans certaines cultures, les hommes ont généralement des croyances, des valeurs et des traditions fortement ancrées concernant le rôle paternel et ont des difficultés à négocier un nouveau rôle dans le foyer. Ainsi, leurs normes sont souvent très différentes de celles auxquelles ils sont confrontés à leur arrivée dans le nouveau pays d'accueil (Renzaho & Oldroyd, 2013 ; Riggs et al., 2016). Selon Meleis et al. (2000), le processus de transition se fait sur le long terme et implique une certaine adaptation de la part des pères aux nouveaux rôles et aux nouvelles situations qui les attendent.

Dans l'étude de Riggs et al. (2016), les hommes interrogés ont expliqué que dans leur pays, ils ne participaient traditionnellement à aucun des aspects de la grossesse de leur compagne et n'assistaient pas à l'accouchement. Certains ont même déclaré qu'il était considéré comme déshonorant pour un homme d'assister à l'accouchement de sa femme. Le fait est que dans de nombreux pays, la grossesse est essentiellement une affaire qui concerne les

femmes et ce sont généralement les mères, les belles-mères ou encore les sœurs qui sont chargées de soutenir les femmes. Or, lorsque les hommes migrent avec leur femme enceinte dans un pays occidental, leur implication durant la grossesse ou lors de l'accouchement est nécessaire, attendue et encouragée par les soignants.

Même si cela a été parfois déconcertant et déstabilisant au départ pour les pères, la grande majorité d'entre eux sont finalement heureux d'avoir été plus impliqués dans l'accompagnement de leur compagne durant la grossesse et les soins au nouveau-né. Ils ont également noté que leur présence était essentielle et leur permettait d'apporter un soutien émotionnel à leur compagne (Riggs et al., 2016).

Plusieurs hommes ont évoqué une évolution positive dans leur rôle de père dans le nouveau pays d'accueil par rapport à celui qu'ils avaient dans leur pays d'origine. Il s'agissait d'une transition considérable pour ces hommes qui ont dû adopter une multitude de rôles auprès de leur famille afin de pallier l'absence de leurs proches. Ainsi, même si le fait de remplir plusieurs rôles est difficile et éprouvant pour eux, c'est souvent au travers de l'accomplissement de ces différentes tâches qu'ils parviennent à se sentir pleinement engagés dans leur parentalité (Riggs et al., 2016).

Cependant, l'étude met en évidence que les soins périnataux n'étaient pas toujours adaptés à la population migrante et que l'accompagnement lié à l'inclusion du père dans son nouveau rôle était encore trop peu présent. Mais la rencontre des jeunes parents avec les soignants est souvent l'opportunité pour eux d'entrer dans le système de santé et de se faire aider. Il est donc important qu'une relation de confiance et de qualité se crée dès le départ entre le personnel médical et les parents. En effet, pour accompagner les jeunes parents dans leur transition, le soignant doit avant tout prendre connaissance du contexte de vie des jeunes parents, considérer l'impact majeur de leur changement d'environnement et le stress induit par celui-ci, afin de repérer d'éventuels facteurs pouvant inhiber le bien-être et la transition de la famille. Il pourra ensuite aider les parents à développer des stratégies de coping afin de répondre à leurs besoins, en concomitance avec les questions liées à la parentalité dans une approche holistique (Allgood, 2010 ; Meleis et al., 2000 ; Riggs et al., 2016).

Le soignant, particulièrement l'infirmier en santé maternelle et infantile, doit également avoir connaissance du réseau de santé spécifique aux populations migrantes et aux services d'aide qui leur sont proposés, afin d'orienter les parents vers les ressources appropriées à leurs besoins (De Montigny, Brodeur, Gervais, Pangop et Ndengeyingoma, 2015 ; Riggs et al., 2016). Cette connaissance du réseau par les soignants a toute son importance puisqu'il a été démontré que les hommes, davantage que les femmes, profitaient de ce moment pour

solliciter l'aide des professionnels, leur demandant qu'ils les informent de ces services faute de savoir où trouver de l'aide ailleurs (Riggs et al., 2016).

Il est donc important que les soignants se montrent empathiques, encourageants et impliqués dans la relation de soins autant auprès du père que de la mère car cela laissera l'opportunité aux jeunes parents de s'ouvrir, de poser des questions et de faire appel à eux en cas de nécessité. L'encouragement et le soutien de valorisation des soignants au sujet du développement du rôle des pères ainsi que la reconnaissance de leur implication et de leurs compétences, contribuent à leur engagement auprès de leur enfant (Alligood, 2010 ; De Montigny et al., 2015).

En conclusion, les mentalités ont évolué de façon significative ces dernières décennies et la maternité, dans de nombreux pays et cultures, n'est désormais plus uniquement une affaire de femmes. L'accompagnement infirmier auprès des deux parents a une grande influence sur le bien-être et le développement des jeunes familles. Il est donc important que les soignants promeuvent une approche intégrative de la famille, particulièrement auprès des migrants, ce en renforçant l'inclusion des pères ainsi que leurs connaissances en termes de soins de santé au nourrisson. Cela favorisera leur transition et induira des conséquences positives en termes de dynamique familiale, de santé des jeunes mères et du développement de l'enfant (Alligood, 2013 ; Baker, Miron, De Montigny, Lacharité, & Boilard, 2007 ; Fawcett, 2017 ; Riggs et al., 2016).

7. CONCLUSION

L'infirmière joue un rôle important dans la prise en soins des femmes en période périnatale et pour leur procurer un soutien face aux différentes transitions que cette population peut être amenée à vivre.

