

***L'accompagnement infirmier des
femmes enceintes requérantes d'asile dans
l'adaptation à leur incertitude face à l'avenir***



Tiré de : Muze 74 (2014)

Travail de Bachelor

**Azevedo Alves Patricia N°12327854
Dorison Aurélia N° 15496276**

Directeur-trice : Forestier Aline - adjointe scientifique, CAS en Psychiatrie Clinique
Membre du jury externe : Delicado Noelia - infirmière spé. en santé communautaire,
MScSI

Genève, Juin 2018

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 auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

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

Fait à Genève, le 23 juin 2018

Aurélia Dorison & Patricia Azevedo Alves

Remerciements

Nous remercions, tout d'abord, chaleureusement notre directrice de Travail de Bachelor, Aline Forestier, pour son accompagnement tout au long de ce travail et sa disponibilité. Ensuite, nous remercions également le jury externe pour l'intérêt porté à notre problématique.

Finalement, nous remercions nos familles pour le soutien apporté tout au long de l'écriture de ce travail.

*« Quitter son pays, sa culture et sa
langue, partir vers l'inconnu, que ce soit
par choix ou poussé par la nécessité ou la
misère, demande une force rare. À travers
des réalités variées, découvrons les
incroyables ressources d'énergie et de
création des femmes qui, empoignant leur
valise, prennent en main leur destin. »*

(Muze 74, 2014)

RÉSUMÉ

Contexte : La migration est un sujet d'actualité qui touche en particulier la Suisse, dont la population est cosmopolite. Les femmes migrantes sont encore peu exposées dans la recherche scientifique, de par leur genre et leur culture. Parmi les migrantes, les requérantes d'asile sont une population vulnérable avec un statut légal instable. Enceintes, elles ont cette vulnérabilité supplémentaire de par leur grossesse vécue dans le pays d'accueil.

Objectif : Par souci d'une prise en soin infirmière globale et adaptée aux besoins des femmes enceintes requérantes d'asile, cette revue de littérature a pour objectif de donner des recommandations pour la pratique infirmière, et des pistes de réflexion. La prise en soin infirmière de ces femmes, inspirée de la théorie de l'incertitude de Mishel, va prendre tout son sens dans l'adaptation à l'incertitude face à l'avenir de celles-ci.

Méthode : Cette revue de littérature se base sur une méthodologie de recherche à partir d'un PICOT qui permet de relever des mots-clés pour la création d'équations de recherches. Les bases de données consultées entre le 7 et 8 février 2018, pour la recherche d'articles sont PUBmed, CINHAl et PsychINFO. Sept articles sont finalement retenus pour l'analyse et la mise en lien avec l'ancrage disciplinaire.

Résultats : Les principaux résultats démontrent un manque de connaissance de la part des professionnels de santé sur cette problématique, nécessitant une formation à la compétence culturelle. Un besoin de soutien psychologique, souvent absent des prises en soin, est exprimé par les femmes enceintes requérantes d'asile.

Conclusion : En lien avec la prise en soin holistique, la théorie de l'incertitude de Mishel est un outil de travail non négligeable pour l'accompagnement infirmier de ces femmes, permettant de ne négliger aucune dimension de leurs antécédents d'incertitude et de leur histoire de vie actuelle et passée.

Mots-clés :

*requérantes d'asile - grossesse - incertitude - adaptation - accompagnement infirmier
asylum seekers - pregnancy - uncertainty - adaptation - nursing care*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAMSCO	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires
CAPPI	Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégré
CEP	Centre d'enregistrement et de procédure
COE	Conseil de l'Europe
HEdS	Haute école de santé - Genève
HES-SO	Haute école spécialisée de suisse occidentale
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LAMal	Loi fédérale de l'assurance-maladie
LAsi	Loi fédérale sur l'asile
NEM	Non-entrée en matière
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
ODM	Office fédéral des migrations
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSAR	Organisation suisse d'aide aux réfugiés
UNHCR	United nations high commissioner for refugees
RDC	République démocratique du congo
SEM	Secrétariat d'état aux migrations
SNPI	Syndicat national des professionnels infirmiers
TDF	Terre des femmes
UE	Union européenne
Unige	Université de Genève

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT et termes recherchés dans les bases de données	33
Tableau 2. Equations de recherches selon les bases de données.....	36
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Hiérarchie des connaissances et situation de la théorie de l'incertitude	25
Figure 2. Traduction libre du schéma de la théorie de l'incertitude	28
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	42
Figure 4. Cadre conceptuel adapté de la théorie de l'incertitude de Mishel	63

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	v
Liste des abréviations	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	vii
Table des matières	8
Introduction	10
1. Problématique.....	12
1.1. Epidémiologie.....	12
1.2. Migration et procédure d’asile	14
1.3. Prise en soin infirmière communautaire des requérants d’asile.....	17
1.4. Difficultés rencontrées dans la prise en soin infirmière transculturelle	19
1.5. Vulnérabilité des femmes requérantes d’asile	19
1.6. Prise en soin infirmière périnatale	21
1.7. Incertitude	22
2. Modèle théorique	24
2.1. Ancrage disciplinaire.....	24
2.1.1. Hiérarchie des connaissances et école de pensée.....	24
2.1.2. Métaconcepts.....	25
2.1.2.1. La personne.....	25
2.1.2.2. Le soin.....	26
2.1.2.3. La santé.....	26
2.1.2.4. L’environnement.....	26
2.1.3. Assomptions.....	27
2.2. Méthodologie de la pratique.....	27
2.3. Question de recherche.....	31
3. Méthode	32
3.1. Sources d’informations et stratégies de recherche documentaire	32
3.2. Diagramme de flux	40
4. Résultats	44
4.1. Synthèse des résultats.....	44
4.2. Tableau comparatif	45
4.3. Analyse critique des articles retenus	54
4.3.1. Vulnérabilité des femmes enceintes requérantes d’asile	54

4.3.2.	Barrières aux soins	55
4.3.3.	Attentes des femmes enceintes requérantes d'asile.....	56
4.3.4.	Besoins des femmes enceintes requérantes d'asile	57
4.3.5.	Méconnaissance des femmes enceintes requérantes d'asile par les professionnels de santé.....	59
4.3.6.	Résilience des femmes enceintes requérantes d'asile	60
5.	Discussion.....	62
5.1.	Antécédents de l'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile	64
5.2.	Incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile	65
5.3.	Stratégies de coping et adaptation à l'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile	66
6.	Conclusion	69
6.1.	Apports et limites du travail	69
6.2.	Recommandations	70
7.	Références.....	72
8.	Annexes	79
8.1.	Annexe A : Schéma du SEM sur la procédure d'asile en Suisse	80
8.2.	Annexe B : Schéma de la méthodologie de la pratique de la théorie de l'incertitude de Mishel.....	81
8.3.	Annexe C : Equations de recherche selon les bases de données.....	82
8.4.	Annexe D : Pyramide des niveaux de preuve scientifiques des études	85
8.5.	Annexe E : Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (Tiré de : Elsevier Masson (2014)).....	86
8.6.	Annexe F : Fiche de lecture : A. J. Gagnon & D. E. Stewart (2013).....	90
8.7.	Annexe G : Tableau des thèmes communs aux articles.....	95

INTRODUCTION

La formation pour l'obtention du diplôme *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* se conclue par un Travail de Bachelor. D'après la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) (2012), le plan d'études cadre en filière Soins infirmiers définit ce travail en une élaboration de revue de littérature pour laquelle :

Les étudiant-e-s puisent prioritairement leur savoir dans le corpus des savoirs infirmiers. En apprenant à analyser les résultats de recherche de leur discipline, elles/ils devront être capables de formuler de façon adéquate une question concernant un problème de santé (question clinique), de faire une recherche documentaire (articles, revues systématiques, recommandations, etc.), de comprendre le niveau de preuve, de poser un regard critique sur un article scientifique et d'identifier des pistes d'application pour la pratique des soins (p. 36).

Dans un contexte actuel de migration, cette revue de littérature porte sur l'accompagnement infirmier des femmes enceintes requérantes d'asile dans leur adaptation à l'incertitude face à l'avenir. Plusieurs parties vont permettre de répondre à la question de recherche.

Dans le premier chapitre, la problématique expose l'épidémiologie sur les migrants de façon générale, puis les requérants d'asile, les femmes et enfin les femmes enceintes requérantes d'asile. La migration et la procédure d'asile sont décrites, ainsi qu'une définition de l'incertitude. Le réseau genevois communautaire dans la prise en soin des migrants est énoncé. Les difficultés rencontrées dans la prise en soin transculturelle sont soulevées puis la vulnérabilité des femmes requérantes d'asile ainsi que la prise en soin infirmière périnatale sont présentées.

Le second chapitre présente la méthodologie de la pratique avec la description de la théorie intermédiaire de Mishel : hiérarchie des connaissances, métaconcepts, assomptions. La question de recherche est annoncée afin d'introduire la revue de littérature.

Dans le troisième chapitre, la méthode de collecte des données pour la revue de littérature sur la problématique est décrite puis un diagramme de flux est réalisé.

Dans le quatrième chapitre, les résultats sont présentés sous forme d'analyse critique des articles retenus ainsi qu'un tableau comparatif.

Le cinquième chapitre présente la discussion des résultats en regard de la question de recherche précédemment énoncée et en lien avec la théorie de Mishel en s'appuyant sur le schéma de l'incertitude.

Finalement, le sixième chapitre amène une conclusion sur les apports et les limites du travail ainsi que sur les recommandations pour la pratique.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Epidémiologie

Dans le monde, plus de 50 millions de personnes sont en fuite pour échapper à des conditions de vie dans leur pays mettant en danger leur santé psychique et/ou physique (Organisation suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], 2017). Fuir est la seule solution pour aspirer à de meilleures conditions de vie. En 2015, 24 personnes par minute (34 000 par jour) ont été forcées de quitter leur maison à cause de conflits ou de persécutions (United nations high commissioner for refugees [UNHCR], 2016). Ceci conduit à 3,2 millions de demandeurs d'asile dans le monde en 2015 (Secrétariat d'état aux migrations [SEM], 2016). Fin 2015, on estimait à plus de 244 millions le nombre de migrants internationaux (soit 3,5 % de la population mondiale), correspondant à un accroissement de 77 millions (41 %) par rapport à l'année 2000, dont 48 % de femmes (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2017). Selon OSAR (2014), dans le monde, environ 80% des réfugiés sont des femmes.

Depuis 2005, cinq millions d'habitants supplémentaires attribuables à la migration sont dénombrés en Europe. 73 millions de migrants vivent en région européenne, ce qui représente 8% de la population totale, dont 52% de femmes (OMS, 2013). Alors qu'en 2015, environ 70 % des personnes qui se déplaçaient étaient des hommes, les femmes et les enfants représentent maintenant près de 60 % des réfugiés et des autres migrants qui tentent de gagner l'Europe (Conseil de l'Europe [COE], 2016). Plus de 1,2 million de nouveaux migrants, demandeurs d'asile et réfugiés sont arrivés en Europe avant la fin 2015 (OMS, 2017). En 2016, près de 1,3 million de demandes d'asile ont été enregistrées en Europe, un nombre similaire à celui de l'année précédente (SEM, 2017).

En novembre 2017, 66 108 personnes sont en procédure d'asile en Suisse (SEM, 2017). Les principaux pays de provenance sont l'Afghanistan, l'Erythrée, la Géorgie, la Syrie et la Turquie. En Suisse, 22,1% des femmes résidentes sont de nationalité étrangère (Confédération Suisse, 2015). Fin juin 2017, la Suisse regroupe 960 664 femmes étrangères dans la population résidente permanente pour 1 081 468 hommes (SEM, 2017). Le pays d'accueil représenterait pour les femmes une opportunité de prendre un nouveau départ. En Suisse, environ un tiers des demandes d'asile proviennent de femmes (OSAR, 2014).

Concernant le canton de Genève, en 2016, la population résidente étrangère est au nombre de 200 120, c'est-à-dire 40,5%, contre 293 586 résidents suisses. De ces étrangers, 2363 sont des personnes relevant du domaine de l'asile (Office cantonale de la statistique [OCSTAT], 2017). Parmi les étrangers résidents à Genève, 97 304 sont des femmes et 102 816 sont des hommes ; c'est une évolution depuis l'année 2000 qui compte 75 252 femmes étrangères (OCSTAT, 2017). Il faut apporter un esprit critique sur les chiffres retenus, car en Suisse le droit du sang prévaut sur le droit du sol : un enfant né en Suisse, de parents étrangers, prendra la nationalité de ses parents et sera considéré comme étranger. En novembre 2017, 4180 personnes sont en procédure d'asile à Genève, dont 1641 personnes provenant d'Afrique (753 d'Erythrée, 145 de RDC, 253 de Somalie), 46 personnes provenant d'Amérique, 2007 personnes provenant d'Asie (558 d'Afghanistan, 281 d'Irak, 103 d'Iran, 197 du Sri Lanka, 620 de Syrie), 412 personnes provenant de l'Europe et 74 provenant de pays inconnus (apatrides, sans nationalité, état inconnu) (SEM, 2017).

Selon Terre des femmes Suisse [TDF Suisse] (2014), organisation de défense des droits de la personne qui s'engage en faveur de l'égalité des sexes et combat les violences liées au genre :

Deux tiers des réfugié-e-s qui dans leur parcours d'exil réussissent à rejoindre les pays européens sont des hommes. A cause de cette circonstance, mais aussi parce que le terme de réfugié a aujourd'hui encore une connotation masculine, les motifs de fuite spécifiques aux femmes et la situation des femmes dans la procédure d'asile sont généralement oubliés et les analyses détaillées sur les femmes réfugiées sont toujours inexistantes (p. 4).

Selon un rapport de TDF Suisse (2011), les requérantes d'asile sont en majeure partie âgées de 26 à 40 ans (40%) et proviennent de différents pays, notamment ; l'Afghanistan, l'Ethiopie, l'Irak, le Kosovo, le Sri Lanka et la Turquie. Les genres de persécution le plus soulevés par les femmes requérantes d'asile sont les violences sexuelles et les mariages forcés. Les principaux motifs d'asile sont l'appartenance à un groupe social ainsi que la persécution politique. La tranche d'âge des femmes requérantes d'asile, précédemment citée, démontre qu'elles sont pour la plupart en âge de procréer : elles peuvent alors déjà avoir des enfants, être enceinte ou susceptibles de l'être. Selon OCSTAT (2017), en 2016, 2454 enfants sont nés de mères étrangères à Genève pour 2925 enfants nés de mères suisses, soit un rapport de 83,9 étrangers pour 100 enfants suisses. Ces chiffres concernant les mères étrangères comprennent donc tous les types de migrantes, incluant les requérantes d'asile, et relèvent l'importance de cette population de femmes.

Les chiffres précédents montrent une recrudescence des flux migratoires et notamment une féminisation de ces derniers. Ceci justifie la problématique actuelle de la migration amenant les professionnels de santé en Suisse à se retrouver de plus en plus face à une population migrante qui nécessite une prise en soin particulière, comprenant les aspects culturels et ceux attribuables à la migration. De nombreux migrants ne recourent pas aux soins et notamment les femmes. La santé des femmes migrantes peut être précaire due à leur vécu, leur parcours migratoire et des épisodes traumatisants (viol, grossesse non désirée, meurtre). Un regard particulier doit ainsi être apporté à leur santé psychosomatique.

Toutes les professions de la santé ont besoin des informations sur la diversité culturelle des communautés pour procurer des soins sensibles à la culture et prodigués avec compétence. Parce que la culture a une forte influence sur l'interprétation et dans les réponses de chacun vis-à-vis des activités de soin et que chaque individu a le droit d'être respecté dans son unicité et son héritage culturel. (Purnell, 2000, cité par Syndicat national des professionnels infirmiers [SNPI], 2011, p. 3).

1.2. Migration et procédure d'asile

Un migrant définit une personne qui fait le libre choix d'émigrer, sans intervention d'un facteur contraignant externe, pour toutes sortes de raisons, qui habituellement incluent de meilleures opportunités de vie. Il est important de préciser que le terme migrant inclut plusieurs profils : requérants d'asile, réfugiés, apatrides, migrants économiques, migrants se déplaçant pour des raisons professionnelles, étrangers naturalisés, migrants en situation irrégulière (Organisation internationale pour les migrations [OIM], 2007).

Parmi les migrants, le requérant d'asile est une « personne de nationalité étrangère qui a déposé une demande d'asile en Suisse et qui fait l'objet d'une procédure d'asile. Cette personne est autorisée à séjourner en Suisse jusqu'à la fin de la procédure. » (OSAR, 2017). Malgré sa situation régulière, le requérant d'asile n'a pas encore de statut stable contrairement aux réfugiés, dont la demande d'asile a été acceptée. Son parcours migratoire est plus difficile car il s'agit d'une migration de l'ordre de la survie (catastrophes, guerre dans leur pays d'origine) et non uniquement financière. Selon OSAR (2017), les principales bases légales nationales régissant l'asile sont : la loi fédérale sur l'asile (LAsi) et l'Ordonnance 1 sur l'asile relative à la procédure. Quant aux principales bases du droit international, il s'agit de la Convention relative aux statuts de réfugiés et la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

D'après l'OSAR (2017) (Annexe A), un migrant arrive en Suisse par la voie aérienne (aéroport de Genève ou de Zurich) ou par la voie terrestre par l'intermédiaire d'un passeur (de manière illégale) ou de manière légale. Il passera respectivement par la douane aéroportuaire dans la zone de transit ou sera directement dirigé vers un des cinq centres d'enregistrement et de procédure (CEP) suisses gérés par le SEM (Altstätten, Bâle, Kreuzlingen, Chiasso, Vallorbe). Une phase préparatoire commence après le dépôt de la demande d'asile et dure au maximum trois semaines. Dans les CEP, les migrants vont devoir passer un examen sanitaire, leurs empreintes digitales seront relevées, et une photographie sera enregistrée dans Eurodac (base de données de l'UE de reconnaissance d'empreintes digitales). Le SEM va alors clarifier si un autre Etat est compétent pour la prise en charge de la demande d'asile en vertu du règlement Dublin III. Une première audition de la personne sur ses motifs d'asile est réalisée, à l'issue de laquelle une réponse négative ou positive sera donnée.