Dans la perspective de répondre à la question de recherche « Quel accompagnement infirmier favorise une expérience optimale de transition à la maternité en situation migratoire ? » l'analyse des différents articles scientifiques ainsi que la mise en lien des résultats avec la théorie de la transition de Meleis a permis de mettre en évidence plusieurs axes de réflexion ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière. Celles-ci favorisent une prise en soins optimale et adaptée aux besoins des femmes requérantes d'asile en période périnatale.

7.1. Apports et limites du travail

Ce travail de Bachelor met en lumière une multitude d'éléments permettant de répondre au contexte de soin actuel. Pour commencer, les articles scientifiques retenus pour l'analyse reflètent bien la situation migratoire actuelle puisqu'ils datent tous de 2010 à 2019.

De plus, nous avons utilisé plusieurs types d'études dans l'analyse critique du travail. En effet, cinq d'entre-elles sont qualitatives, deux sont quantitatives et deux sont mixtes. Cette variété en termes de types d'études et de méthodologie représente un apport significatif car elle permet de mettre en évidence plusieurs axes de cette thématique selon différents angles.

Parmi les revues de littérature choisies pour l'analyse critique de ce travail, l'une d'entre elles a été effectuée en Suisse, ce qui représente un apport considérable puisqu'elle permet de mettre en évidence le fonctionnement et les méthodes de prise en soins au sein même de ce pays. Les autres articles retenus pour ce travail ont été réalisés en Angleterre, en Australie et au Canada, pays qui possèdent des systèmes de santé et des conditions de vie similaires à la Suisse.

Nous avons également abordé la notion de la place des pères auprès de leur compagne durant la période périnatale. Cette thématique reste encore trop peu prise en compte, bien que le père représente un facteur protecteur au sein de sa famille.

Néanmoins, il existe plusieurs limites à ce travail. Pour commencer, il existe peu de revues scientifiques qui émettent des recommandations infirmières en lien avec la thématique de

l'accompagnement à la maternité, puisque la plupart des articles abordent uniquement le rôle de la sage-femme. Il nous a donc fallu faire un parallèle entre le rôle des sages-femmes décrit dans les articles trouvés et le rôle infirmier en Suisse, afin d'en ressortir les similitudes dans l'analyse critique de nos articles.

Ensuite, très peu d'articles scientifiques en lien avec la théorie de Meleis et les soins infirmiers étaient disponibles sur les différentes bases de données. Nous avons donc dû croiser les éléments infirmiers avec la théorie de la transition de Meleis pour la rédaction de l'analyse critique de notre travail.

Enfin, les études utilisées pour rédiger ce travail sont pour la majorité qualitatives puisqu'elles reposent sur l'expérience et le vécu des participantes. Cela peut à la fois représenter un apport pour ce travail et une limite. En effet, d'une part ces études mettent en évidence des ressentis, des expériences et des besoins personnels qui permettent de mieux comprendre ces femmes et de proposer des interventions personnalisées. Cependant, étant centrées sur les expériences subjectives de la population choisie, elles ont un faible niveau de preuve en raison du nombre restreint de participantes ou encore à cause du moyen de sélection des participants qui rend l'étude peu généralisable à l'ensemble de la population.

7.2. Recommandations

L'analyse et l'interprétation des différentes revues de littérature citées dans ce travail ont permis d'émettre un certain nombre de recommandations concernant la pratique infirmière, les recherches futures ainsi que les formations nécessaires pour les soignants. Ces recommandations peuvent représenter une plus-value dans l'optique de faciliter l'expérience de transition des femmes requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères. De plus, elles sont non seulement bénéfiques pour les femmes migrantes en période périnatale mais également pour les professionnels de la santé qui sont amenés à prendre en soins ces femmes pour améliorer les soins périnataux.

7.2.1. Clinique

Il est énoncé ici quatre recommandations principales en lien avec l'analyse des pratiques, la collaboration pluridisciplinaire et l'utilisation d'outils pour améliorer les pratiques et la continuité des soins et la mise en place d'un soutien renforçant le lien parent-enfant-professionnel.

L'étude de Reynolds & White (2010) a mis en évidence le caractère exigeant et stressant de la prise en soins de populations migrantes qui peuvent avoir des histoires parcours de vie très complexe et de nombreux traumatismes. Cela peut être parfois difficile pour les soi-

gnants qui travaillent avec les populations migrantes. Les professionnels de la santé ont également confié leur besoin de se sentir soutenus par les autres professionnels pour leur permettre de gérer des situations de travail stressantes.

Au vu de ces résultats, une des recommandations est de développer des groupes d'analyse des pratiques professionnelles et cliniques. Ceux-ci pourraient constituer une réelle opportunité pour améliorer de manière concrète et continue la qualité des prestations de soins proposées aux requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères. Selon Zaoui (2008), l'intérêt de ces groupes d'analyse de la pratique sont multiples et reposent sur plusieurs points. Premièrement, un espace de questionnement pour les professionnels leur permettant de se détacher de l'unité de soin et de réfléchir en groupe aux situations vécues dans les soins et d'élaborer une pensée et une réflexion permettent la valorisation et la reconnaissance des compétences et expériences de chacun. Deuxièmement, ils permettent aux soignants de poser les problématiques rencontrées au travail et de partager leur vécu de manière collective dans un lieu confidentiel. Troisièmement, ils permettent de développer des capacités d'analyse et des pistes d'actions au sein du groupe de professionnels afin de dépasser les difficultés rencontrées et les sentiments négatifs ou non productifs tels que l'impuissance, l'isolement, la culpabilité ou la souffrance de se sentir seul face à une situation. Dans une approche similaire de soutien des soignants, une consultation transculturelle a été mise en place à l'intention des professionnels de la santé confrontés à des difficultés dans des situations de soins interculturels (HUG, 2020).

Ensuite, l'étude de Reynolds & White (2010), ainsi que celle de Winn et al. (2018), ont mis en avant la pertinence d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en soin des populations migrantes et un désir des soignants de collaborer davantage de manière interprofessionnelle. Une organisation régulière de colloques interdisciplinaires regroupant les divers professionnels qui entourent les requérantes d'asile enceintes ou jeunes mères dans leur quotidien, tous soumis au secret professionnel, présente un intérêt certain (Moutet, Guisado, Butel, Vuagnat, Zulian., 2014). Cette réunion permettrait d'analyser et d'harmoniser les connaissances de chacun concernant la patiente mais aussi d'établir un partenariat entre les intervenants dans le but commun de résoudre des problématiques complexes et d'améliorer l'accompagnement de la femme migrante dans sa transition à la maternité (Moutet et al., 2014).

En lien avec le faible niveau de satisfaction des requérantes d'asile en transition à la maternité quant aux soins qui leur étaient fournis durant la période périnatale relevé par Hennegan et al. (2015), une seconde recommandation est d'utiliser un outil existant pour évaluer et améliorer les pratiques auprès des femmes en explorant leur perception des soins qui leur

sont prodigués. Il s'agit du questionnaire "Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ)", développé par des experts internationaux en matière de santé et de recherche gynécologique de la population migrante (annexe A). Disponible en plusieurs langues, il s'adapte aux différents niveaux de littératie des patientes et permet d'explorer tant les caractéristiques sociodémographiques, migratoires et obstétricales de la mère que sa perception des soins. La mère peut évaluer plusieurs items concernant les soins de maternité dispensés durant les différentes phases de la maternité afin d'ensuite pouvoir émettre des recommandations (Gagnon et al. 2014).

Ce questionnaire est une plus-value puisqu'il permet aux femmes migrantes d'exprimer leur satisfaction quant à la communication avec les professionnels de la santé notamment. D'un point de vue plus large, il permet également de comparer la perception des femmes enceintes ou jeunes mères quant aux soins reçus entre les différents pays (Gagnon et al. 2014). L'utilisation de ce questionnaire avant et après les interventions pratiques est bénéfique pour explorer si celles-ci ont un impact sur la satisfaction des femmes (Gagnon et al. 2014).

Pour augmenter la satisfaction des migrantes en transition à la maternité, la continuité des soins postnataux est à préserver. En effet, le suivi est perçu comme moins rigoureux par les femmes après leur retour à domicile malgré leurs difficultés à s'occuper de leur enfant de manière autonome et leur réseau social ou familial restreint. Elles sont nombreuses à se sentir stressées, incertaines, anxieuses ou isolées à ce moment-là (Hennegan et al., 2015).

Cette recommandation de continuité fait référence à la Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA]. En collaboration avec d'autres partenaires, six champs d'action ont été définis et différents objectifs ont été élaborés pour l'initiative « dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé », qui vise à promouvoir la santé des migrants et contribuer à une amélioration des conditions propices aux développements psychique, physique et social des jeunes enfants (Confédération suisse, 2015). Sur cette base, plusieurs recommandations ont été formulées afin d'élaborer des mesures concrètes concernant cette initiative, notamment concernant les champs d'action suivants : « [La] bonne prise en charge après l'accouchement (de la maternité à la maison et [la] bonne prise en charge et conseils utiles durant la première année (renforcement des compétences parentales en matière d'éducation et de santé) » (Confédération suisse, 2015).

Plusieurs améliorations sont suggérées, notamment l'information aux familles concernant la prise en charge post-natale qui existe et les recommandations de vaccination pour leur enfant. Elles proposent également l'organisation d'un suivi après l'accouchement avec la plani-

fication d'un rendez-vous avec une sage-femme dès leur sortie (Confédération suisse, 2015).

L'organisation de la mise en place d'un service d'aide et de soins à domicile pour la population migrante est essentielle afin de faciliter la construction du lien parent-enfant, favoriser l'apprentissage des parents dans les soins au nouveau-né et avoir un suivi de l'état de santé de celui-ci. Ces visites à domicile permettent, par la même occasion, aux professionnels d'évaluer l'adaptation de la mère face à son nouveau rôle, de répondre à leurs questions relatives à l'allaitement et de leur fournir un soutien durant cette période de transition parfois difficile. Ce suivi régulier à domicile permettra également aux femmes de créer des liens de confiance avec les professionnels de la santé, de discuter de leurs problèmes sociaux ou de la dynamique familiale et d'avoir une continuité des soins (Gagnon et al. 2013). A Genève, ce suivi pourrait être effectué par l'intermédiaire d'infirmières ou de sages-femmes.