- Une réponse négative conduira le migrant à être tenu de quitter la Suisse : soit il décidera de rester en Suisse et deviendra clandestin, soit il sera renvoyé immédiatement dans son pays d'origine ou dans un Etat Dublin lorsque le SEM décide de ne pas entrer en matière (un recours éventuel auprès du Tribunal administratif fédéral peut avoir lieu dans les 5 jours). Le migrant peut également être placé en détention. Lors de la décision de non-entrée en matière (NEM), une éventuelle aide au retour peut être organisée. Le migrant est alors dit débouté.

Selon le SEM (2014), la procédure Dublin implique 32 Etats, à savoir les 28 Etats de l'UE et quatre Etats associés (Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse). Elle est fondée sur deux règlements du Conseil de l'UE et de la Commission Européenne établissant des critères de responsabilité pour l'examen d'une demande d'asile (maintenant intégrés au droit suisse en matière d'asile et d'étrangers). Le but de cette procédure est qu'un seul Etat Dublin soit amené à examiner la demande d'un requérant. Elle permet d'éviter la multiplication des demandes d'asile d'un même requérant mais aussi qu'au moins un Etat Dublin soit responsable de ce requérant d'asile. Elle s'applique aux seuls ressortissants d'Etats tiers, soit les personnes qui ne possèdent pas la nationalité d'un Etat Dublin. Le cas échéant, des accords bilatéraux de réadmission sont applicables.

- Une réponse positive amènera le migrant à être envoyé dans l'un des cantons suisses compétents en matière de séjour voire d'exécution ultérieure du renvoi. Les requérants d'asile acquièrent alors un permis N. Ils sont logés dans les communes : programme d'occupation, exécution d'une activité lucrative si

autorisation par la commune (obligatoire au-delà de trois mois). La durée d'attente et de séjour est à ce moment-là indéterminée.

Une deuxième audition sur les motifs d'asile et les décisions d'asile et de renvoi se fera à l'Office fédéral des migrations (ODM) et la LAsi appuie la décision prise.

- Une décision négative amènera à un renvoi au pays d'origine ou à une admission provisoire si le renvoi est illicite (contraire aux droits internationaux), non raisonnablement exigible (raisons humanitaires, guerre, raisons médicales), impossible (raisons techniques). A ce stade, les demandeurs d'asile sont alors des réfugiés reconnus à qui est octroyé un permis F. L'attente est alors indéterminée. En cas de levée de l'admission provisoire, un permis B est éventuellement octroyé après cinq ans. Un recours auprès du Tribunal administratif fédéral peut également avoir lieu dans les 30 jours. La LAsi entre à nouveau en jeu et une nouvelle audition est réalisée, pouvant conduire à une décision positive et l'octroi du permis B de requérant d'asile.
- Une décision positive permet l'octroi de l'asile et d'un permis B, ce qui permet d'obtenir le statut légal et stable de réfugié. Des programmes d'intégration et d'exercice d'activité lucrative se mettront en place par la suite.

Selon la Plateforme d'information sur l'asile (2016), le SEM évoque une durée moyenne de 277,7 jours de procédure pour les cas complexes. A leur arrivée dans un CEP, les cas sont répertoriés soit en cas complexe et traités selon une procédure dite "étendue" ou en cas simples et traités selon une procédure dite « accélérée ». Les cas complexes sont considérés par les différents cantons et la durée de la procédure ne devra pas être supérieure à un an. Les cas simples sont traités dans les centres fédéraux en 100 jours ouvrables (140 jours maximum pour les cas Dublin). Depuis 2012, les demandes d'asile ont paradoxalement tendance à se stabiliser du fait de l'introduction de ces procédures plus rapides telles que la procédure en 48h (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Kosovo, Macédoine, Serbie) et la procédure fast-track (Algérie, Guinée, Maroc, Nigéria, République de Gambie, Sénégal, Tunisie) permettant de faire baisser le nombre de demandes déposées par des personnes n'ayant pas besoin d'être protégées en Suisse (SEM, 2017). Selon TDF (2011) :

La durée de la procédure est un facteur très pesant pour les requérantes d'asile. Le fait de vivre dans l'incertitude durant des années et dans des conditions de vie difficiles entraîne chez de très nombreuses femmes – tout comme chez les hommes – de graves problèmes psychiques et sociaux, qui débouchent à leur tour sur des problèmes de santé (p. 10).

Selon OSAR (2014), des obstacles sociaux du pays d'origine peuvent limiter l'authenticité de l'état du vécu dans le pays d'origine des migrants et rendre

problématique l'audition qui peut devenir intimidante et non adéquate. La réponse positive ou négative s'en verra alors également impactée si la femme migrante ne fait pas état des réelles conditions de vie dans son pays d'origine. Les femmes et leurs enfants sont souvent maltraités par les forces de sécurité pour obtenir des renseignements sur un membre de leur famille. Les motivations politiques et religieuses rentrent également en jeu alors qu'elles sont persécutées parce qu'elles transgressent un rôle qui leur est attribué dans leur pays d'origine. Le non-respect des femmes à l'égard des règles de comportements spécifiques à leur genre, est interprété comme une opinion religieuse déviante. Néanmoins, leur oppression peut également avoir une motivation politique, car elle maintient des rapports de pouvoir entre les sexes et ainsi, de tout un système.

Selon Cadart (2004), la migration des femmes est un fait essentiellement familial car elles migrent pour suivre ou retrouver leur mari afin d'avoir une «vie normale», alors que le projet des hommes est avant tout d'ordre économique. En effet, l'immigration disloque les liens de parenté, car les femmes se retrouvent, pour la première fois, coupées du groupe familial, de leurs repères, sans y avoir été préalablement préparées. S'ajoute alors une difficulté pour la femme migrante enceinte qui va devoir devenir mère et assumer, seule, son nouveau rôle, une responsabilité individuelle qu'elle n'a jamais eue. Du fait de la migration, l'établissement et l'exercice de la fonction parentale peuvent être impactés par absence du groupe culturel et de la symbiose nécessaire pour y parvenir. L'existence du groupe culturel leur apprend à devenir parents et les prépare très tôt, mais la migration introduit du doute et des remises en question aussi bien implicites qu'explicites de l'exercice de la parentalité au quotidien.

1.3. Prise en soin infirmière communautaire des requérants d'asile en Suisse

Selon la Plateforme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers (2014), les requérants d'asile ont accès aux soins en Suisse par l'intermédiaire de l'assurance obligatoire à laquelle ils doivent souscrire en tant que « personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse » (art. 3, al. 1^{er} LAMal et art. 1^{er} OAMal + art. 82a, al. 1^{er} LAsi). Ils peuvent donc prétendre à des réductions de primes (art. 65, al. 1^{er} de la LAMal) s'ils sont « de condition économique modeste ». Ils sont pris en charge et peuvent bénéficier de l'aide sociale au niveau de leur canton, comme

le prévoient les articles 80 et 81 de LAsi. Les cantons sont ainsi chargés de financer les dépenses de ces personnes relatives à l'hébergement, l'encadrement, l'assurance-maladie obligatoire et les frais médicaux. L'article 82, alinéa 3 de la LAsi prévoit également expressément que l'aide sociale accordée aux personnes sans autorisation de séjour devra être inférieure à celle accordée aux résidents suisses. Depuis 2008, les demandeurs d'asile déboutés, c'est-à-dire les personnes frappées d'une décision de renvoi et tenues de quitter la Suisse, sont également exclues du bénéfice de l'aide sociale et ne peuvent dès lors prétendre qu'au droit à « l'aide d'urgence » tiré de l'article 12 de la Constitution Suisse.

Selon les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) (2012), à Genève, les requérants d'asile bénéficient de soins communautaires et de premier recours grâce au Réseau de Santé pour tous qui regroupe plusieurs structures HUG et qui est soutenu financièrement par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) est l'une des structures qui accueille les personnes en grande précarité, les migrants sans statut légal et les sans-papiers pour des soins généraux et de premier recours. Le Programme santé migrant prend plutôt en soins les requérants d'asile, les non-entrés en matière (NEM) et les déboutés. Il travaille en collaboration avec l'Hospice général qui s'occupe du financement des soins via la mise en place de l'assurance maladie. Toutefois, si un requérant d'asile n'est pas affilié à l'assurance maladie obligatoire, il peut aller au CAMSCO pour bénéficier de soins infirmiers et faire évaluer son état de santé. Puis, il y a des consultations plus spécifiques pour les enfants migrants, assurées par l'Hôpital des enfants de Genève, et des consultations psychiatriques proposées par le Centre ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique intégré (CAPPI) de la Servette. Selon l'Université de Genève (Unige) (2015), un migrant, âgé entre 12 et 25 ans, peut se rendre à l'Unité et consultation santé jeunes concernant la santé psychique ou physique pour consulter un pédiatre ou un médecin.

Si une femme enceinte requérante d'asile est affiliée à l'assurance maladie obligatoire, elle aura droit au suivi de grossesse comme tout autre citoyen suisse. Celles ne possédant pas d'assurance maladie, peuvent aller consulter au CAMSCO où elles seront accueillies par des infirmiers ou à la Maternité des HUG où elles seront prises en soin par une équipe pluridisciplinaire, ou encore l'Unité sexuelle et planning familial (Unige, 2015). En plus du réseau de soins communautaires, une femme enceinte migrante peut se rendre dans différentes associations genevoises comme

l'Association arcade sage-femmes, Appartenances-Genève ou encore Enceinte à Genève qui sont gérées par des sage-femmes et des psychologues.

1.4. Difficultés rencontrées dans la prise en soin infirmière transculturelle

Dans la prise en soin d'un patient d'une autre origine, plusieurs barrières vont s'ajouter à celles de la rencontre d'un patient autochtone. Notamment : barrière de la langue, représentations de la maladie et des soins, religions, rituels culturels ou religieux, culture dans les soins, etc. Ceci va complexifier la prise en soin et demander des compétences culturelles à l'infirmière et une adaptation de cette dernière, d'autant plus dans la périnatalité qui est une période où les traits culturels sont plus prononcés.

Dans cette prise en soin, il y a un risque d'inégalités dû à la barrière de la langue et de la culture (Balaam et al., 2013 ; Merry, Gagnon, Kalim & Bouris, 2011 ; Moreira Almeida, Caldas, Ayres-de-Campos, Salcedo-Barrientos & Dias, 2013). Comme énoncé dans les études de Balaam et al. (2013) et Moreira Almeida et al. (2013), cela serait notamment dû à un manque de communication de la part des professionnels de santé. Selon les études de Merry et al. (2011) et Moreira Almeida et al. (2013), ceci conduit à un manque de transmissions ou un retard des informations nécessaires notamment pour les auto-soins et les soins d'urgence des femmes enceintes requérantes d'asile et de leur enfant.

Il s'avère important de prendre en compte la réalité de ces femmes enceintes requérantes d'asiles et leurs normes culturelles afin d'optimiser leur prise en soins mais aussi leur permettre d'être informées, rassurées et de trouver des personnes vers qui se tourner (Balaam et al. 2013 ; Merry et al. 2011 ; Moreira Almeida et al. 2013).

1.5. Vulnérabilité des femmes requérantes d'asile

De nos jours, selon l'OMS (2009) :

[...] des interactions entre les déterminants biologiques et sociaux de la santé des femmes [sont mis en évidence]. [...] [D]es inégalités entre les sexes exposent davantage les femmes et les rendent plus vulnérables aux facteurs de risque, limitent leur accès aux soins et aux informations sanitaires et ont un impact sur leur santé (p. 1).

Une femme est donc, de par son genre, plus vulnérable et incertaine au cours de sa vie que ne pourrait l'être un homme.

La migration a des répercussions sur la santé des femmes enceintes requérantes d'asile et des dispositions sont déjà en place pour leur accès aux soins. Cependant, l'attente des procédures pour accéder au statut de réfugié pourrait ajouter un stress supplémentaire. En effet, les femmes enceintes requérantes d'asile s'avèrent être davantage vulnérables de part leur statut social complexe et leur situation de santé. Selon les études de Merry et al. (2011) et Moreira Almeida et al. (2013), le genre, le statut légal, l'isolement, l'environnement, le contexte particulier et la qualité de vie dans le nouveau pays d'accueil des femmes enceintes migrantes les rendent plus vulnérables. De plus, selon Goguikian, Sharapova, Pereira Kraft, Grimard & Borel Radeff (2015), « De nombreuses femmes [présentent] un cumul de facteurs de risque psychosociaux depuis le début de la grossesse, donnant lieu à des manifestations de stress et d'anxiété, souvent associées à une humeur dépressive. » (p. 9). De ce fait, d'après TDF Suisse (2014) :

Les requérantes d'asile ont souvent derrière elles des histoires difficiles survenues pendant leur parcours de fuite et ont bien souvent subi des actes de violence. C'est pourquoi un accès à des soins psychologiques et médicaux adéquats est indispensable pour elles, lequel peut être garanti par des consultations médicales et psychologiques régulières dans le centre [de transit cantonal en Suisse] (p. 20).

Selon UNHCR (2010), il est important de préciser que les femmes requérantes d'asile ne quittent pas forcément leur pays parce qu'elles ont été victimes de violence. Souvent, elles ne savent pas qu'elles en seront très certainement victimes lors de leur parcours migratoire, tant ces violences sont tuées par honte et souillure par les femmes les ayant déjà vécues. Les femmes violentées demeurent inaccessibles car elles sont sous la domination et le pouvoir des hommes qui prennent toujours eux-mêmes la parole sur les malheurs survenus lors du parcours, lorsqu'ils sont interrogés par les médias ou les ONG. Les phénomènes de violence rapportés ont tous eu lieu sur la route, la plupart étant des violences sexuelles. Plus le voyage est long pour ces femmes, plus le risque de harcèlement sexuel et de viol est élevé. En dehors des violences physiques, des violences d'ordre psychologique dues aux mauvaises conditions de voyages sont systématiquement subies aussi bien par les hommes que par les femmes : extrême fatigue, faim, soif. Le voyage est donc une succession d'épreuves qui amènent à des violences psychiques et traumatiques. Néanmoins, la problématique est d'autant plus importante du fait que les violences subies par les femmes leur sont imposées à cause de leur genre. Elles peuvent être épargnées lorsqu'elles sont enceintes, accompagnées par un homme, avec des enfants ou accompagnées de leur mari mais cela n'est pas systématique.

Selon l'UNHCR (2010) :

L'incertitude, la peur, le viol ou la menace du viol, l'angoisse liée au refoulement ou à l'expulsion, les aléas du trajet, la violence des passeurs, la précarité matérielle et financière, la soif, la faim, la maladie ou les blessures (mal soignées ou non soignées) etc., sont autant de situations concrètes qui le plus souvent se combinent et produisent des phénomènes bien connus des psychiatres et des psychologues comme le refoulement ou la confusion des souvenirs (p. 24).

L'UNHCR (2010) souligne les nombreuses conséquences psychiques de ces situations. A cela s'ajoute la confiance en la personne habilitée à accueillir les récits, la peur du jugement dans l'écoute de ce récit traumatique et des répercussions. Les principaux troubles les plus graves diagnostiqués par les médecins sont : angoisse persistante, trouble du comportement, cauchemars à répétition, perte de l'élan de vie, phobie sociale, état dépressif, honte et culpabilité permanentes, suicide, idées suicidaires, aphasie, décès post-blessures dues au viol, perte de l'estime de soi. Pour les femmes, cela s'accompagne de lésions physiques et de conséquences gynécologiques : grossesse forcée, accouchement, avortement, déchirure vaginale, mutilations génitales, etc.

La prise en soin infirmière périnatale de ces femmes sera donc d'autant plus délicate en considérant tous les phénomènes cités précédemment. La situation de vie de la femme enceinte requérante d'asile est complexe de par son passé et incertaine de par son futur. Il s'agit de prendre en soin de façon globale cette femme en tenant compte de tous les aspects socio-culturels.

1.6. Prise en soin infirmière périnatale

De par la complexité de la prise en soin des femmes enceintes, « [l]a périnatalité implique les compétences et la qualité de chaque discipline, [ainsi que] la collaboration intra et extrahospitalière de nombreux professionnels de cultures différentes dans le domaine médical somatique, psychiatrique et social. » (Putteman et Servotte, 2015, p. 51). Elle inclut différents professionnels de la santé, notamment : sage-femmes, gynécologues, pédiatres et infirmiers. En effet, de par les différentes phases par lesquelles passent une femme enceinte, elle nécessite une prise en soin multidisciplinaire. La grossesse est une période stressante chargée de doutes et de questionnements dans laquelle chaque femme vit une transition de vie.

D'ailleurs, selon De Fátima Vieira Martins (2012) :

La périnatalité est un moment où les expressions du soin et les modes de vie dominants de la culture se manifestent le plus fortement. Dans cette perspective, les soins pendant la grossesse s'inscrivent dans un cadre culturel transmis de génération en génération. Cependant, les coutumes, les croyances et les rituels qui entourent la grossesse diffèrent d'une région à l'autre (p. 61).

Cette période de grossesse et d'incertitude pour les femmes est d'autant plus amplifiée lorsqu'elles sont requérantes d'asile. Elles requièrent une attention toute particulière dans leur adaptation à l'incertitude face à l'avenir de par leur statut légal et leur trajectoire migratoire nécessitant ainsi une prise en soin infirmière avec un accompagnement psychologique et transculturel.

1.7. Incertitude

L'incertitude est définie comme l'impossibilité pour une personne de connaître ou de prévoir un fait ou un événement la concernant ; il en résulte un sentiment de précarité (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012). Elle est décrite par Lazure (1998) comme « Un état d'âme inhérent à toute vie humaine, un état cognitif ayant des conséquences sur la santé, un contexte pour une transition, un processus de croissance, [...] » (p. 24). Selon Lazure (1998), l'incertitude est définie par Lazarus et Folkman en 1984 comme « [un] état de confusion vécue par la personne quant à la signification à donner au contexte. [...] l'incertitude réfère à la perception que la personne entretient de la situation. » (p. 24). Plus tard, l'incertitude prend une autre dimension : c'est « [...] un processus de changement imprévisible » (Cohen, 1993, cité par Lazure, 1998, p. 27). Dans les soins, ce processus de changement inclut la santé. Connaître l'influence que l'incertitude peut avoir sur la qualité de vie est donc important pour permettre aux infirmières de développer leurs compétences à travailler avec les différents réseaux communautaires, l'entourage des patients et les autres professionnels de santé (Meleis, 1992, cité par Lazure, 1998).

De plus, l'incertitude est socialement partagée et biographiquement unique. Des recherches transculturelles auprès des différentes communautés seraient nécessaires pour faire naître des théories sur les diverses facettes de l'incertitude et ainsi permettre de définir un soin adapté à la culture de chacun et répondre à l'engagement social infirmier (Cohen, 1993 ; Greene, 1994 ; Leininger, 1991 ; Méleis, 1992 cité par Lazure, 1998).

Tout au long de sa vie, la femme vit des périodes d'incertitude notamment lors d'une grossesse. Nul ne sait quel parcours elle devra effectuer pour arriver à la naissance de son enfant, lui-même une nouvelle source d'incertitude (sa santé, son visage, son intelligence, etc.). Ce terme d'incertitude convient également à la situation des femmes requérantes d'asile qui, de par leur statut légal sont vulnérables et plus prédisposées à la précarité. Ainsi, une femme enceinte requérante d'asile cumule deux périodes d'incertitude qui s'entremêlent, à savoir sa grossesse et son statut instable qui ne lui permettent pas de se projeter dans un avenir serein. Ceci justifie un accompagnement infirmier pointu et spécifique.

2. MODÈLE THÉORIQUE

2.1. Ancrage disciplinaire

En Science infirmière, des théories permettent d'orienter la prise en soin et de guider la pratique. La théorie de l'incertitude ou *Uncertainty in illness Theory* développée par Merle H. Mishel en 1988 vient appuyer la problématique concernant l'incertitude à propos de l'avenir des femmes enceintes requérantes d'asile. Selon Lazure (1998), différents auteurs ont décrit l'incertitude en Science infirmière. Lazarus et Folkman (1984), cités plus haut, ont notamment inspiré Mishel en 1984 pour sa théorie de l'incertitude, par leur cadre théorique.

Parmi les paradigmes utilisés en Science infirmière, celui qui peut être associé à la théorie de l'incertitude est l'intégration. Il reconnaît les éléments multiples et les manifestations d'un phénomène en lien avec leur environnement (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

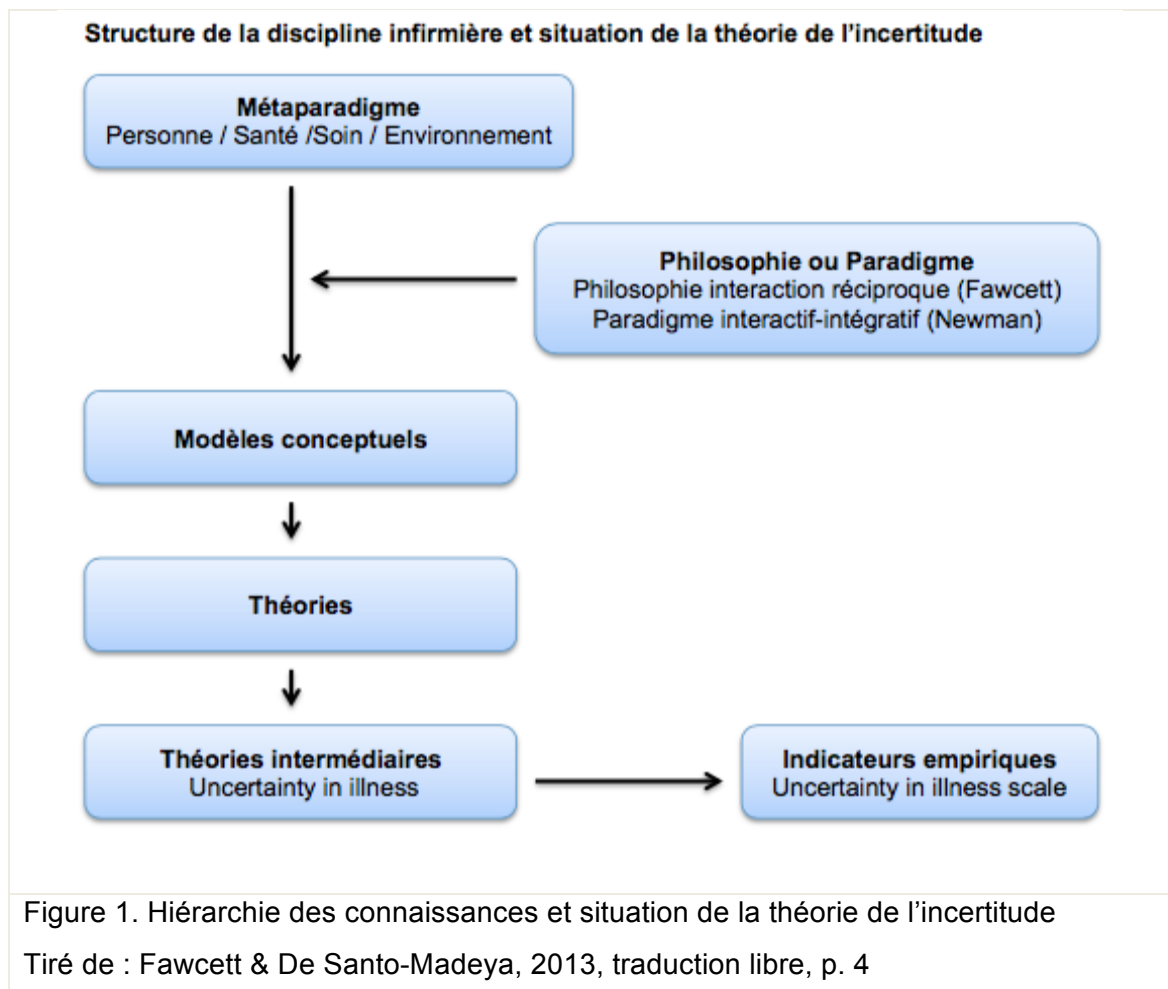
Selon les conceptions qui découlent du paradigme de l'intégration, l'incertitude constitue un état cognitif et perceptuel provoqué par un ou des événements antérieurs. La personne peut influencer les facteurs prépondérants à son bien-être par diverses stratégies (Mishel, 1988a ; Mishel et Braden, 1988b, cités par Lazure, 1998, p. 25).

2.1.1. Hiérarchie des connaissances et école de pensée

Au vue de la compréhension des définitions des différentes écoles de pensées, l'école des effets souhaités paraît la plus adaptée pour appuyer cette théorie (Meleis, 2007). D'après cette école, la personne est un système en quête d'adaptation ou d'équilibre. Les soins infirmiers sont là pour aider les personnes à atteindre cet équilibre ou s'adapter dans le contexte de la prise en soin, grâce aux connaissances, à l'investissement relationnel et à une posture de non-jugement. La personne s'adapte aux changements grâce à des mécanismes d'adaptation innés ou acquis dépendants de la capacité d'adaptation de la personne ainsi que des influences environnementales (Pepin et al., 2010).

Il s'agit d'une théorie intermédiaire (middle-range theory). Elle se situe entre les grandes théories et les indicateurs empiriques selon la hiérarchie des connaissances de Fawcett (2013) et fait le lien entre ceux-ci, comme le présente la Figure 1 ci-après. Elle est donc spécifique et précise par rapport à une situation de santé, une population cible ou d'autres phénomènes. Il s'agit de la théorie la plus concrète permettant de

répondre aux questions de la pratique infirmière et d'enrichir la pratique clinique (Alligood, 2014, traduction libre, p. 564).



2.1.2. Métaconcepts

Cette théorie a pour concept central l'incertitude dans la maladie. Elle ne définit pas les quatre métaconcepts de la discipline infirmière : l'être humain, l'environnement, la santé et le soin. Cependant, ils apparaissent dans la description de la théorie.

2.1.2.1. La personne

Selon Alligood (2014), l'être humain est défini comme un système ouvert échangeant des énergies avec son environnement (traduction libre, p. 563). La femme enceinte requérante d'asile va devoir échanger des énergies différentes de par l'environnement, lui-même différent. D'une part, par son contexte de grossesse et d'autre part, par le contexte socio-culturel. Il est important de relever que Mishel prend également en compte la subjectivité de chacun en tant que personne différente et

unique. Une femme requérante d'asile sera différente d'une autre femme requérante d'asile ; sa culture va nuancer sa prise en soin globale comparée à celle d'une personne autochtone.

2.1.2.2. Le soin

Selon Alligood (2014), le soin peut être considéré comme l'accompagnement, la relation entre le patient, et le soignant aidant le patient à reconnaître l'incertitude et à mettre en place une éducation thérapeutique qui permet d'utiliser cette incertitude pour gérer différents événements (traduction libre, p. 563). Lors de sa rencontre avec une femme enceinte requérante d'asile, l'infirmière va devoir créer une alliance thérapeutique permettant à la patiente d'intégrer l'incertitude à sa situation de santé et de vie. L'infirmière va accompagner la femme enceinte requérante d'asile dans l'adaptation à son incertitude face à l'avenir en l'aidant à mobiliser ses propres ressources pour y parvenir. Les événements considérés dans son cas sont la grossesse et son statut de requérante d'asile.

2.1.2.3. La santé

Selon Alligood (2014) :

Lors de problèmes de santé, par exemple, [le patient] ne cherche pas à retrouver un état stable mais plutôt à trouver un sens, une signification à sa vie en intégrant l'incertitude comme faisant partie de la vie. Finalement, la santé peut être perçue comme une adaptation réussie face à l'incertitude permettant de l'intégrer dans sa vie (traduction libre, p. 563).

La femme enceinte requérante d'asile va devoir intégrer l'incertitude comme faisant partie de sa vie malgré les situations incertaines qu'elle peut vivre. Si l'on admet de considérer la période de grossesse comme un événement de santé aigu, la femme enceinte requérante d'asile va devoir s'adapter à celle-ci et au contexte socio-culturel qui lui est imposé par son statut de requérante d'asile. Elle ne devra pas seulement s'y adapter mais également y trouver un sens pour l'intégrer à sa vie. L'adaptation réussie de l'incertitude face à l'avenir de la femme enceinte requérante d'asile sera l'intégration du contexte à sa situation de santé et de vie actuelle.

2.1.2.4. L'environnement

Selon Alligood (2014) :

Cette incertitude peut être vue comme une opportunité (positif) si l'être humain est prêt à accepter et à compter sur ses ressources. Celles-ci pouvant être considérées comme l'environnement entourant la personne qui, elle, est au

centre. Elles aident ainsi la personne à s'adapter face à l'incertitude (traduction libre, p. 563).

L'environnement de la femme enceinte requérante d'asile est modifié par sa grossesse vécue loin de ses repères socio-culturels de son pays d'origine. Ses ressources se retrouvent alors diminuées, ce qui lui demande une énergie supplémentaire pour en trouver de nouvelles et/ou réadapter les anciennes à son nouvel environnement. Du moment où elle sera prête à accepter et à compter sur ses nouvelles ressources, elle pourra intégrer l'incertitude à sa situation de vie et l'aborder comme une opportunité.

2.1.3. Assomptions

Cette théorie découle d'assomptions démontrant comment l'incertitude est conceptualisée dans le traitement psychologique de l'information. Selon Mishel (1988a, 1990a) :

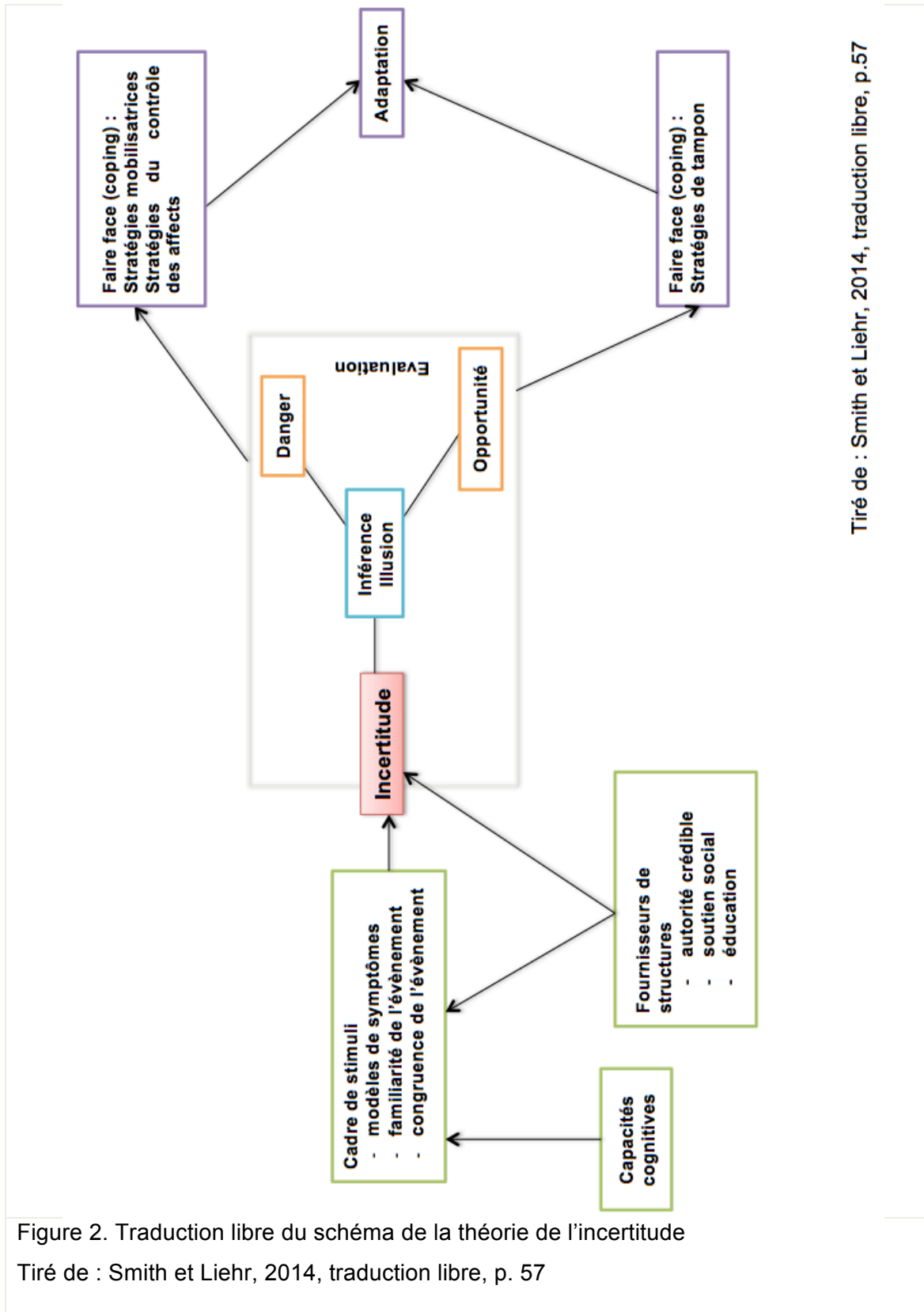
L'incertitude est définie comme un état cognitif où la personne est incapable de donner une signification et une valeur aux événements et objets entourant la maladie, quand ceux-ci sont ambigus, hautement complexes, que l'information reçue est insuffisante et que les résultats ne peuvent être prédits (cité par Lazure, 1998, p. 25).

L'adaptation représente la continuité du comportement habituel de l'individu et le résultat attendu des stratégies de coping pour réduire l'incertitude évaluée comme un danger ou pour maintenir l'incertitude évaluée comme une opportunité. Les relations entre les événements de santé, l'incertitude, l'évaluation, le coping et l'adaptation sont linéaires et unidirectionnels, en passant de situations favorisant l'incertitude à l'adaptation (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 560). Les femmes enceintes requérantes d'asile soucieuses de leur avenir vont développer une incertitude qui va impacter directement ou indirectement leur prise en soin périnatale suite aux différences culturelles et aux représentations.

2.2. Méthodologie de la pratique

Comme le précise le schéma de la théorie proposée par Mishel (1988), trois étapes définissent le processus de l'incertitude : les antécédents de l'incertitude, l'apparition de l'incertitude et le coping. Si ce schéma ci-dessous, traduit librement de Smith et Leihl (2014), est transposé au cas des femmes enceintes requérantes d'asile,

il dessine leur parcours migratoire jusqu'au jour où elles vont consulter dans le pays d'accueil (Annexe B). Les antécédents de l'incertitude comportent leur vécu dans leur pays d'origine, en tenant compte de leur singularité et de leur histoire de vie.



Tiré de : Smith et Liehr, 2014, traduction libre, p.57

Figure 2. Traduction libre du schéma de la théorie de l'incertitude

Tiré de : Smith et Liehr, 2014, traduction libre, p. 57

La base de l'incertitude est définie par le schéma cognitif, soit l'interprétation subjective de la maladie, des traitements et de l'hospitalisation (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Ainsi, chaque personne aura des capacités cognitives différentes orientant et colorant leur incertitude. Ce schéma expose un cadre de stimuli comprenant les modèles de symptômes, la familiarité des événements et leur congruence, ainsi que les capacités cognitives et les fournisseurs de structures (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557).