Qui plus est, ces recommandations suggèrent la mise en place d'un soutien spécifique aux familles vulnérables ou souffrant de problèmes psychiques, une accessibilité aux services pédiatriques de base et un souhait d'apprentissage des parents concernant les questions touchant au développement et à l'éducation de leur enfant (Confédération suisse, 2015). Cela correspond au besoin d'apprentissage des jeunes mères migrantes à propos des soins à leur bébé notamment mis en évidence par Hennegan et al. (2015). En réponse à ce besoin exprimé par ces femmes et aux objectifs fédéraux, le programme genevois soutenant le développement de l'enfant (PEPSIE) a été développé dans le cadre du programme d'intégration cantonal 2018-2021 (PIC II). Il soutient le pouvoir d'agir, les habiletés et l'intégration des parents dans leur écosystème (Coulon & Yalazoglu, 2018). Il s'adresse aux professionnels ou bénévoles qui accompagnent les familles lors de la transition à la parentalité durant la première année de vie de l'enfant. Ce projet a permis de démontrer l'intérêt « de la formation réflexive sur le développement de pratiques participatives fondées sur les forces des familles et non sur une approche traditionnelle ancrée sur les déficits » (Coulon & Yalazoglu, 2018).

L'apprentissage peut se faire par le biais d'activités et d'ateliers dits co-construits par des soignants et les parents, dans le but de favoriser le développement de l'enfant. Il peut s'agir notamment d'ateliers de massage ou de gymnastique parents-bébés, de séances autour d'un thème en particulier comme les pleurs, le sommeil ou l'alimentation du bébé ou encore d'entretiens individuels ou de groupe pour les jeunes parents. L'apprentissage des parents concernant les questions touchant au développement de leur enfant est essentiel puisqu'il permet de renforcer les compétences et le pouvoir d'agir des requérantes d'asile jeunes mères (Coulon & Yalazoglu, 2018).

7.2.2. Recherche

Plusieurs recherches futures seraient pertinentes et apporteraient une plus-value si celles-ci étaient menées, notamment afin d'améliorer les expériences des femmes migrantes en période périnatale au travers de prises en soins adaptées et personnalisées mais également pour que les soignants se sentent plus à l'aise et moins démunis face à cette population.

Premièrement, les expériences des femmes migrantes durant leur prise en soins à la maternité restent problématiques pour des raisons qui ont déjà été énoncées dans ce travail. Cependant, paradoxalement, il existe peu d'études de qualité à ce sujet auxquelles les soignants pourraient se référer pour obtenir des recommandations fiables et applicables sur le terrain permettant d'améliorer les soins prodigués auprès de cette population. Il serait donc pertinent d'effectuer une étude menée avec une méthodologie rigoureuse et précise, qui s'intéresse au vécu et aux besoins des femmes migrantes tout au long de leur expérience de transition à la maternité, c'est-à-dire du pré-natal au post-partum, concomitamment à leur procédure d'asile. Cela permettrait de mettre en évidence si l'inclusion progressive des femmes dans le pays d'accueil améliore ou détériore la perception et le vécu de leur suivi en maternité (McKnight, Goodwin & Kenyon, 2019).

Il serait également pertinent d'approfondir les recherches concernant l'importance de l'inclusion du père dans les familles migrantes qui viennent d'avoir enfant. De plus, il serait bénéfique d'établir des recherches en lien avec l'impact du changement de statut professionnel et social du père sur ses interactions avec ses enfants, sa conjointe ainsi que sur la dynamique familiale. En effet, cela permettrait de comprendre l'impact de la redéfinition des rapports conjugaux et parentaux dans le nouveau pays afin de proposer des méthodes adaptées pour soutenir au mieux le couple en transition et, ainsi, promouvoir une dynamique familiale prospère et positive (De Montigny et al., 2012).

En outre, des recherches concernant les résultats de santé périnataux de la mère et de l'enfant, notamment concernant le taux plus élevé de mortalité maternelle et infantile, sont à explorer afin de clarifier les liens de causes à effets qui sont encore peu clairs (Heslehurst, Brown, Pemu, Coleman & Rankin, 2018).

Finalement, une meilleure compréhension de l'état de santé mentale des migrantes par les soignants est une priorité. Des recherches en lien avec les besoins des migrantes en termes de santé mentale pourraient permettre aux soignants de prévenir, dépister et traiter plus facilement les troubles mentaux les plus communément rencontrés chez cette population, particulièrement après le parcours migratoire ou durant la période post-partum. Il s'avérerait bénéfique pour les soignants d'obtenir des recommandations cliniques quant aux éléments auxquels il faut être attentif de façon systématique au niveau de la santé mentale lorsqu'ils

sont amenés à prendre en soins une personne migrante, d'autant plus lorsque celle-ci est en période périnatale puisqu'elle est, en plus d'autres maladies mentales, plus à risque de souffrir de dépression post-partum (Fellmeth, Fazel, Plugge, 2016).

7.2.3. Enseignement

Plusieurs recommandations permettent de favoriser l'accompagnement infirmier des femmes migrantes en situation périnatale, notamment dans le domaine de la formation des professionnels de la santé.

Les professionnels de la santé sont souvent amenés à prendre en soins des personnes migrantes provenant de différents pays et ayant des cultures diverses. Malheureusement, les études évoquées précédemment indiquent que les professionnels de la santé manquent de compétences et de connaissances à ce niveau, ce qui conduit à émettre des recommandations encourageant la formation des soignants (Gagnon et al. 2014 ; Reynolds & White, 2010).

Le suivi de formations transculturelles permettrait aux professionnels de la santé de proposer un accompagnement plus adapté aux femmes migrantes en transition à la maternité et les sensibiliserait aux différentes méthodes de compréhension du contexte de vie. Un apprentissage lié à la diversité socioculturelle vise une meilleure appréhension des différentes conceptions culturelles. Elles sont d'autant plus importantes qu'elles permettent de sensibiliser les professionnels de la santé au bien-être psychosocial des femmes migrantes (Confédération suisse, 2015 ; Gagnon et al. 2014 ; Reynolds & White, 2010).