Les capacités cognitives sont les habiletés de traitement de l'information d'une personne, reflétant les capacités innées et les contraintes de la situation (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Les contraintes qu'imposent le statut légal des femmes enceintes requérantes d'asile peut diminuer leurs capacités innées à traiter l'information et impacter leur adaptation à l'incertitude.

Les modèles de symptômes sont le degré avec lequel les symptômes se produisent avec suffisamment de cohérence pour être perçus comme ayant un motif ou une configuration (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Quant à la familiarité des événements et à leur congruence, il s'agit du degré avec lequel la situation est habituelle ou répétitive, ou contient des indices cohérents entre l'attendu et l'expérimenté dans les événements liés à la maladie (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). La situation de migration étant nouvelle pour les femmes requérantes d'asile, la familiarité des événements est inconnue. Au contraire, une femme enceinte requérante d'asile peut déjà avoir vécu une grossesse auparavant, ce qui va lui permettre de mobiliser des stratégies déjà expérimentées de par la congruence des événements.

Les fournisseurs de structure sont les ressources valables pour aider la personne à interpréter les cadres de stimuli. C'est l'autorité crédible qui est le degré de confiance qu'a une personne en ses fournisseurs de soin, et les soutiens sociaux qui influencent l'incertitude en aidant l'individu à interpréter le sens des événements (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Selon les soins reçus lors de leur arrivée en Suisse et le soutien apporté lors de l'audition au CEP, la situation d'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile sera interprétée de manière différente.

Les antécédents de l'incertitude amènent à l'incertitude elle-même (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Pour les femmes

enceintes requérantes d'asile, il s'agit donc bien d'un cas d'incertitude dans un cadre de maladie aiguë si l'on accepte de définir la grossesse comme un événement de santé aigu, bien qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie en tant que telle. Cette incertitude conduit ensuite à l'inférence qui consiste en l'évaluation de l'incertitude grâce à des expériences de situations vécues positivement ou négativement, ainsi qu'à l'illusion qui se réfère aux croyances construites par l'incertitude (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557).

Ensuite, deux portes s'offrent à elles selon l'appréciation qu'elles font de la situation. D'une part, l'analyse de l'incertitude comme un danger avec une pensée probabiliste et avec la croyance en un monde conditionné dans lequel l'attente d'une certitude et d'une prédictibilité est abandonnée. Des stratégies du contrôle des affects vont devoir alors être mobilisées. D'autre part, l'évaluation de l'incertitude en tant qu'opportunité est acceptée comme un rythme de vie naturel, une nouvelle vision de la vie par l'intégration d'une incertitude continue dans sa propre structure (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557-558). Les femmes enceintes requérantes d'asile vont devoir s'armer de stratégies de coping pour tamponner les désillusions. Toutefois, selon sa construction cognitive, chacune trouvera les ressources nécessaires pour pallier à sa propre incertitude.

Enfin, l'adaptation reflète le comportement biopsychosocial qui se produit au niveau du rang du comportement individuel habituel (Mishel, 1988, p. 226 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 557). Ceci, transposé aux femmes enceintes requérantes d'asile, peut toucher le processus d'acculturation. Ainsi, l'intérêt que les infirmiers-ères peuvent apporter aux femmes enceintes requérantes d'asile leur permettra de s'adapter au mieux face à l'incertitude qu'elles vivent.

De nombreuses études ont rapporté l'impact négatif de l'incertitude sur la psychologie, caractérisé par l'anxiété, la dépression, le désespoir, la détresse psychologique, la qualité de vie, la satisfaction dans les relations familiales, la satisfaction des services de soins, et le maintien d'activité pour les proches aidants de la famille (Alligood, 2014, traduction libre, p. 558). Ceci conforte l'idée que l'incertitude de l'avenir des femmes enceintes requérantes d'asile est un facteur de risque non négligeable pour des pathologies maternelles, materno-foetales, périnatales, etc. Il est donc primordial d'accompagner ces femmes dans le processus d'adaptation le plus tôt possible pour limiter au mieux les répercussions sur leur santé et celle de leur bébé.

2.3. Question de recherche

Au vue de l'étayage précédent de la problématique touchant les femmes enceintes requérantes d'asile, et de l'exposé de l'ancrage théorique de l'incertitude de Mishel, la question de recherche cible la dernière partie du schéma de la théorie de l'incertitude, à savoir l'adaptation (Annexe B). Il s'agit d'axer la question de recherche sur l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile face à leur avenir. Ainsi, la question de recherche est la suivante :

Quel accompagnement infirmier favorise l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir ?

3. MÉTHODE

3.1. Sources d'informations et stratégies de recherche documentaire

Pour répondre à la question de recherche avancée ci-dessus, il est nécessaire d'adopter une méthodologie de recherche. Elle consiste à définir, dans un premier temps, les concepts-clés relevant de la question de recherche pour la réalisation d'un PICOT. Le P représente la population cible énoncée dans la question de recherche. Le I concerne l'intervention mise en place pour cette population. Le C est le contexte dans lequel la question de recherche prend place. Le O est l'outcome, c'est-à-dire le résultat visé par la question de recherche et le T représente la temporalité.

D'après la question de recherche mentionnée ici, les femmes requérantes d'asile sont la population cible, avec comme contexte la grossesse. En effet, si l'on inclut la grossesse dans la population cible, cela ajoute un biais de recherche et complexifie les résultats en ajoutant une deuxième dimension. La grossesse est de ce fait insérée dans le contexte et non pas dans la population cible. L'accompagnement infirmier est l'intervention réalisée auprès de ces femmes requérantes d'asile pendant leur période de grossesse. La question de recherche porte sur leur adaptation à l'incertitude face à l'avenir.

D'après cela, les mots-clés choisis pour la réalisation du PICOT sont les suivants :

P opulation cible	Femmes requérantes d'asile
I ntervention	Accompagnement infirmier
C ontexte	Grossesse
O utcome	Adaptation à l'incertitude
T emporalité	Avenir

Dans un deuxième temps, des synonymes des concepts-clés avancés dans le PICOT ont été choisis pour permettre d'élargir les recherches et d'avoir plus de résultats. Etant donné que les bases de données de recherches documentaires sont essentiellement en anglais, ces synonymes ont été traduits en anglais.

Les bases de données utilisées sont : PUBmed, CINHAl et PsycINFO. PUBmed est une base de données de sciences biomédicales, qui a permis de trouver des articles plus généraux touchant à la fois la médecine, la santé mais aussi la Science infirmière. CINHAl est, quant à elle, une base de données centrée sur la

Science infirmière et les sciences paramédicales, ce qui a permis de cibler la recherche sur l'intervention infirmière en elle-même. PsycINFO couvre les champs de la psychologie, de la Science infirmière, de la médecine et de la sociologie, ce qui a permis d'étendre les recherches et de trouver des articles qualitatifs. La base de données sage-femme Ovid reliée à PsycINFO, a été pertinente pour la recherche sur ce sujet et est transposable aux professionnels infirmiers.

De plus, chaque base de données possède un thesaurus, c'est-à-dire des mots-clés qui lui sont propres pour la recherche documentaire. C'est pour cela que le Tableau 1 ci-dessous, présente les termes du PICOT français avec les synonymes traduits en anglais, puis ces termes ont été recherchés dans les thesaurus des bases de données utilisées : mesh terms pour PUBmed, thesaurus de CINHAL/mesh headings et thesaurus de PsycINFO. Pour chaque base de données, ce sont les mots-clés correspondants aux thesaurus qui ont été utilisés dans les équations de recherche. De ce fait, les équations de recherche diffèrent d'une base à l'autre au dépend des mots-clés présents ou non dans le thesaurus correspondant.

Tableau 1. PICOT et termes recherchés dans les bases de données

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Mesh terms - PUBmed	CINHAL/ Mesh headings	Thesaurus PsycINFO
P femmes requérantes d'asile	femmes réfugiées femmes requérantes d'asile femmes dans la procédure d'asile femmes immigrantes	refugee women women asylum seekers migrant women women in asylum procedure immigrant women	migrant OR transients OR asylum seekers OR refugee OR immigrant AND women OR female	women AND refugees OR transients and migrants OR immigrants	human females AND human migration OR refugees OR asylum seeking OR immigration

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Mesh terms - PUBmed	CINHAL/ Mesh headings	Thesaurus PsycINFO
I accompagnement infirmier	soins infirmiers accompagnement infirmier pratique infirmière soins de santé communautaires soins de santé primaires	nursing care nursing practice nursing accompanie- ment nursing support health care primary health care community health care	nurse OR nurse's role OR nursing care OR community health nursing OR nursing, advanced practice	nursing care OR nurse OR practical nursing OR nurse attitudes OR community health nursing OR advanced practical nursing OR nursing role OR coping strategies	nursing OR caring behavior OR nurses OR health care delivery OR primary health care OR community health
C grossesse	grossesse périnatalité prénatalité gravidique	pregnancy prenatality perinatality perinatology gestation period gravidity	pregnancies OR gestation OR perinatology OR gravidities	pregnancy OR perinatology	pregnancy OR perinatal period
O adaptation à l'incertitude	adaptation incertitude flexibilité imprédictibilité accommodation	adaptation to the uncertainty flexibility in dealing with uncertainty adjustment accommodation lack of confidence ambiguity unpredictability	uncertainty OR adaptation, psychological OR emotional adjustment OR social adjustment OR psychological adjustment OR adjustment OR Psychosocial Rehabilitation OR coping behavior OR adaptative behavior OR habilitation	uncertainty OR Mishel uncertainty in illness theory OR identity crisis OR adaptation, psychological OR attitude to illness OR social adjustment OR coping	coping behavior OR social adjustment OR adjustment OR adaptation OR resilience OR coping OR adaptative behavior OR accommodation OR habilitation

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Mesh terms - PUBmed	CINHAL/ Mesh headings	Thesaurus PsycINFO
T L'avenir	futur perspectives expectations	future OR forward OR expectation	predictions and projections OR future OR forecasting	forecasting	future OR expectations OR prediction OR projection

D'après ce tableau des termes-clés, des équations de recherches ont été établies en combinant différents concepts du PICOT, et ceci pour chaque base de données comme le synthétise le Tableau 2, ci-après. Ces équations permettent la recherche d'articles dans les bases de données, effectuée les 7 et 8 février 2018. Pour ces recherches, il est nécessaire de définir des critères d'éligibilité ou d'inclusion, quelque soit la base de donnée, permettant de restreindre, déjà au départ, les recherches. L'utilisation des mesh terms et du thesaurus est inévitable pour réaliser des recherches pertinentes dans les bases de données au plus proche de notre question de recherche. Les articles datant de 5 ans ou moins sont préférés aux plus anciens, afin d'établir une revue de littérature au plus proche de la réalité de la migration d'aujourd'hui. Étant une problématique actuelle, la littérature est riche d'articles traitant ce sujet. Les langues retenues sont des langues compréhensibles par les deux étudiantes. La plupart des articles étant publiés en anglais, il était important de ne pas les exclure. Enfin, l'accès en « full text » est primordial afin de pouvoir étudier les articles. Les critères d'inclusion choisis sont donc les suivants :

- Utilisation des **Mesh terms / thesaurus** selon la base de donnée utilisée
- Articles **≤ 5 ans**
- Articles en **français ou en anglais**
- Articles accessibles en **full text**

Lors de cette recherche, les mêmes combinaisons donnant lieu à des équations ont été utilisées pour chaque base de données (Annexe C). La population cible des femmes requérantes d'asile a toujours fait partie des équations de recherche. La première équation faite se compose de tous les concepts du PICOT qui répond donc idéalement à notre question de recherche complète, pour laquelle 45 articles ont été trouvés sur la base de données PsycINFO. Puis, pour les autres équations, des

concepts ont été retirés pour élargir les recherches et obtenir plus de résultats. Une équation a donc été effectuée sans tenir compte du concept de l'avenir, considérant donc l'accompagnement infirmier dans l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile : 81 articles sur PsycINFO, 34 articles sur PUBmed. Une autre équation se base sur les soins aux femmes requérantes d'asile dans le contexte de grossesse : 1066 articles sur Pubmed, 5 articles sur CINHAl, 184 articles sur PsycINFO ; ainsi qu'une centrée sur l'adaptation de ces dernières dans le même contexte : 977 articles sur PUBmed, 3 articles sur CINHAl, 186 articles sur PsycINFO. Ensuite, une équation s'intéresse à tous les concepts sauf celui de la grossesse, pour rendre compte de la prise en soin déjà existante des femmes requérantes d'asile sans qu'elles soient forcément enceintes : 2 articles sur PUBmed et 397 articles sur PsycINFO. D'autres combinaisons moins spécifiques ont permis de trouver également des articles comme le présente le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Equations de recherches selon les bases de données

Bases de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de la recherche
PUBmed	((((((migrant) OR transients) OR Asylum Seeker) OR refugee) OR immigrant) AND women) OR female AND (((nurse) OR nurse's role) OR nursing care) OR community health nursing) OR nursing, advanced practice AND (((pregnancies) OR gestation) OR perinatology) OR gravidities AND (((((((uncertainty) OR adaptation, psychological) OR emotional adjustment) OR social adjustment) OR psychological adjustment) OR adjustment) OR psychological rehabilitation) OR coping behavior) OR adaptative behavior) OR habilitation	Full text; published in the last 5 years; English; MeSH Terms	34

Bases de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de la recherche
	((((((migrant) OR transients) OR Asylum Seeker) OR refugee) OR immigrant) AND women) OR female AND (((nurse) OR nurse's role) OR nursing care) OR community health nursing) OR nursing, advanced practice AND (((pregnancies) OR gestation) OR perinatology) OR gravidities		1066
	((((((migrant) OR transients) OR Asylum Seeker) OR refugee) OR immigrant) AND women) OR female AND (((nurse) OR nurse's role) OR nursing care) OR community health nursing) OR nursing, advanced practice AND (((((((uncertainty) OR adaptation, psychological) OR emotional adjustment) OR social adjustment) OR psychological adjustment) OR adjustment) OR psychological rehabilitation) OR coping behavior) OR adaptative behavior) OR habilitation AND (((predictions and projections)) OR future) OR forecasting		2
	((((((migrant) OR transients) OR Asylum Seeker) OR refugee) OR immigrant) AND women) OR female AND (((pregnancies) OR gestation) OR perinatology) OR gravidities AND (((((((uncertainty) OR adaptation, psychological) OR emotional adjustment) OR social adjustment) OR psychological adjustment) OR adjustment) OR psychological rehabilitation) OR coping behavior) OR adaptative behavior) OR habilitation		977

Bases de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de la recherche
CINHAL	women AND (refugees or asylum seekers) OR immigrants OR (transients and migrants) AND nursing care OR nurse OR practical nursing OR nurse attitudes OR community health nursing OR advanced practice nursing OR nursing role OR coping strategies AND pregnancy OR perinatology	Full text ; published date : 2013-2018 ; language: english and french	5
	women AND (refugees or asylum seekers) OR immigrants OR (transients and migrants) AND pregnancy OR perinatology AND mishel uncertainty in illness theory OR uncertainty OR identity crisis OR adaptation, psychological OR attitude to illness OR social adjustment OR coping	CINHAL/ Mesh headings	3
PsycINFO	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (nursing or caring behavior or nurses or health care delivery or primary health care) AND (pregnancy or perinatal period) AND (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation) AND (future or expectations or prediction or projection)	Full text ; (english or french) ; 2013 (current) - 2018 ; Thesaurus PsycINFO	45

Bases de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de la recherche
	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (nursing or caring behavior or nurses or health care delivery or primary health care) AND (pregnancy or perinatal period) AND (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation)		81
	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (nursing or caring behavior or nurses or health care delivery or primary health care) AND (pregnancy or perinatal period)		184
	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (nursing or caring behavior or nurses or health care delivery or primary health care) AND (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation) AND (future or expectations or prediction or projection)		397
	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (pregnancy or perinatal period) AND (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation)		186

Bases de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de la recherche
	((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration) AND (pregnancy or perinatal period) AND (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation) AND (future or expectations or prediction or projection)		105

3.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux, ci-dessous (Figure 3), détaille la démarche effectuée et les critères d'exclusion des articles pour arriver à un nombre restreint d'articles retenus pour l'analyse critique, soit 7 articles éligibles. Lors de la recherche documentaire, 3102 articles ont été identifiés dans les bases de données PubMed, CINAHL et PsycINFO grâce aux équations de recherche ou en dehors de celles-ci entre les 7 et 8 février 2018. En effet, grâce aux équations de recherche, 3085 articles ont été identifiés, les 18 autres ont pu être trouvés grâce à des suggestions faites par les bases de données n'incluant pas les filtres choisis.

Une première lecture des titres a permis d'exclure 2904 articles hors sujet par rapport à la problématique. De plus, 65 exclusions sont également attribuables à la suppression des doublons inter-bases de données. Ainsi, ces deux premiers critères d'exclusion ont permis de retenir 134 articles.

Du fait du trop grand nombre d'articles pour la lecture des résumés, une deuxième lecture du titre avec de nouveaux critères d'exclusion a pu déterminer l'élection de 84 articles pour la lecture du résumé. Les 10 articles dont la grossesse est mise en lien avec des maladies ont été exclus, ainsi que les 17 ne concernant que le postpartum ou la naissance. De plus, 23 articles ont été exclus pour d'autres raisons comme la thématique de la violence domestique ou la population féminine enceinte mais non migrante. A ce stade, 50 articles ont été exclus sur la base des critères d'exclusion précédents.

Ensuite, la lecture du résumé a permis d'exclure 49 articles : 17 articles n'étant pas en lien avec la grossesse, 16 articles concernant les migrants et pas seulement les femmes migrantes, 3 articles dont le système de soin des pays et la culture ne permettent pas de les transposer en Europe, 13 articles concernant d'autres raisons comme la méthodologie non exposée dans le résumé ou encore un échantillon peu représentatif ne permettant pas la généralisation des résultats à la population. Ainsi, 35 articles sont retenus sur la base de la lecture du résumé.

Ces 35 articles ont été lus de manière intégrale ce qui a fait naître de nouveaux critères d'exclusion. Notamment, 9 articles ont été exclus car la population étudiée n'était pas adaptée (seulement sur les réfugiés par exemple), 1 article exclu car il n'était pas centré sur l'accompagnement infirmier, 6 articles n'étaient finalement pas accessibles en full text, 1 article était trop spécifique en terme de contexte (programme adapté dans un seul hôpital en Australie), 1 article a été exclu en raison de sa qualité méthodologique peu précise et enfin, 10 articles n'ont pas été retenus pour d'autres raisons comme la non congruence avec l'attractivité du résumé.

En définitive, 7 articles sont donc éligibles pour la revue de littérature pour répondre à la question de recherche.

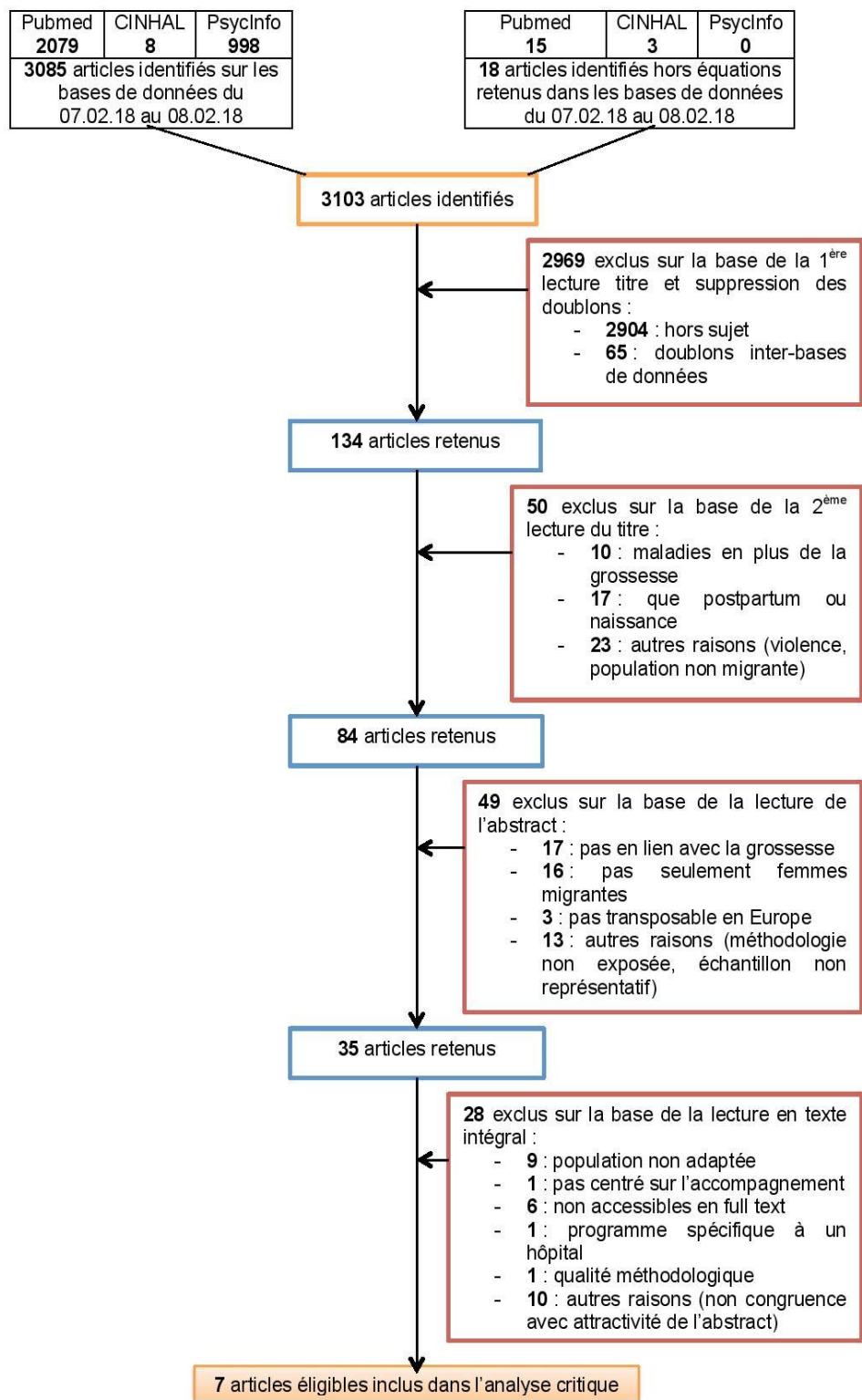


Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles
 Tiré de : Gedda, 2015 ; Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009, [traduction libre]

La méthodologie de recherche décrite ci-dessus a permis de retenir les sept articles suivants pour l'analyse critique :

- Benza, S. & Liamputtong, P. (2014). Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*, 30(6), 575-584.
- Berman, H., Mason, R., Hall, J., Rodger, S., Classen, C. C., Evans, M. K., ... Al-Zoubi, F. (2014). Laboring to mother in the context of past trauma: The transition to motherhood. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1-12.
- Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 303-310.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers, midwifery students' perspectives: part 1; dominant discourses and midwifery students. *Nurse Education Today*, 33(9), 1008-1013.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers: Midwifery students' perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse Education Today*, 33(8), 772-777.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers; midwifery students' perspectives: part 3; « the pregnant woman within the global context »; an inclusive model for midwifery education to address the needs of asylum seeking women in the UK. *Nurse Education Today*, 33(9), 1045-1050.
- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S. & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10(659), 1-11.

4. RÉSULTATS

Pour répondre à la question de recherche : « Quel accompagnement infirmier favorise l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir ? », il est nécessaire de synthétiser les résultats relevés à partir de la revue de littérature des sept articles avant de pouvoir les analyser. Les principaux résultats des différents articles sont présentés dans un tableau comparatif qui sert de base pour la synthèse des résultats et l'analyse critique qui suivra.

4.1. Synthèse des résultats

Les articles retenus sont récents puisque les dates de publication se trouvent entre 2013 et 2014, sauf un article de 2010 retenu par le fait qu'il s'inscrit dans le contexte suisse.

Les différents auteurs ont pour la plupart un doctorat et exercent une activité professionnelle dans une Université ou un Hôpital Universitaire.

Les sept articles choisis adoptent une approche qualitative qui est la plus adaptée pour répondre à la question de recherche mais qui reste une approche à faible niveau de preuve du fait du faible échantillon de population représentée dans les études et la non-généralisabilité des résultats. En effet, par cette approche, ce sont surtout les perceptions et le vécu des participants aux études qui sont mis en évidence. L'un des articles est une méta-synthèse d'études qualitatives, ce qui lui vaut un niveau de preuve élevé. Sa valeur scientifique est plus importante du fait de la mise en commun de résultats de plusieurs études (Annexe D).

Les articles rassemblent des études réalisées dans différents pays du monde : en Europe, en Amérique, en Australie, et en Nouvelle-Zélande.

Certains articles se penchent sur les expériences vécues, les perceptions et les attentes des femmes migrantes ou requérantes d'asile en rapport à la grossesse. Les traumatismes vécus au cours de la vie et les violences subies par les femmes, qu'elles soient requérantes d'asile, immigrées, réfugiées ou aborigènes sont également exprimés. Il est mis en avant les répercussions que cela peut avoir pour la grossesse en exposant comment les femmes le vivent. L'aspect de la résilience est également présent dans ces études. Les perceptions des professionnels de la santé sont également mises en avant ainsi que celles des femmes participant aux études concernant leur prise en charge. Notamment, trois articles sont basés sur les perceptions d'étudiantes sages-femmes et l'influence de celles-ci sur leurs prises en soin des femmes enceintes requérantes d'asile. L'un d'eux expose un modèle facilitant

les apprentissages en rapport aux besoins de santé et sociaux des femmes enceintes requérantes d'asile. Une des études, menée en Suisse, traite du contexte des soins de santé reproductive des femmes enceintes requérantes d'asile, puisque c'est le propos de ce travail.

Les méthodes de récolte de données sont en majorité des entretiens semi-structurés et des focus groupe. Des cahiers de terrain, de réflexion ainsi que des enregistrements audios et/ou visuels ont permis le codage des données et la retranscription de celles-ci en verbatimes et en thèmes principaux. Certaines études font également référence aux dossiers des patients. Les données ont été récoltées par les chercheurs eux-mêmes ou par des interviewers experts. Les interventions ont eu lieu dans différents endroits : hôpitaux, universités, à domicile, lieu confidentiel.

Les principaux résultats relevés sont les suivants :

- problème de santé reproductive des femmes enceintes requérantes d'asile,
- attentes concernant la grossesse et l'accouchement,
- expériences de maternité,
- conflits avec les croyances religieuses et les représentations,
- défis liés à la migration,
- ressources personnelles,
- problèmes psychologiques des femmes requérantes d'asile et challenges pour les professionnels,
- vision des professionnels de santé.

Certains auteurs n'énoncent pas de limites dans leur étude, cependant, la plupart des études n'ont qu'un faible échantillon de participants et ne s'intéressent qu'à un lieu précis qui ne permet pas de généraliser les résultats. Parfois, ce ne sont que les points de vue des professionnels qui sont mis en avant, ou bien uniquement ceux des patients.

En plus du tableau comparatif qui suit (Tableau 3), chaque article a été détaillé selon une fiche de lecture et évalué d'après des grilles de lecture permettant de juger de la qualité scientifique de l'étude (Annexes E et F), telles que COREQ pour les recherches qualitatives, ENTREQ pour les méta-synthèses qualitatives et SQUIRE pour l'amélioration de la qualité des soins.

4.2. Tableau comparatif

Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
<p>Benza, S. & Liamputtong, P. (2014)</p>	<p>Femmes migrantes installées dans pays occidental ; 323 au total/15 études qualitatives menées dans 6 pays (Australie, Canada, USA, UK, Nouvelle-Zélande, Suisse). Participant·es originaires de Cambodge, Chine, Erythrée, Ethiopie, Inde, Kenya, Liban, Portugal, Somalie, Soudan, Thaïlande, Turquie et Vietnam. Méta-synthèse d'études qualitatives. Niveau de preuve établie.</p>	<p>Fournir une synthèse d'études qualitatives examinant les expériences vécues de grossesse, accouchement et maternité chez les femmes migrantes installées dans un pays occidental.</p>	<p>Méthodologie de méta-synthèse développée par Noblit et Hare (1988). Recherche d'articles qualitatifs sur les bases de données PUBmed, CINAHL, Google Scholar et la base de données de la Trobe University utilisant les termes suivants dans différentes combinaisons : « migrant women », « pregnancy », « childbirth », « motherhood », « qualitative ». Inclusion : articles en anglais et publiés entre 2003 et 2013. Recherches effectuées entre mai et juin 2013. Evaluation de qualité d'après CASP (Critical Appraisal Skills Programme). 4 études : groupes de discussion 11 études : interviews semi-structurées en profondeur.</p>	<p><u>Attentes concernant la grossesse et l'accouchement</u> : influence expériences, importance du soutien, peur système de santé mais en sécurité au pays d'accueil, difficultés financières, place des rituels et de la culture, représentations, coutumes, croyances, présence d'hommes en salle d'accouchement, mutilation génitale, responsabilité familiale donc RAD rapide. <u>Expériences de maternité</u> : manque d'aide, père peu présent dans l'éducation (stress, dépression), assurance quand au fait que l'enfant prendra soin du parent plus tard, importance croyances religieuses pour certains. <u>Confusion et conflits avec croyances</u> : préserver la culture et les traditions, connaissance de ceux-ci par les professionnels, conflit entre professionnels, traditions et croyances, choix de ne pas suivre les pratiques du pays d'accueil. <u>Faire face aux défis de la migration</u> : préjugés femmes migrantes sans connaissance sur grossesse, faible niveau de littératie, problèmes de communication vs compréhension, famille restée au pays donc pas d'aide, difficultés de se rendre aux rendez-vous (transport, enfants...).</p>	<p>Pas de limites énoncées par les auteurs. Etudes qualitatives ayant de petits échantillons non représentatifs. Point de vue des patientes uniquement. Population de femmes migrantes en général et leur vécu de grossesse, accouchement ou maternité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implications pour les soins de santé sont décrites dans l'article. - Etudes qualitatives menées dans plusieurs pays choisis pour la méta-synthèse. - Thèmes qui se retrouvent dans différentes études : mise en évidence de barrières culturelles et autres ainsi qu'un manque de soutien.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
Berman, H. et al. (2014)	33 femmes : 18 ayant subi des abus sexuels dans l'enfance, 8 identifiées comme réfugiées (Afrique, Amérique centrale, Asie), 3 femmes aborigènes, 1 femme ayant subi un trauma étant jeune adulte. Âgées de 19 à 48 ans. Participantes de deux zones urbaines de l'Ontario (Canada). Etude qualitative. Faible niveau de preuve.	Examiner comment les traumatismes vécus dans le passé affectent les femmes qui entament une transition vers la maternité. Donner des recommandations aux professionnels de santé les guidant dans la prise en soin des femmes qui ont expérimenté des traumatismes et qui vivent une période de transition.	Participantes recrutées par une annonce en ligne qui leur permettait de contacter les chercheurs si elles étaient intéressées. Les critères d'éligibilité : 1 ^{ère} grossesse, au second trimestre de grossesse, s'identifiant comme quelqu'un ayant subi un traumatisme, 18 ans et plus. Entretiens semi-structurés de 2h, focalisés sur les perceptions des femmes concernant l'influence du passé traumatique sur l'état physique et émotionnel actuel, et leur devenir de mère, concernant les ressources, l'espoir, les rêves pour leur future famille et leur expérience en lien avec le système de santé. Langue de l'interview choisie par les participantes. Enregistrement et transcription grâce à un logiciel qualitatif. Le processus d'analyse des données inclut des codages théoriques.	<ul style="list-style-type: none"> - Oublier le passé et faire preuve d'indulgence. - Importance de grandir de ses peines et de surpasser le passé traumatique avant de donner naissance => pas possible d'être prête à avoir un bébé sans ceci (reste dans le passé et manque de résilience). - Envie de voir un conseiller. - Mise en place de stratégies pour contenir traumatisme -> capable de se protéger, protéger bébé si angoisses contenues. - Adopter des pensées positives. - Purger le corps du traumatisme comme brûler des lettres... - Relations compromises à cause du passé traumatique. - Grossesse vs changement positif : espoir. - Créer stabilité dans la famille = Famille idéale = Croyance en la possibilité de changement. - Reflet propre mère : pas ressembler. - Sentiment d'incapacité à protéger enfant -> Importance pouvoir parler vie passée aux enfants une fois plus âgés. 	Pas de limites énoncées par les auteurs. Échantillon de 33 femmes venant de 2 zones urbaines du Canada => Pas représentatif.	<ul style="list-style-type: none"> - Approuvé par une commission d'éthique. - Pas beaucoup de précision par rapport aux participantes.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
<p>Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014)</p>	<p>10 participantes âgées de 27 à 48 ans : 4 réfugiées, 4 requérantes d'asile, 2 immigrées (Bangladesh, Colombie, Kenya, Mexique, Nigéria, Pakistan, RDC, Saint Vincent) au Canada depuis 2 à 8 ans. Etude qualitative. Faible niveau de preuve.</p>	<p>Définir quels facteurs permettent de maintenir ou d'améliorer la résilience des femmes migrantes internationales ayant récemment donné naissance après avoir été exposées à de la violence durant leur grossesse.</p>	<p>Entretiens semi-structurés enregistrés, de 45 à 140 min réalisées par un interviewer entraîné par un expert en méthode qualitative, entre octobre 2010 et janvier 2011. Inclusion des participantes : participation étude précédente, accord, violence durant grossesse, être résilientes : score <10 EPDS à 4 mois post-partum, vivant à Montréal ou Toronto. Lieu d'interview choisi par les participantes, contactées par téléphone (niveau de langue +/- interprète). <u>6 thèmes de résilience</u> : significations de la résilience, choses qui l'aident ou qui ne la permettent pas, autres besoins de support, résilience selon genre, résilience des migrants. A chaque interview : prise de note pendant, réflexions, sentiments, observations. A la fin de toutes les interviews : relecture des notes, du cahier de réflexion et écoute des enregistrements pour ressortir les thèmes et concepts clés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources psychologiques internes et de coping : estime d'elles-même, efficacité, optimisme, espoir, rusticité, maîtrise. - Support social extérieur : famille, amis, école, travail, église ou pasteur, partage d'expériences avec les autres. - Facteurs systémiques : jour de soins, soins de santé physiques et mentaux, centres de santé communautaire, services légaux, services sociaux, cours de langues, gouvernement canadien. - Obstacles à la résilience : facteurs extérieurs comme la violence domestique, raconter les histoires de violence aux agences de services, perception négative des amis, la critique des parents, accès aux soins (délais, méconnaissance). - Besoin de support : parler à quelqu'un, absence famille et amis. - Résilience selon le genre : dépend des participantes. - Résilience des migrants : plus forte que celle des canadiens, due au vécu. 	<p>Petit échantillon non généralisable à la population migrante.</p> <p>Mesure unique EPDS qui évalue les risques de dépression mais pas d'anxiété ou de syndrome de stress post-traumatique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'implications pour la pratique infirmière. - Authenticité quand il y a un interprète. - Durées des entretiens très différentes. - Arbre de codage non apparent. - Logiciel utilisé pour coder les données non mentionné. - Participantes non contactées pour le retour des résultats ou la correction après codage.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 1	11 étudiantes sages-femmes en 2 ^{ème} année à l'Université du Royaume-Uni. Etude qualitative. Faible niveau de preuve.	Comprendre ce que requérantes d'asile veut dire pour les étudiantes sage-femmes afin d'identifier et de critiquer leurs discours qui peuvent influencer leur perception des femmes enceintes requérantes d'asile.	Cohorte 30 étudiantes sélectionnées puis 11 volontaires retenues pour leur expérience clinique et exposition à la population : 2 entretiens focus groupe conduits et enregistrés par vidéo, scénario PBL (problem based learning) comme déclencheur de discussion. Etudiante guide elle-même l'entretien, chercheur s'exprime peu. 1 ^{er} focus groupe : étudiantes identifient objectifs apprentissage pour faire des recherches et partagent sur discussion intranet. 2 ^{ème} focus groupe : discussion autour des recherches 3 étudiantes : entretien semi-structuré avec enregistrement audio → discuter problèmes relevés dans focus groupe. Sur terrain : réflexion sur pratique si prise en soin femme requérante d'asile → 2 réflexions écrites reçues = cahiers de réflexion. Verbatimes analysées, non-verbal de l'enregistrement analysé dont pauses ou apparences désengagement.	Le premier focus groupe a fait ressortir des résultats plutôt négatifs sur la vision des femmes enceintes requérantes d'asile par les étudiantes sage-femmes comme le reste de la population : requérantes d'asile différentes des patientes autochtones, interrogations sur leur motivation pour venir au Royaume-Uni, associées à des criminelles, des migrantes illégales, qui viennent envahir le Royaume-Uni, discrimination de leur grossesse au détriment de leur statut légal. Après leurs recherches, les étudiantes sont revenues sur leurs dires en comprenant la réelle situation de ces femmes enceintes requérantes d'asiles : conditions de détention précaires, statut légal instable en attente du statut de réfugiées, la plupart sont renvoyées dans leur pays. Il paraît donc primordial d'éduquer les étudiantes sage-femmes au plus tôt pour discriminer les discours négatifs sur les femmes enceintes requérantes d'asile.	L'apprentissage fait entre les deux focus groupe n'est qu'une interprétation de la société réelle : l'étude est donc limitée par cette assumption épistémologique dont l'apprentissage est construit par le contexte social, culturel et historique.	- Peu de participantes. - Description des différents focus groupe et des entretiens semi-structurés n'est pas très claire. - Réflexions sur la pratique clinique auraient dues être obligatoires et faire partie de l'étude en elle-même, ceci biaise donc les critiques de leurs discours primaires.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 2	11 étudiantes sages-femmes en 2 ^{ème} année à l'Université du Royaume-Uni.. Etude qualitative. Faible niveau de preuve.	Se focaliser sur le contexte clinique, identifier les discours dominants spécifiquement dans le contexte de pratique et comment ils influencent la manière dont les étudiantes sages-femmes approchent le soin des femmes enceintes requérantes d'asile.	Idem partie 1.	<ul style="list-style-type: none"> - Discours clinique médical et managérial. - Femme enceinte considérée comme machine, récipient passif recevant soins. - Support émotionnel/social absent. - Prise en soin physique = globale et normale pour sage-femme. - Aspects non-physiques = extra ou non usuel rôle sage-femme. - Guidelines et politiques établissements NHS : absentes pour femmes enceintes requérantes d'asile. - Dépassées par prise en soin tardive : prioriser actions. - Ecole : modèle prise en soin holistique femme → pas appliqué car difficile. - Soutien émotionnel minimal = meilleur. - 2^{ème} focus groupe : discours mitigés. - Pas intérêt culture : hypothèses systématiques leur mettent une étiquette. - Autres : connaissances culturelles permet faire hypothèses soins. - Recherches = comprendre situation de vie et raison venue, conditions grossesse ou raison abandon enfant (viol, prostitution, esclavage). - Importance statut légal par rapport vécu service maternité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceptions analysées issues d'un petit groupe d'étudiantes sages-femmes dans le contexte de leur 2^{ème} année d'études, basé dans une université particulière au Royaume-Uni. - Peuvent être influencées par les autres étudiantes voire les diplômées sur le terrain, par manque d'identité professionnelle. - Expérience clinique limitée. - 2^{ème} focus groupe nourri par des 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des discours des étudiantes ayant le plus parlé = biais population totale déjà faible (11). - 3 entretiens individuels. - 2 réflexions sur la pratique = faible et donne un avis très tranché sur les résultats +/-. - Autres commentaires idem que pour la partie 1 sur la méthodologie de l'article.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
				- Implication forte des enseignants: apprendre modèle approche holistique = importance inclusion contexte femmes enceintes = comprendre besoins.	recherches dans la littérature = biais pour discours habité et identitaire des étudiantes.	
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 3	11 étudiantes sages-femmes en 2 ^{ème} année à l'Université du Royaume-Uni. Article de recherche théorique. Faible niveau de preuve.	Décrire la conceptualisation et le développement d'un modèle inclusif d'éducation. Pour faciliter l'apprentissage des étudiantes sage-femmes par rapport aux besoins de santé et sociaux des femmes enceintes requérantes d'asile au Royaume-Uni.	Idem part 1.	Résultats deux précédents articles = création modèle théorique "la femme enceinte dans le contexte global". Appliquer modèle permettrait : identifier besoins de la femme enceinte dans son contexte global lors de la planification des soins. L'importance de connaître le passé et la façon dont sont accueillies les femmes enceintes requérantes d'asile au Royaume-Uni pour reconnaître plus facilement leurs besoins. Couches du modèle : micro, macro et globale = explorer les potentiels impacts des problèmes rencontrés chez les femmes enceintes requérantes d'asile au niveau de leur santé physique et psychologique + adopter une approche centrée sur la femme. Femmes migrantes volontaires interrogées sur perception des soins en maternité = négatives : attitudes négatives des soignants à leur égard, racisme, discrimination, exclusion sociale, non considération le vécu traumatique.	Aucune limite n'est citée par les auteurs quant à leur modèle théorique.	- Théoriciens Bronfenbrenner et Campinha-Bacote. - Aucune assumption ni aucun paradigme n'apparaît. - Ecole du caring pour le modèle "la femme enceinte dans le contexte global" si utilisation de la compétence culturelle de Leininger.