En outre, cette notion de bien-être psychosocial comprend la nécessité d'intégrer les pères dans la prise en soins des femmes migrantes enceintes ou jeunes mères. Une formation spécifique auprès des soignants à ce sujet est indispensable afin de les sensibiliser à favoriser la dynamique familiale. Une telle approche fournira ainsi aux jeunes pères les outils nécessaires pour qu'ils puissent accompagner leur compagne durant cette transition à la maternité (De Montigny et al., 2015).

Finalement, toujours avec l'intention d'atténuer les difficultés de compréhension des soignants concernant les migrants, il serait pertinent de proposer à ces professionnels, des formations continues en lien avec les questions qui touchent à la migration et aux droits des migrants. Ces formations leur permettraient de se sentir plus à l'aise et d'être informés concernant les conditions de vie des migrantes afin de leur permettre d'aider au mieux ces femmes en transition à la maternité en étant plus près de ce qu'elles peuvent vivre (Confédé-

ration suisse, 2015 ; SEM, 2014). Dans un tel contexte, les formations continues en compétences transculturelles peuvent être d'un grand apport lorsqu'elles sont appliquées à une situation individuelle concrète et appropriée à chaque groupe professionnel (Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA], 2014). La sensibilisation des futurs professionnels en formation initiale sur la question de la migration est également à renforcer.

8. RÉFÉRENCES

- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi : 10.1186/s12884-017-1433-2
- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theory: utilization & application* (5th edition). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R. (2010). *Nursing theory: utilization & application* (4th edition). Maryland Heights, Mo: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theory and their work* (8th edition). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Alnuaimi, K., Kassab, M., Ali, R., Mohammad, K., & Shattnawi, K. (2017). Pregnancy outcomes among Syrian refugee and Jordanian women: a comparative study. *International Nursing Review*, 64(4), 584-592. doi : 10.1111/inr.12382.
- AMNESTY international. (2017). *Asile et migrations*. Accès <https://www.amnesty.ch/fr/themes/asile-et-migrations>
- AMNESTY international. (2017). *Réfugiés, demandeurs d'asile et migrants*. Accès <https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants/>
- Anaut M. (2005). Le concept de résilience, un atout pour la qualité des soins. Accès <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-12.htm>
- Arcade Sage-Femme. (2020). *Préparation à la naissance*. Accès <http://www.arcade-sages-femmes.ch>
- Art. 12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Art. 41 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Art. 117a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Art. 3 de la Loi fédérale sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi ; RS 142.31). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995092/index.html>
- Art. 65 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832 10). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/201607010000/832.10.pdf>
- Asile-ne. (2017). *Requérants d'asile et réfugiés*. Accès <http://asile-ne.ch/requerants-dasilerefugies/>
- Asile.ch, (2019). *Résilience, entretien avec Boris Cyrulnik*. Accès <https://asile.ch/2017/04/24/resilience-entretien-boris-cyrulnik/>

- Awesome Presentations. (2018). *How to create 3D pyramid in Microsoft PowerPoint: PPT tricks*. [Vidéo en ligne]. Accès <https://www.youtube.com/watch?v=iaJL5ci5tcl>
- Baker, M., Miron, J. M., de Montigny, F., Lacharité, C., Boilard, H. (2007). Le parcours des pères lors de la période périnatale : le rôle des sages-femmes. *Revue québécoise de psychologie*.
- Bozorgmehr, K., Biddle, L., Preussler, S., Mueller, A., & Szecsenyi, J. (2018). Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women : a cross sectional study in a German federal state, 2010-2016. doi: 10.1186/s12884-018-2053-1.
- Bydlowski, M., (2001-2002). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13 (1), 41-52.
- Cadart, M.-L. (2004). La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. *Dialogue*, 163(1), 60-71.
- Capponi, I., Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? *Dialogue*, 175(1). 115-127.
- Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie* 525(3), 209. doi : 10.3917/bupsy.525.0209.
- Confédération suisse. (2019). *Définition du terme de réfugié et le droit d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asyl/asylrecht.html>
- Confédération suisse. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. Accès https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/illegale-migration/sans_papiers/bersanspapiers-2015-f.pdf
- Confédération suisse. (2015). Santé maternelle et infantile des populations migrantes : Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier. Accès <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/.../pdf>
- Confédération suisse. (2011). *Les soins de santé pour les migrants sans papiers en Suisse*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html>
- Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA] (2014). Dialogue CTA sur l'intégration "Dès la naissance - Entrer dans la vie en pleine santé". Accès http://www.dialog-integration.ch/_upload/file/i_20140922-164408-258.pdf
- Coulon, D. & Yalazoglu, S. (2018). Programme participatif pour le développement de l'enfant soutenant l'intégration, le pouvoir d'agir et les habiletés des parents dans leur écosystème - Soutenir les familles en contexte de vulnérabilité périnatale, Rapport de Recherche, Bureau de l'intégration des étrangers. Genève.
- De Montigny, F., Devault, A., Gervais, C. et Saint Arnault, K. (2012). *La naissance de la famille : Accompagner les parents et les enfants en période périnatale*. Montréal : Chenelière éducation.

- De Montigny, F., Brodeur, N., Gervais, C., Pangop, D. et Ndengeyingoma, A. (2015). Regard sur les enjeux rencontrés par les pères immigrants au Québec. *Alterstice*, 5(1), 23-34.
- Dopfer, C., Vakilzadeh, A., Happle, C., Kleinert, E., Müller, F., Ernst, D., ... Jablonka, A. (2018). Pregnancy Related Health Care Needs in Refugees : A Current Three Center Experience in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1934. doi : 10.3390/ijerph15091934.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories (3rd ed). Philadelphia, PA: F. A. Davis Co.
- Fawcett, J. (2017). Applying conceptual models of nursing : quality improvement, research, and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Fellmeth, G., Fazel, M., & Plugge, E. (2017). Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(5), 742-752. doi : 10.1111/1471-0528.14184
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition). France : Mallet Conseil.
- Gagnon, A. J., Carnevale, F., Mehta, P., Rousseau, H., & Stewart, D. E. (2013). Developing population interventions with migrant women for maternal-child health : a focused ethnography. *BMC Public Health*, 13(1). doi : 10.1186/1471-2458-13-471.
- Gagnon, A. J., DeBruyn, R., Essén, B., Gissler, M., Heaman, M., Jeambey, Z.,... Small, R. (2014). Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to Western societies : an international Delphi consensus process. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi : 10.1186/1471-2393-14-200.
- Gehri, M., Gehri, M., Jäger, F., & Wagner, N. (2016). Prise en charge clinique de la population migrante : focus pédiatrique, 8. Accès <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/201710/03-10.pdf>
- Goodwin, L., Kenyon, S., & McKnight, P. (2019). A Systematic Review of Asylum - Seeking Women's Views and Experiences of UK Maternity Care. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613819301317?via%3Dihub>
- Hennegan, J., Redshaw, M., & Kruske, S. (2015). Another country, another language and a new baby : A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia. *Women and Birth*, 28(4), e124-e133. doi : 10.1016/j.wombi.2015.07.001
- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees : A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1), 89. doi : 10.1186/s12916-018-1064-0.
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2020). *Consultation transculturelle*. Accès <https://www.hug.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/consultation-transculturelle>
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2019). *Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO)*. Accès <https://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/consultation-ambulatoire-mobile-soins#pop>

- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Obstétrique à Genève aux HUG*. Accès <https://www.hug-ge.ch/obstetrique>
- Hôpital Universitaire de Genève. (2019). *Réseau santé pour tous*. Accès <https://www.hug-ge.ch/reseau-sante-pour-tous>
- Hospice général. (2020). *Programme Santé Migrant*. Accès <https://www.hospicegeneral.ch/fr/programme-sante-migrants-dpt-de-medecine-communautaire-de-premier-recours-et-des-urgences>
- Hospice général. (2019). *Accompagnement social des migrants*. Accès <https://www.hospicegeneral.ch/fr/integration-des-migrants>
- Levesque, A. & Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice : Revue internationale de la recherche interculturelle*, 5(1), 69-82.
- Liendle, M. (2012). Les concepts en science infirmière. Accès <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm>
- Maslow A. (1998). *Towards a psychology of being* (3rd edition). New York : John Wiley and Sons.
- McKnight, P., Goodwin, L., & Kenyon, S. (2019). A systematic review of asylum-seeking women's views and experiences of UK maternity care. *Midwifery*, 77, 16-23. doi : 10.1016/j.midw, 2019. 06.007.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im E. O., Hilfinger Messias, D. K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23, 12–28.
- Mestre, C. (2015). Migration, maternité et médicalisation : ce qu'en pensent les africaines vivant en France. *Spirale*, 76(4), 90-92.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et Migrations*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H., Zulian. G., (2014). Interdisciplinarité en milieu hospitalier : entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe. *Revue médicale suisse*. 10(1), 134-137. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-412-413/Interdisciplinarite-en-milieu-hospitalier-entre-defi-heb-domadaire-et-enjeux-de-groupe>
- Nicchi, S., & Le Scanff C. (2005). Les stratégies de faire face. Accès <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-1-page-97.htm>
- Office cantonal de la population et des migrations [OCPM]. (2018). Bilan 2017 de l'Office cantonal de la population et des migrations (OCPM). Accès <https://www.ge.ch/document/bilan-2017-office-cantonal-population-migrations-ocpm>
- Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociale. (2019). *Bureau de l'intégration des étrangers*. Accès <https://www.ge.ch/organisation/oais-bureau-integration-etrangers>

- Office fédéral de la statistique. (2017). *Migration internationale*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/migrationinternationale.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui : le programme de demain*. Accès https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44225/9789242563856_fre.pdf;jsessionid=B1160F909912968D6ED86BD989469BAC?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Migration et santé : les principaux enjeux*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migranthealth-in-the-european-region/migration-and-health-key-issue>
- Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. (2017). *Migrant / migration*. Accès <https://fr.unesco.org/themes/promouvoir-droits-inclusion/migration>
- Organisation des Nations unies. (2019). *Migration*. Accès <http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/>
- Organisation des Nations unies. (2016). *Sûreté et dignité : gérer les déplacements massifs de réfugiés et de migrants*. Accès <http://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/70/59>
- Organisation internationale pour les migrations. (2019). *Qui est un migrant ?* Accès <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
- Organisation Internationale pour les migrations. (2017). *Migration, risque et résilience dans le contexte de catastrophe soudaine ou à évolution lente*. Accès https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Migration-Risk-and-Resilience-in-the-Context-of-Sudden-and-Slow-Onset-Disaster-FR.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Qu'est-ce qu'un migrant ? Ou comment les définitions ont une incidence sur l'accès aux soins de santé*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care>
- Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2019). *Protéger les réfugiés - Préserver la dignité humaine*. Accès <https://www.osar.ch/a-notre-sujet.html>
- Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2019). *Requérant d'asile*. Accès <https://www.osar.ch/droit-dasile/statuts-juridiques/requerant-dasile.html>
- Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2017). *Droit d'asile*. Accès <https://www.osar.ch/droit-dasile.html>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3^{ème} éd.)*. Montréal : Chenelière éducation.
- Perret-Clermont, A. N., Zittoun, T. (2002). Esquisse d'une psychologie de la transition. *Education permanente*, 1, 12-15.
- Ramdé, J. (2015). Le rôle du père dans le développement socio-affectif et cognitif des enfants en contexte migratoire. *Alterstice*, 5(1), 3-6.