Auteurs-Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
Kurth, E. et al. (2010)	<p>80 dossiers de requérantes d'asile recevant des soins à l'hôpital universitaire de Bâle entre 2000 et 2003 et entrant dans le programme HMO.</p> <p>Origines: Afrique (19%), Asie (16%), Europe de l'Est (9%), Yougoslavie (50%) et autres pays (6%).</p> <p>Age moyen = 28 ans.</p> <p>+</p> <p>3 médecins, 3 infirmiers/sage-femmes, 1 psychologue, 3 interprètes ayant été en contact avec les requérants d'asile lors de</p>	<p>Examiner quels sont les soins de santé reproductive fournis aux femmes requérantes d'asile à l'hôpital universitaire des femmes de Bâle, en Suisse.</p> <p>Identifier les besoins de soins des requérantes d'asile et examiner les soins qu'elles reçoivent dans un contexte de HMO.</p> <p>Explorer les perceptions des professionnels de santé offrant des soins à ce groupe de population et dans ce contexte.</p>	<p>Quantitatif : observationnel, descriptif basé sur les dossiers des patientes et la base de données de l'hôpital couvrant les fréquences de diagnostics et des interventions médicales.</p> <p>Comparaison entre la population générale et les requérantes d'asile.</p> <p>=> Analyses exécutées en utilisant SPSS logiciel de statistiques.</p> <p>Qualitatif : informations des dossiers des patientes ainsi que des documents écrits et des interviews semi-structurés des professionnels de santé sur leur prise en soins des patientes requérantes d'asile et enregistrés puis transcrits en verbatim => Partie analysée par Grounded Theory méthode.</p> <p>Cette étude prend place dans la partie de l'hôpital de Bâle dédiée aux femmes, entre 2000 et 2003. 979 requérants d'asile du Canton, dont 38% de femmes sont assignées au modèle HMO qui est un modèle d'assurance mis en</p>	<p><u>Problématiques de santé reproductive identifiées dans les 80 dossiers des patientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - infections urinaires (41%), douleurs pelviennes (25%), avortements spontanés (8%), dysménorrhées (5%) et hyperménorrhées (5%). - contraceptions (55 dossiers), les autres : barrière de la langue, coûts. - 18 grossesses non désirées => Avortements (7 médicamenteux, 11 chirurgicaux) souvent dus à un passé traumatique et à l'inquiétude de retourner dans le pays d'origine. - naissance prématurée (15%), saignements (11%), diabète gestationnel (9%), retard de croissance et anémie (7% chacun). - 2/3 des 46 accouchements = spontanés. - 6% des bébés des 46 naissances sont prématurées comparées à 9% pour la population générale. <p><u>Problèmes psychologiques pour les femmes requérantes d'asile et les challenges pour les professionnels de santé</u></p> <p><i>Facteurs de stress psychologiques :</i> événements traumatiques passés, situation de vie, futur incertain => Accumulation de facteurs de stress typiques des histoires de vie des requérants d'asile.</p>	<p>Informations incomplètes car rétrospectives dossiers.</p> <p>Temps d'investigation court (pas de changements analysés).</p> <p>Comparaison des statistiques de l'hôpital disponibles.</p> <p>Pas de perceptions des patients concernant leurs besoins en soin et les soins reçus.</p> <p>Professionnels de santé participants non représentatifs de tous ceux en contact avec les requérantes d'asile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Population de l'étude = 1/2 de requérants d'asile de Bâle = plus grande ville de Suisse => représentatif de la population de femmes requérantes d'asile de Suisse - Implications pour la pratique et futures recherches : surmonter barrière de la langue, soutien aux professionnels de santé s'occupant des requérantes d'asile pas forcément formés pour, difficultés financières de la population qui impacte leur santé (contraception, abortus...). - Approbation d'une commission d'éthique.

Auteurs- Année	Population / Type étude / Niveau d'évidence	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Commentaires
	ce programme. Etude mélangeant quantitatif et qualitatif. Faible niveau de preuve.		place pour les requérants.	<p><i>Challenges pour les professionnels de santé</i> : barrières de la culture et du langage => frustrations et pensées négatives des professionnels, différents rôles des médecins (prendre soin, administratif avec les certificats et les coûts de la santé -> entre patientes et autorités), histoires de vie difficiles à entendre.</p> <p><i>Différents soutiens sociaux</i> : 53% des participantes ont des besoins en soins psychologiques, soutien émotionnel, soutien social incluant les conditions de vie, financières..., soutien légal avec les certificats délivrés par les médecins.</p>		

4.3. Analyse critique des articles retenus

D'après la lecture et la synthèse des articles, des thèmes communs ont pu être mis en évidence (Annexe G). De ce fait, il émerge des articles les thèmes de vulnérabilité des femmes enceintes requérantes d'asile, les barrières aux soins, les attentes, puis, les besoins de ces femmes, la méconnaissance de la part des professionnels de santé concernant cette population et la résilience de ces femmes. Ces thèmes communs permettent ainsi d'analyser les articles et de les mettre en lien en vue de répondre, dans un deuxième temps, à la question de recherche : « Quel accompagnement infirmier favorise l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir ? ».

4.3.1. Vulnérabilité des femmes enceintes requérantes d'asile

La vulnérabilité est une thématique qui transparaît dans tous les articles choisis. D'ailleurs, parmi les migrants, les femmes réfugiées et requérantes d'asile sont les plus vulnérables (Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin & Bischoff, 2010). D'une part, elles sont forcées de migrer vers un pays inconnu et sont en plus sujettes à de plus amples difficultés de par leur genre (Kurth et al., 2010). Selon Kurth et al. (2010), les histoires de vie des requérants d'asile sont typiquement des histoires avec une accumulation de facteurs de stress tels que des événements traumatiques passés, une situation de vie précaire dans le pays d'accueil et un futur incertain. Ces facteurs de stress soulevés dans cet article se retrouvent également dans celui de Haith-Cooper & Bradshaw (2013) qui souligne que les femmes enceintes requérantes d'asiles vivent dans la précarité avec un statut légal instable impliquant qu'à tout moment, elles peuvent être renvoyées dans leur pays d'origine. De plus, Benza & Liamputtong (2014) mettent en évidence le manque de soutien chez ces femmes qui ajoute un stress supplémentaire et peut les amener plus facilement à des dépressions. Parmi ces facteurs de stress ayant un impact sur la santé physique et psychique des femmes enceintes requérantes d'asile, il y a le passé traumatique comme le mettent en avant les études de Berman et al. (2014) et Gagnon & Stewart (2014). Cet aspect les rend encore plus vulnérables surtout pendant la période de grossesse. En effet, d'après Berman et al. (2014), les femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance, par exemple, sont plus sujettes à des grossesses non désirées, à être enceintes jeunes, à plus d'hospitalisations pendant la grossesse et à des dépressions post-natales. De surcroît, parmi ces femmes, les réfugiées, de par leur parcours migratoire et leurs

histoires de vie difficiles, sont les plus à risques pour le vécu de grossesses compliquées (Berman et al., 2014). Kurth et al. (2010) décrit également cela en Suisse, avec une population de femmes requérantes d'asile se présentant fréquemment sans contraception, ayant plus souvent recours aux interruptions de grossesses et étant plus soumises à des complications obstétricales.

Puisque la vulnérabilité de ces femmes requérantes d'asile en période de grossesse se manifeste par leur genre, leurs histoires de vie, leur parcours migratoire, leur situation de vie actuelle, il semble important de prendre en compte tous ces aspects dans la prise en soin car ils vont avoir un impact sur leur santé physique et psychologique (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013).

4.3.2. Barrières aux soins

Les articles de Benza & Liamputtong (2014), Haith-Cooper & Bradshaw (2013) et Kurth et al. (2010) révèlent plusieurs barrières qui peuvent avoir un impact sur la prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile.

Tout d'abord, Haith-Cooper & Bradshaw (2013) mettent en avant les perceptions qu'ont les patientes requérantes d'asiles à propos des attitudes des professionnels de santé considérées comme négatives à leur égard. En effet, les professionnels adoptent fréquemment des attitudes racistes, discriminatoires et ne considèrent pas le vécu traumatique des femmes enceintes requérantes d'asiles. Selon les professionnels, il n'est pas nécessaire de s'intéresser aux différentes cultures, ni de considérer le vécu de la personne ou même son statut légal actuel pour la prendre en soin (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). Haith-Cooper & Bradshaw (2013) relèvent surtout que les professionnels de santé ont de la difficulté à appliquer un modèle de prise en soin holistique des patientes. Pour cela, ils ne considèrent pas le soutien psychologique comme faisant partie de leur rôle. En outre, les attitudes des professionnels sont également guidées par leurs représentations et les préjugés qu'ils ont en rapport à cette population. Selon Benza & Liamputtong (2014), les femmes migrantes seraient vues par les professionnels comme « stupides », dépourvues de connaissances et présentant un faible niveau de littératie. Cette pensée est rejointe par les professionnels de santé de l'étude de Haith-Cooper & Bradshaw (2013) qui perçoivent ces femmes comme des machines ou des réceptifs passifs.

En plus de la barrière créée par les professionnels, il existe une barrière liée à la langue et à la culture ayant un impact sur la prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile (Kurth et al., 2010). Et s'ajoutant à ceci, leur situation de vie dans le pays d'accueil accompagnée parfois de difficultés financières, peut freiner leur prise en

soin. Par exemple, Benza & Liamputtong (2014) parlent de manque de moyens pour avoir accès aux transports en commun ou bien pour faire garder les enfants qui restent au domicile pour pouvoir assister aux consultations prévues. Puis, l'étude de Kurth et al. (2010) décrit également une barrière, en quelque sorte, imposée aux médecins : le fait de devoir rendre des comptes aux autorités. En effet, en Suisse les médecins se trouvent souvent entre les autorités et les patientes et doivent exercer plusieurs rôles, ce qui les frustre dans la prise en soin des patientes. Il peut donc être parfois difficile pour les professionnels d'accéder aux besoins et de comprendre les attentes des femmes enceintes requérantes d'asile.

4.3.3. Attentes des femmes enceintes requérantes d'asile

Les femmes enceintes requérantes d'asile, par leur migration, aspirent à de meilleures conditions de vie et à une prise en soin en service de maternité idéale. Elles imaginent la naissance de leur enfant comme un nouveau départ. Benza & Liamputtong (2014), Berman et al. (2014) et Haith-Cooper & Bradshaw (2013) exposent tous les trois des éléments quant aux attentes des femmes enceintes requérantes d'asile, et les désillusions qui s'y rapportent souvent, une fois arrivées dans le pays d'accueil.

Selon Benza & Liamputtong (2014), les attentes des femmes enceintes requérantes d'asile autour de la grossesse et de l'accouchement dépendent en grande partie des expériences vécues auparavant. En effet, Berman et al. (2014) soulignent même que la grossesse dans ce nouveau pays d'accueil est perçue comme un élan pour un changement positif et est chargée d'espoir. Elles aspirent à créer une stabilité dans leur famille par le biais de cette grossesse et future naissance, elles croient à la création d'une famille idéale et à la possibilité du changement. Benza & Liamputtong (2014) ajoutent même qu'elles se sentent en sécurité dans ce nouveau pays, ce qui les conforte dans leur espoir d'un avenir meilleur. Néanmoins, d'après Benza & Liamputtong (2014), elles perçoivent tout de même de l'anxiété et de la peur vis-à-vis du système de santé du pays d'accueil, notamment dues à leurs difficultés financières. Ces femmes attendent également du soutien de la part des professionnels de santé, ce qui est important pour elles. Malgré la place importante accordée aux traditions, aux croyances et aux rituels, la grossesse et la maternité leur rappellent, parfois, le reflet de leur propre mère à qui elles ne souhaitent pas ressembler (Benza & Liamputtong, 2014 ; Berman et al., 2014). En outre, Benza & Liamputtong (2014) disent qu'elles se sentent responsables de leur famille et désirent de ce fait diminuer au plus la durée de

leurs hospitalisations et récupérer rapidement pour retourner au plus vite à leur domicile et assumer leur rôle au sein de la famille. Ils rajoutent des particularités culturelles attendues par les femmes comme la présence d'hommes en salle d'accouchement contrairement au pays d'origine, les craintes liées à l'aspect de la mutilation génitale, ou encore l'impossibilité de pratiquer les traditions en post-partum. Les femmes enceintes requérantes d'asile attendent beaucoup des prises en soin dans le pays d'accueil et notamment de leur qualité, comme c'est le cas en Royaume-Uni précisé par Haith-Cooper & Bradshaw (2013). Néanmoins, elles sont souvent vite déçues par les sage-femmes en particulier, qui adoptent souvent des attitudes discriminatoires à leur égard. Bien qu'elles s'attendent à être bien prises en soin et respectées par autrui, les femmes enceintes requérantes d'asile n'ont pas les mêmes attentes des soins en maternité qu'une femme enceinte autochtone. En effet, elles ne connaissent souvent pas les Droits de l'Homme que les pays européens mettent au contraire souvent en avant, notamment lorsqu'il s'agit d'éthique dans les soins. Les traitements administrés, le consentement éclairé et les besoins psychologiques sont souvent différents voire absents dans leur pays d'origine. Leurs attentes sont toutes autres, plus superficielles et moins profondes en termes de droit humain qu'elles ne connaissent pas, comparé à des patientes autochtones.

Les attentes qu'ont les femmes enceintes requérantes d'asile et les désillusions s'y rapportant souvent font naître en elles le ressenti de besoins fondamentaux aussi bien pratiques, physiques que psychologiques.

4.3.4. *Besoins des femmes enceintes requérantes d'asile*

Les besoins des femmes enceintes requérantes d'asile ressortent dans trois articles de façon complémentaire, à savoir dans les articles de Gagnon & Stewart (2014), Benza & Liamputtong (2014) ainsi que Haith-Cooper & Bradshaw (2013).

Bien que chaque être humain ait les mêmes besoins fondamentaux, des besoins supplémentaires naissent lorsqu'il s'agit d'une migration pour la survie dans un pays d'accueil. Le besoin de support social, alors que les femmes enceintes requérantes d'asile sont souvent loin de leur famille et de leurs repères sociaux, est un des besoins qui semble le plus mis en avant par Gagnon & Stewart (2014) ainsi que par Haith-Cooper & Bradshaw (2013). En effet, elles ont besoin de pouvoir se confier à quelqu'un sur les difficultés qu'elles rencontrent, un soutien psychologique s'avère ainsi primordial. Néanmoins, il s'agit d'une lacune de la part des professionnels de

santé comme les étudiantes sage-femmes dont parlent Haith-Cooper & Bradshaw (2013) puisqu'elles ne considèrent pas le soutien psychologique et émotionnel comme faisant partie de leur rôle, et vont même plus loin en exprimant que le soutien émotionnel est meilleur s'il est minimal. Il y a donc un travail notable à faire sur la formation des sages-femmes aux problématiques des femmes enceintes requérantes d'asile afin de les prendre en soin de manière globale et de prendre en considération leurs besoins individuels. C'est d'ailleurs dans cette perspective-là que Haith-Cooper & Bradshaw (2013) ont initié la création d'un modèle de prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile pour les sages-femmes, à savoir « La femme enceinte dans le contexte global ». Ce modèle répond donc au besoin d'intégration de ces femmes à leur contexte de migration. Cette idée rejoint celle de leur besoin de prise en compte de leur passé qu'il soit traumatique de par leur trajectoire de migration ou tout simplement avoir une compétence culturelle afin de comprendre au mieux leurs besoins dans les prises en soin. Elles ont besoin d'être comprises et entendues dans leur souffrance, que leur situation de vie soit connue, comme par exemple leur statut légal dans le pays, leurs conditions de migration et d'arrivée dans le pays d'accueil, leurs droits, etc.. Benza & Liamputtong (2014) décrivent en plus l'importance de la prise en compte de la spiritualité et de la religion dans leur situation de santé, car pour elles, Dieu est un soutien notable sans qui elles n'arrivent pas à avancer. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'elles sont soucieuses de pouvoir perpétuer les traditions, ce qui leur permet de maintenir un lien avec leur pays d'origine. Benza & Liamputtong (2014) vont encore plus loin en expliquant que la naissance de leur enfant est un besoin de réassurance quant à l'espoir qu'il prendra soin de ses parents plus tard, comme une façon de faire perdurer la famille, la culture et les traditions.

Les besoins des femmes enceintes requérantes d'asile se ressentent en majorité dans les prises en soins dans les services de maternité et notamment dans leur vécu des soins. A ce stade des connaissances, il paraît donc primordial, comme l'ont déjà souligné Haith-Cooper & Bradshaw (2013), de former les futurs professionnels de santé susceptibles de prendre en soin ces femmes à leur problématique et de les prendre en soin de façon globale dans un souci de répondre à leurs besoins individuels.

4.3.5. Méconnaissance des femmes enceintes requérantes d'asile par les professionnels de santé

La méconnaissance des femmes enceintes requérantes d'asile par les professionnels de santé contribue à ce qu'elles ne se sentent pas entendues dans leurs besoins. Benza & Liamputtong (2014) et Haith-Cooper & Bradshaw (2013) avancent tous la méconnaissance des femmes enceintes requérantes d'asile par les professionnels de santé tant sur le plan légal, que psychologique.

En effet, les différentes études réalisées par Haith-Cooper & Bradshaw (2013) mettent particulièrement en relief que les connaissances par les étudiantes sages-femmes concernant les femmes enceintes requérantes d'asile s'assimilent à celles de n'importe quel citoyen du Royaume-Uni. A savoir que l'influence des médias prend un grand pas sur l'intégration de cette population dans la société. Les médias taisent souvent les réelles conditions de détention de ces femmes et les crises de situation par lesquelles elles passent pour enfin arriver dans le pays d'accueil. Elles arrivent parfois enceintes comme conséquence d'un viol subi sur le chemin de migration. Même les professionnels de santé ne comprennent pas la recrudescence des flux migratoires et s'accordent à dire que ces femmes viennent chercher de meilleurs soins et profiter du système de santé du pays d'accueil. Ils ignorent et semblent souvent oublier que ces femmes enceintes requérantes d'asile ont migré pour la survie. Les sages-femmes reviennent sur leurs discours dominants après avoir fait des recherches sur la signification de le statut légal et la trajectoire de migration des femmes requérantes d'asile (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). Pour se protéger des reproches sur leur méconnaissance, les professionnels se cachent derrière les protocoles de prise en soin où l'inclusion du support social des requérants d'asile ne figure pas comme le soulignent Haith-Cooper & Bradshaw (2013). Ainsi, les professionnels de santé ont tendance à se recentrer sur la prise en soin physique et médicale en oubliant la prise en soin psychologique. En ignorant les antécédents de migration et les conditions de vie passées, les sages-femmes se sentent dépassées par les prises en soin tardives de ces femmes et justifient la prise en soin purement médicale par la nécessité de priorisation de leur actions du fait du degré d'urgence de la prise en soin, ou des infections avérées ou suspectées, etc. Pour inclure le soutien psychologique à leur prise en soin, Benza & Liamputtong (2014) mettent en avant le besoin de formation culturelle pour être plus au fait des traditions, des cultures et des expériences passées de cette population afin d'avoir une prise en soin globale adaptée, individualisée et au plus proche de la réalité. En ce sens-là, cela leur permettrait également de pouvoir

gérer au mieux les conflits entre leurs explications données aux femmes enceintes requérantes d'asile et les croyances de ces femmes en lien avec les traditions liées à la grossesse et l'accouchement. Les problèmes de communication existants se répercutent sur la compréhension de ces femmes sur leur problématique de santé et se crée alors un cercle vicieux. Elles sont souvent considérées à tort comme des personnes « stupides » alors que l'on ne s'intéresse pas à leur expliquer les choses d'une autre manière afin que les informations puissent être accessibles pour elles. Haith-Cooper & Bradshaw (2013) estiment que la prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile dans leur contexte global permettrait de pallier à ces incompréhensions en comprenant la situation de vie dans laquelle elles se trouvent ainsi que leurs besoins de soutien psychologique et/ou social.

La connaissance par les professionnels de santé des femmes enceintes requérantes d'asile dans un contexte de globalisation du monde actuel est primordiale. Cette population vulnérable est d'autant plus susceptible d'accéder aux soins dans le pays d'accueil. Le risque serait, après des prises en soins malveillantes, de ne plus recourir aux soins et prendre des risques pour leur santé physique et psychologique et ainsi majorer les risques de comorbidités maternelles et infantiles. D'où l'importance de former les professionnels de santé à cette problématique et l'utilisation du modèle de Haith-Cooper & Bradshaw (2013) de « La femme enceinte dans le contexte globale ».

4.3.6. Résilience des femmes enceintes requérantes d'asile

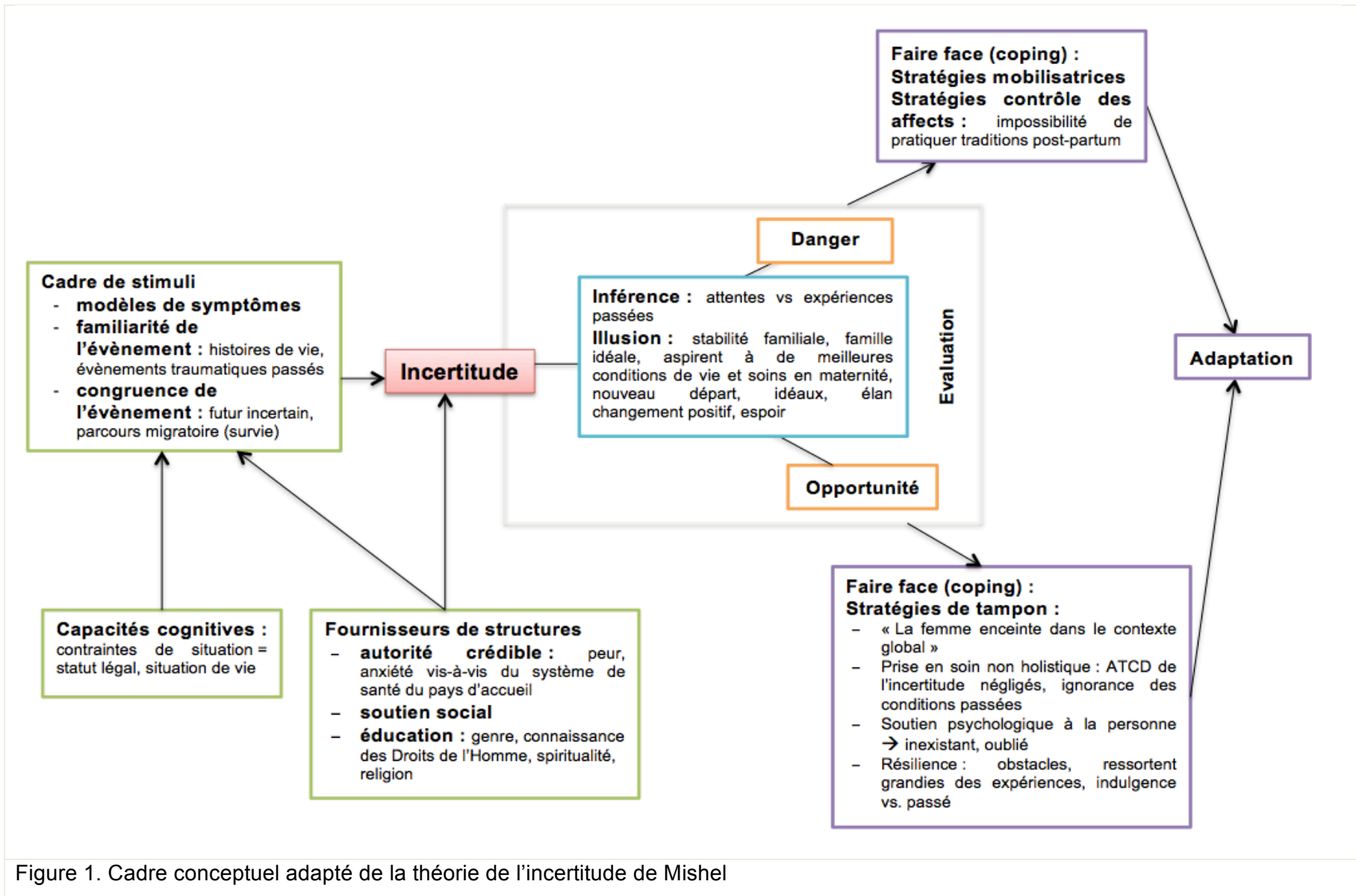
Le thème de la résilience est très important et ressort dans les articles de Berman et al. (2014), Gagnon & Stewart (2014) et Haith-Cooper & Bradshaw (2013). Les femmes enceintes requérantes d'asile font preuve de résilience en tentant de se développer malgré les différents facteurs de stress qu'elles peuvent ou ont pu vivre. Comme le dit Berman et al. (2014), certaines femmes ayant un passé traumatique vont tenter de faire preuve d'indulgence par rapport à ce qui leur est arrivé pour oublier, pour surpasser cela et finalement sortir grandiées de cette expérience bien qu'elle soit souvent négative et douloureuse. Ces femmes pensent qu'être indulgentes à propos de leur passé est nécessaire pour pouvoir donner la vie par la suite, de manière sereine. Chaque femme va adopter des stratégies qui lui sont propres pour s'adapter aux situations vécues. Elles vont mobiliser des ressources internes comme l'estime de soi, l'optimisme, les pensées positives, l'espoir, la maîtrise, et des ressources externes comme par exemple le soutien social (famille, amis, église, école, travail...) (Gagnon & Stewart, 2014). Les soutiens sociaux permettent aux femmes de partager des

expériences avec d'autres personnes. Puis, certaines femmes enceintes veulent également être capables de parler de leur passé souvent traumatique à leur enfant une fois plus âgé, ce qui leur donne le sentiment de les protéger (Berman et al., 2014). Cependant, selon Gagnon & Stewart (2014), il existe des obstacles à la résilience des femmes enceintes requérantes d'asile tels que les perceptions négatives ou les critiques des proches, les violences qu'elles peuvent subir dans le pays d'accueil et la méconnaissance qu'elles ont du système de santé qui peut être un soutien pour elles. Pour cela, le modèle « La femme enceinte dans le contexte global » décrit par Haith-Cooper & Bradshaw (2013) permet de mieux comprendre le vécu des femmes enceintes requérantes d'asile pour accéder à leurs besoins et ainsi les aider également à la résilience. Ce n'est que par une approche globale et centrée sur la femme que la prise en soin sera adaptée et optimale.

5. DISCUSSION

Pour répondre à la question de recherche de ce travail : « Quel accompagnement infirmier favorise l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir ? », il est nécessaire de mettre en lien les résultats des recherches existantes et l'ancrage disciplinaire. Afin de lier la méthodologie de la pratique de la théorie de l'incertitude de Mishel avec les résultats des articles de recherche précédemment exposés, la discussion se base sur la Figure 4, ci-après. Pour se faire, les thèmes retenus ne sont pas repris en tant que tels dans la discussion. En effet, le schéma de l'incertitude de Mishel sert de guide à la discussion et inclut des éléments de l'analyse dans chaque étape du processus d'adaptation à l'incertitude, scindé en trois. Ainsi, est obtenu le cadre conceptuel de l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir, inspiré de la théorie de l'incertitude de Mishel.

Par la suite, ceci permettra d'établir des recommandations pour la pratique infirmière et de donner des pistes de réflexion pour la formation des futurs professionnels de santé au contact de la population des femmes enceintes requérantes d'asile.



5.1. Antécédents de l'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile

Avant de vivre une situation relevant de l'incertitude dans le pays d'accueil, les femmes enceintes requérantes d'asile, comme tout autre personne, possèdent un vécu d'incertitude. Comme le décrit Mishel dans sa théorie, les antécédents de l'incertitude vont avoir un impact sur l'incertitude vécue actuellement, dans ce cas, l'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile face à leur avenir (Mishel, 1988, cité par Alligood, 2014).

Les femmes requérantes d'asile ont une histoire de vie parfois difficile, accompagnée d'événements traumatiques qui ajoutent un facteur de stress à ce qu'elles vivent (Kurth et al., 2010). Les événements vécus par ces femmes au cours de leur vie peuvent être nouveaux ou familiers et ainsi constituer les antécédents d'incertitude. Par exemple, une femmes enceinte requérante d'asile a peut-être déjà été enceinte, vécue une grossesse et connaît certains symptômes. Donc, lors des grossesses à venir, les incertitudes qu'elle pourra ressentir seront différentes de celles de la première grossesse. En plus de leur histoire de vie, les femmes enceintes requérantes d'asile ont également derrière elles un parcours migratoire jalonné d'incertitudes qui va impacter leur état de santé psychique et physique (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). En effet, elles partent souvent du pays d'origine pour leur propre survie et ne savent pas où elles vont finalement arriver et comment sera leur situation de vie dans le pays d'accueil. C'est une période de leur vie, nouvelle, qui marque une transition de vie, soulevant ainsi des incertitudes.

Une fois dans le pays d'accueil, leur situation de vie comprenant un statut légal incertain, la précarité, la méconnaissance du système de santé et du fonctionnement du pays va influencer leurs habilités à traiter les informations. Ce sont les contraintes dues à la situation des femmes enceintes requérantes d'asile dans le pays d'accueil qui peuvent affecter leur vécu d'incertitude, la façon de la ressentir, de la comprendre et de la gérer.