- Rees, S. J., Fisher, J. R., Steel, Z., Mohsin, M., Nadar, N., Moussa, B.,... Silove, D. (2019). Prevalence and Risk Factors of Major Depressive Disorder Among Women at Public Antenatal Clinics from Refugee, Conflict-Affected, and Australian-Born Backgrounds. *JAMA Network Open*, 2(5), e193442. doi : 10.1001/jamanetworkopen, 2019. 3442.
- Renzaho, A. M. N., & Oldroyd, J. C. (2013). Closing the Gap in Maternal and Child Health : A Qualitative Study Examining Health Needs of Migrant Mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1391-1402. doi : 10.1007/s10995-013-1378-7.
- Revue d'information sociale. (2017). Inclure les étrangers par l'accès aux soins. Accès <https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/1664-inclure-les-etrangers-par-l-acces-aux-soins>
- Revue d'information sociale. (2016). Assurer les soins même à la sortie de l'asile. Accès <https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/437-assurer-les-soins-meme-a-la-sortie-de-l-asile>
- Reynolds, B., & White, J. (2010). Seeking asylum and motherhood : health and wellbeing needs. *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 83(3), 20-23.
- Riggs, E., Yelland, J., Szwarc, J., Wahidi, S., Casey, S., Chesters, D.,... Brown, S. (2016). Fatherhood in a New Country : A Qualitative Study Exploring the Experiences of Afghan Men and Implications for Health Services. *Birth*, 43(1), 86-92. doi : 10.1111/birt.12208.
- Rousseau S., (2007). Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté : le cas de Manjakandriana à Madagascar. Accès <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2007-4-page-25.htm>
- Sami, J., Quack Lötscher, K. C., Eperon, I., Gonik, L., Martinez de Tejada, B., Epiney, M., & Schmidt, N. C. (2019). Giving birth in Switzerland : a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups. *Reproductive Health*, 16(1). doi : 10.1186/s12978-019-0771-0.
- Secrétariat d'État aux migrations. (2019). Informations succinctes : Permis B et Permis F [Brochure]. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/publikationen/info-flue-va/info-flue-va-fr.pdf>
- Secrétariat d'État aux migrations. (2019). *Procédure d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl.html>
- Secrétariat d'État aux migrations. (2014). *Formation continue en ligne dans le domaine de la migration et de la santé*. Accès <https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-54103.html>
- Simonet, M., L. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue médicale suisse*. 13(4), 1771-1772. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-579/Collaboration-interprofessionnelle-et-pratique-collaborative-en-milieu-hospitalier-un-veritable-defi>

- Tapia, C. (2001). Éditorial. *Connexions*, 76(2), 7-13. doi : 10.3917/cnx.076.0007.
- Terre des femmes Suisse. (2011). Femmes réfugiées. Accès https://www.terre-des-femmes.ch/fr/themes/femmes-refugiees#FR_Definition
- Terre des femmes Suisse. (2011). Les femmes dans la procédure d'asile : la reconnaissance de motifs de fuite spécifiques aux femmes dans la pratique de l'asile en Suisse. Accès https://www.terre-des-femmes.ch/images/docs/2011_Bericht_Frauen_im_Asylverfahren_f.pdf
- Vannotti, M., & Bodenman, P. (2003). Migration et violence. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2455/23315>
- Ville de Genève. (2018). *Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO)*. Accès <http://www.ville-geneve.ch/plan-ville/sante/consultation-ambulatoire-mobilesoins-communautaires/>
- Winn, A., Hetherington, E., & Tough, S. (2018). Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape : perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 91. doi : 10.1186/s12939-018-0801-5.
- Yelland, J., Riggs, E., Wahidi, S., Fouladi, F., Casey, S., Szwarc, J.,... Brown, S. (2014). How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families ? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi : 10.1186/1471-2393-14-348.
- Zaoui, E. (2008). Les groupes d'analyse des pratiques cliniques, une opportunité pour l'encadrement infirmier de renforcer le management des soins. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 32. doi : 10.3917/rsi.093.0032.

9. ANNEXES

9.1.1. Résultats du Questionnaire Migrant Friendly Maternity Care : Gagnon et al. (2014)

Table 1 Data captured by the MFMCQ

Variable	Key theme measured ¹	MFMCQ question number
Migration		
Country of birth	MR	1
Length of time in receiving country	MR	2
Arrived in receiving country pregnant	MR	3
Number of children born in receiving country	MR	88
Countries of birth of mother's parents	MR	90, 91
Immigration status	MR	92, 93, 94, 95, 96
Spent time in detention centre	MR	97, 98, 99
Permitted to work in receiving country	MR	102
Language spoken at home	MR	108
Fluency in receiving-country language(s)	MR; IE	109, 110
Health care services		
Cared for by health care professional (HCP)	ATC; SI	4, 5
Prenatal care	ATC; SI	6, 7
Services during pregnancy	ATC; SI	9
Given information in language known to migrant	IE	13
HCP asked how planned to infant feed	ATC; CAR	15
HCP asked if preferences for care	ATC; CAR	16
Site of birth	ATC; SI	20
Type of HCP during labour, birth	ATC; SI	21, 22
Procedures during labour, birth (e.g., caesarean)	ATC; CAR; SI	23
Allowed to move around, choose positions during labour	ATC; CAR	26
HCP asked re: preferences for pain management during labour	ATC; CAR	27
During labour, allowed to have choice of support people	ATC; CAR	29
During birth, had a companion	ATC	30, 31
HCP asked re: preferences for care during labour, after birth	ATC; CAR	32, 37
Infant admitted to special care unit	CRO	33
Length of hospital stay	ATC; SI	34
HCP asked re: food preferences	ATC; CAR	36
Given baby to hold skin-to-skin within first hour after birth	ATC	38
HCP offered help/info re: breastfeeding	ATC; CAR	39, 40
BF support services used	ATC	41
HCP seen since birth	ATC; SI	42, 43, 44
HCP offered interpreting service	IE; ATC; SI	57
Frequency of interpreter in attendance and who acted as interpreter	IE; SI	58, 59
HCP asked if any questions	ATC; CAR	67
HCP kept woman informed	IE	71

Table 1 Data captured by the MFMCQ (Continued)

Obstetrics –current pregnancy		
Medical complications pregnancy, labour, birth	CRO	8, 24
Gestational age at birth	CRO	17
Number of infants born	CRO	18
Infant birth weight	CRO	19
If caesarean birth, reason	CRO	25
Obstetrics –history		
Pregnancies (i.e., gravidity)	CRO	78
Miscarriages	CRO	79
Terminations	CRO	80
Stillbirths	CRO	81
Infants born before 37 completed weeks	CRO	82
Infants born after 37 weeks	CRO	83
Medical complications during previous pregnancies	CRO	84, 85
Perceptions of care		
Services wished for but not used	PC	10, 11
Sources of information	PC	12
Received enough information	PC	14
Satisfied with how HCP helped to manage pain during labour	PC	28
Time in hospital/clinic post birth was adequate	PC	35
Wanted to see a health care professional but could not	PC	45, 46
Other advice/support/information wished for	PC	47
Felt welcomed by HCP	PC	48
Felt respected by HCP	PC	49
HCP were helpful	PC	50
Happy with care received	PC	51
Was asked by HCP to do something woman did not want to do	PC	52, 53
HCP asked preferences for female/male HCP	PC	54
Understood info provided by HCP	PC	55
Would have understood info better in another language	PC	56
Satisfaction with interpretation	PC	60
Had preferences for care but they couldn't be followed	PC	61, 62, 63
Things HCP could do differently/better	PC	64, 65
Particularly good/bad experiences	PC	66
HCPs were rushed	PC	68
Concerns taken seriously by HCPs	PC	69
Wait too long for care	PC	70
Felt comfortable asking about things not understood	PC	72

Table 1 Data captured by the MFMCQ (Continued)

HCPs made decisions without women's wishes being taken into account	PC	73
HCPs encouraging and reassuring	PC	74
HCPs spent enough time providing explanations	PC	75
Thought to be treated differently to other people by HCPs	PC	76, 77
Socio-demographics		
Marital status	SDC	86
Household composition	SDC	87, 88
Maternal birth date	SDC	90
Health services funding	SDC	101
Education	SDC	102
Employment	SDC	104, 105, 106
Household income	SDC	107, 108

¹ATC = Access to care (n ≥ 21 questions).

CAR = Caregiver awareness and responsiveness (n ≥ 10 questions).

CRO = Clinical risks and outcomes (n ≥ 13 questions).

IE = Information exchange (n ≥ 5 questions).

MR = Migration-related (n ≥ 10 questions).

PC = Perceptions of care (n ≥ 27 questions).

SDC = Socio-demographic characteristics (n ≥ 7 questions).

SI = Structural issues (n ≥ 10 questions).

9.1.2. Tableau des thèmes communs aux articles

	Ahmed , Bowen & Feng, (2017)	Gagnon, Carnevale, Mehta, Rousseau, & Stewart, (2013).	Gagnon, DeBruyn, Essén, Gissler, Heaman, Jeambey, Small, (2014).	Hennegan, Redshaw & Kruske, (2015).	Rees, Fisher, Steel, Mohsin, Nadar, Moussa, Silove, (2019)	Renzaho & Oldroyd, (2013).	Reynolds & White, (2010).	Sami, Quack Lötscher, Eperon, Gonik, Martinez de Tejada, Epiney & Schmidt, (2019).	Yelland, Riggs, Wahidi, Fouladi, Casey, Szwarc,..... & Brown (2014).
Les besoins des femmes migrantes en période périnatale		X		X		X	X		
La santé mentale chez les femmes requérantes d'asile	X				X		X		X
La vulnérabilité des femmes requérantes d'asile	X	X	X	X		X	X	X	X
La résilience des femmes requérantes d'asile		X					X		X
Les obstacles d'accès aux soins des requérantes d'asile	X	X	X	X		X	X	X	X
La transition des femmes requérantes d'asile						X	X		X
La continuité des soins et les difficultés interprofessionnel les dans la prise en soins des requérantes d'asile			X				X		X
Les compétences interculturelles des soignants			X				X		X