Une troisième composante a une influence sur l'incertitude vécue par les femmes enceintes requérantes d'asile : les fournisseurs de structures (Mishel, 1988, cité par Alligood, 2014). Ce sont les ressources sur lesquelles les femmes enceintes requérantes d'asile peuvent s'appuyer et qui font pour la plupart, défaut. En effet, ces

femmes, de par leur genre, sont une population plus vulnérable, en plus du fait qu'elles ont migré dans un pays inconnu qui accentue leur faible niveau de littératie. De plus, elles ne connaissent parfois pas les Droits de l'Homme et par conséquent leurs droits existants dans le pays d'accueil. Elles ont une éducation, un langage et une culture différents de ceux des femmes autochtones, ce qui augmente la difficulté du processus d'acculturation en créant des barrières et un manque de ressources (Kurth et al., 2010). Les ressources externes, type autorité crédible, comme les professionnels de santé, sont perçus, d'après Haith-Cooper & Bradshaw (2013), comme ayant des attitudes négatives envers les femmes enceintes requérantes d'asile, ce qui crée une barrière et empêche la construction d'un lien de confiance bénéfique pour l'adaptation à l'incertitude de ces femmes. D'autant plus que ces femmes ont un manque de soutien de leur famille restée au pays d'origine et une perte des repères sociaux, deux des besoins les plus importants pour ces femmes (Gagnon & Stewart, 2014; Haith-Cooper & Bradshaw, 2013).

5.2. Incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile

L'incertitude vécue par les femmes enceintes requérantes d'asile concernant leur futur incertain va être évaluée, par la suite, comme un danger ou une opportunité. C'est par les inférences et les illusions que cette évaluation se fait, d'après le schéma de l'incertitude de Mishel sur la Figure 4, précédemment exposée.

Les femmes enceintes requérantes d'asile ont souvent des croyances construites par l'incertitude vécue. Des croyances qui peuvent diminuer ou, à l'inverse, augmenter leur incertitude. Elles aspirent à de meilleures conditions de vie et à des soins de maternité dans le pays d'accueil, meilleurs que ceux du pays d'origine (Benza & Liamputtong, 2014 ; Berman et al., 2014 ; Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). Leur arrivée dans le nouveau pays et leur grossesse sont des événements qui représentent un nouveau départ pour elles. À travers leur grossesse, ces femmes se rassurent en espérant créer une stabilité familiale et en idéalisant la famille (Berman et al., 2014). Elles ont l'espoir d'un avenir meilleur dans le pays d'accueil malgré quelques peurs et de l'anxiété qu'elles peuvent ressentir vis-à-vis du système de santé (Benza & Liamputtong, 2014).

Pour pouvoir évaluer l'incertitude comme un danger ou une opportunité, il faut tenir compte des attentes des femmes enceintes requérantes d'asile, qu'elles soient des illusions ou liées à un vécu passé. En effet, ces femmes se font des illusions en

rapport à leur situation de vie qui pourrait les orienter vers une évaluation de l'incertitude comme une opportunité. Cependant, elles peuvent parfois évaluer l'incertitude comme un danger par reflet des expériences qu'elles ont pu avoir par le passé.

5.3. Stratégies de coping et adaptation à l'incertitude des femmes enceintes requérantes d'asile

Après évaluation de l'incertitude générée par la situation de santé comme un danger ou une opportunité, la femme enceinte requérante d'asile va faire face par des stratégies de coping à sa situation. Si l'incertitude est perçue comme un danger, des stratégies mobilisatrices et du contrôle des affects seront utilisées. A contrario, si l'incertitude est vécue comme une opportunité, alors des stratégies de tampon seront mises en évidence. Ces deux voies amèneront, toutes deux, la femme enceinte requérante d'asile à l'adaptation (Mishel, 1988, cité par Alligood, 2014).

Pour l'incertitude vécue comme une opportunité, les facteurs de résilience interviennent alors. En effet, les désillusions perçues à l'arrivée dans le pays d'accueil sont acceptées comme telles et intégrées à la situation de vie des femmes enceintes requérantes d'asile. Des obstacles à la résilience peuvent encore être néanmoins présents à ce stade-là, comme par exemple les perceptions négatives ou les critiques des proches, les violences qu'elles peuvent subir dans le pays d'accueil et la méconnaissance qu'elles ont du système de santé (Gagnon & Stewart, 2014). L'indulgence qu'elles ont envers le vécu de leur passé à ce moment-là ainsi que les ressources internes et externes qu'elles possèdent leur permettent de tamponner l'incertitude vécue comme une opportunité. Elles disent ressortir grandies de leur expérience, ce qui leur permet par la suite de s'adapter au mieux (Berman et al., 2014).

C'est souvent une fois dans le processus d'adaptation que la femme enceinte requérante d'asile va être prise en soin. Des besoins vont alors naître à ce stade concernant notamment la prise en soin par les professionnels de santé et le besoin de soutien psychologique s'y rapportant (Gagnon & Stewart, 2014 ; Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). Le soutien psychologique de cette population est souvent mis de côté, voire inexistant ; elles en ont pourtant besoin pour amorcer leur processus d'acculturation. Des barrières à la prise en soin naissent et compliquent l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile (Benza & Liamputtong, 2014 ; Haith-Cooper

& Bradshaw, 2013 ; Kurth et al., 2010). Notamment, la barrière de la langue vient souvent entraver la compréhension qu'elles peuvent avoir de leur situation de santé (Kurth et al., 2010). S'ajoute à cela l'attitude des professionnels de santé pas toujours adaptée à la problématique que rencontre cette population en termes de statut légal mais aussi de grossesse en terre d'asile, qu'elle soit désirée ou non (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013). En ce sens, elles ont souvent de la peine à être entendues dans leurs besoins et ont, par la suite, du mal à avoir confiance en l'autorité crédible que représente le système de santé du pays d'accueil, en lien avec l'attitude des soignants. Ils adoptent souvent, par souci d'économie psychologique et par méconnaissance, des attitudes professionnelles empreintes de préjugés avec des prises en soin non holistiques, ne considérant ni le statut légal de ces patientes, ni leur représentation de la maladie en lien avec leur culture et leurs besoins. Cela s'explique par le manque de compétences culturelles de ces professionnels de santé, associées parfois à un manque d'intérêt pour cette problématique ou un détachement de ce rôle-là (Benza & Liamputtong, 2014). En effet, ils se sentent parfois démunis dans la prise en soin tardive de certaines femmes enceintes requérantes d'asile. Les professionnels de santé ignorent souvent dans leur prise en soin de cette population, les antécédents de l'incertitude si ce n'est pas l'incertitude elle-même ressentie par ces femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils peuvent toujours avoir pris en soin des femmes enceintes autochtones déjà dans le processus d'adaptation à leur grossesse, sans le facteur migratoire ajouté. Néanmoins, en ne prenant pas en considération les antécédents de l'incertitude de ces femmes, ils n'ont pas une prise en soin empreinte d'empathie et incluant leur histoire de vie à leur situation de santé actuelle.

En lien avec cette méconnaissance de la problématique des femmes enceintes requérantes d'asile dans leur adaptation face à l'avenir, alors qu'elles sont prises en soin par des professionnels de santé, naît le besoin de formation culturelle. Dans l'attente de cela, le modèle « La femme enceinte dans son contexte global » permet d'intégrer la femme enceinte requérante d'asile à son contexte qu'est la migration et tous ses antécédents s'y apportant, permettant au professionnel de santé d'avoir une prise en soin holistique soucieuse de répondre aux besoins spécifiques de cette population et à plus faible échelle, à chaque femme.

La discussion a été, en effet, basée sur la mise en lien de l'analyse des articles et de la théorie de l'incertitude de Mishel, et plus précisément sur le schéma. Ce schéma, lors de la prise en soin d'une femme enceinte requérante d'asile, peut ainsi

servir de fil conducteur pour ne négliger aucune dimension de l'histoire de vie passée et actuelle de cette femme.

6. CONCLUSION

Pour répondre à la question de recherche : « Quel accompagnement infirmier favorise l'adaptation des femmes enceintes requérantes d'asile dans l'incertitude face à leur avenir ? », l'analyse d'articles scientifiques et la mise en lien de celle-ci avec la théorie de l'incertitude de Mishel lors de la discussion, permet de soulever des pistes de réflexions ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière.

6.1. Apports et limites du travail

Les apports de ce travail ont été tels qu'ils ont permis d'aborder une nouvelle problématique d'actualité qu'est la migration où les femmes, de par leur genre, sont souvent peu incluses dans les études voire mises en retrait. La plus-value de cette revue de littérature tient également dans le fait qu'elle lie les femmes enceintes requérantes d'asile et les infirmières. Ces dernières sont souvent en première ligne dans les prises en soins de personnes migrantes incluant l'aspect psychologique voire psychiatrique, par exemple dans des situations de syndrome post-traumatique ou de grossesse à l'origine d'un viol. Ceci a également permis une nouvelle vision du soin des femmes enceintes requérantes d'asile, interculturelle et globale, notamment par la mise en avant du modèle de soin « La femme enceinte dans son contexte global » par Haith-Cooper & Bradshaw (2013). Ce modèle permet de répondre à la problématique des femmes enceintes requérantes d'asile sur le terrain lorsqu'il s'agit de les prendre en soin. De plus, ce travail met en avant une dimension supplémentaire, celle de la Science infirmière avec la théorie de l'incertitude qui permet de mettre en lien la problématique des femmes enceintes requérantes d'asile, les interventions et l'accompagnement pouvant être mis en place dans cette situation de soin. Le schéma de l'incertitude de Mishel peut d'autant plus être utile lors de la prise en soin en tant que fil conducteur et outil de travail concret.

Néanmoins, l'aboutissement de ce travail a des limites notamment par le fait de la nouveauté même de cette problématique. Peu d'articles ont été publiés sur les femmes migrantes, souvent inatteignables, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une population encore plus ciblée que sont les femmes enceintes requérantes d'asile. Ainsi, sur sept articles retenus, trois articles sont tirés d'une base de données de sages-femmes et non pas infirmière. En outre, la prise en soin infirmière peut être transposée à celle des sages-femmes sur le terrain. D'autant plus que, comme expliqué précédemment, l'infirmière est souvent en première ligne pour la consultation

des femmes enceintes requérantes d'asile qui consultent plus facilement les centres ou services pour les migrants, où les consultations sont réalisées par des infirmières et des médecins. De surcroît, des liens entre les articles et la problématique ont dû être faits par manque d'informations disponibles concernant cette population dans leur contexte de vie, ce qui donne lieu à une prise de position dans les faits exposés. Ensuite, les dates de publication des articles retenus ne sont pas si récentes, bien qu'il agisse d'une problématique d'actualité, ce pourquoi l'introduction de la problématique expose des données épidémiologiques récentes. Enfin, les échantillons restreints des articles ne permettent pas de généraliser les résultats à la population mais permettent de donner un ordre d'idée de la situation actuelle dans la prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile et permettent surtout de donner des recommandations pour la pratique et la formation ainsi que des pistes de réflexion pour de futures recherches.

6.2. Recommandations

Cette revue de littérature a permis d'établir certaines recommandations pour la pratique infirmière. Notamment, la prise en soin des femmes enceintes requérantes d'asile dans leur contexte global grâce à la création du modèle « La femme enceinte dans le contexte global » de Haith-Cooper & Bradshaw (2013). En découle de ce fait, également, le besoin de compétence culturelle des professionnels de santé pour prendre en soin cette population, à savoir porter un intérêt au contexte de vie, mais aussi à la compréhension de leur statut légal. En lien avec cela, la formation continue sur les avancées des conditions de vie et de détention des requérantes d'asile, selon les pays d'origine, permet d'être au plus près de ce que peuvent vivre ces femmes et de les aider au mieux dans leur adaptation face à l'avenir.

Ensuite, avant même d'être professionnels de santé, il en va de même pour les étudiants de la santé en termes de formation à une compétence culturelle de base afin d'intégrer la problématique de la migration à leur prise en soin et de prendre du recul face aux différentes informations apportées notamment par les médias. Afin d'adopter par la suite ou lors de leur stage une prise en soin infirmière qui soit déjà holistique et spécifique à cette population, une formation à l'approche psychologique des situations de vie de migration, des antécédents traumatiques et d'incertitude, s'avère nécessaire. L'encouragement des enseignants pour utiliser le modèle de prise en soin « La femme enceinte dans le contexte global » permettrait d'habituer déjà les étudiants à une prise

en soin holistique spécifique à cette population, afin qu'ils soient, une fois professionnels, plus aptes à prendre en soin les femmes enceintes requérantes d'asile.

Pour les futures recherches, il serait intéressant qu'une quatrième partie de l'article Haith-Cooper & Bradshaw (2013) soit à rédiger afin d'expliquer et de donner un retour sur la prise en soin selon le modèle de « La femme enceinte dans le contexte global » sur le terrain en termes de ressenti aussi bien des professionnels de santé que des femmes enceintes requérantes d'asile. En lien avec cela, une recherche sur le terrain dans les consultations infirmières pour les migrants afin de voir les liens existants entre les femmes enceintes requérantes d'asile et les infirmières serait pertinente pour donner de nouvelles recommandations pour la pratique. Pour se faire, il serait judicieux de pouvoir élargir à une plus grande échelle les résultats de recherche sur cette population vulnérable, de plus en plus présente dans les prises en soin. Elle consulte parfois de façon abusive par manque de compréhension ou alors tardivement par peur et manque de confiance en l'autorité crédible que représente le système de santé du pays d'accueil.

7. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work*. St Louis : Elsevier Mosby.
- Balaam, M. -C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A.-M., Ensel, A., Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930.
- Benza, S. & Liamputtong, P. (2014). Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*, 30(6), 575-584.
- Berman, H., Mason, R., Hall, J., Rodger, S., Classen, C. C., Evans, M. K., ... Al-Zoubi, F. (2014). Laboring to mother in the context of past trauma: The transition to motherhood. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1-12.
- Cadart, M.-L. (2004). La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. *Dialogue*, 163(1), 60-71.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (2012). *Incertitude*. Accès <http://www.cnrtl.fr/definition/incertitude>
- Confédération Suisse. (2015). *Santé maternelle et infantile des populations migrantes - Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (12.3966)*. Accès <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123966/Bericht%20BR%20F.pdf>
- Conseil de l'Europe [COE]. (2016). *Le carnet des Droits de l'Homme du Commissaire : Les droits des femmes et des filles réfugiées ou migrantes doivent être mieux protégées*. Accès https://www.coe.int/fr/web/commissioner/blog/-/asset_publisher/xZ32OPEoxOkq/content/human-rights-of-refugee-and-migrant-women-and-girls-need-to-be-better-protected
- De Fátima Vieira Martins, M. (2012). Surveillance prénatale et éducation pour la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 60-64.

- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 17*(4), 303-310.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue, 15*(157), 39-44.
- Goguikian Ratcliff, B., Sharapova, A., Pereira Kraft, C., Grimard, N. & Borel Radeff, F. (2015). Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève. *Devenir, 27*(2), 77-99.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers, midwifery students' perspectives: part 1; dominant discourses and midwifery students. *Nurse Education Today, 33*(9), 1008-1013.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers: Midwifery students' perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse Education Today, 33*(8), 772-777.
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers; midwifery students' perspectives: part 3; « the pregnant woman within the global context »; an inclusive model for midwifery education to address the needs of asylum seeking women in the UK. *Nurse Education Today, 33*(9), 1045-1050.
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins infirmiers*. Accès <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2012). *Réseau Santé pour tous, la responsabilité*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/sante_migrants.pdf

- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S. & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10(659), 1-11.
- Lazure, G. (1998). L'incertitude... L'influence de l'évolution d'un concept sur le développement de la connaissance infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 53, 24-37. Accès <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/53/24.pdf>
- Mc Govern, D. P. B., Valori, R. M., Summerskill, W. S. M., Levi, M. (2001). *Key Topics in Evidence-Based Medicine (Key topics)*. Oxford (UK) : BIOS.
- Meleis, A.-I. (2007). *Theoretical Nursing : development & progress* (4e éd.). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Merry, L. A., Gagnon, A. J., Kalim, N., & Bouris, S. S. (2011). Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 286-290.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA StatementThe PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- Moreira Almeida, L., Caldas, J. P., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (2013). Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. *Cadernos De Saude Publica*, 30(2), 333-340.
- Muze 74. (2014). *Etonnantes migrantes* [Image]. Accès <https://sabrinakassa.fr/muze-74-etonnantes-migrantes/>
- Office cantonal de la Statistique [OCSTAT]. (2016). *Bilan et état de la population du canton de Genève en 2015*. Genève : Roland Rietschin. Accès https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/informations_statistiques/autres_themes/is_population_10_2016.pdf

- Office cantonal de la Statistique [OCSTAT]. (2017). *Annuaire statistique du canton de Genève*. Accès https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2017/donnees_generales/annuaire/dg_as_2017.pdf
- Organisation Internationale pour les migrations [OIM]. (2007). *Termes clés de la migration*. Accès <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2009). *Résumé d'orientation : les femmes et la santé, la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70120/1/WHOIER_MHI_STM.09.1_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2013). *Un nouveau rapport de l'OMS met en évidence des inégalités en matière d'amélioration de la santé en Europe, et préconise la mesure du bien-être comme indicateur du progrès*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2013/03/new-who-report-reveals-unequal-improvements-in-health-in-europe-and-calls-for-measurement-of-well-being-as-marker-of-progress>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2017). *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants : projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants*. Accès http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-fr.pdf
- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [OSAR]. (2014). *La Suisse terre d'asile - Informations sur le droit d'asile et les personnes en procédure d'asile*. Accès <https://www.osar.ch/assets/hilfe/la-suisse-terre-dasile.pdf>
- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [OSAR]. (2017). *Droit d'asile - Organisation suisse d'aide aux réfugiés*. Accès <https://www.osar.ch/droit-dasile.html>
- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [OSAR]. (2017). *La procédure d'asile en bref*. Accès <https://www.osar.ch/aide/la-procedure-dasile-en-bref.html>
- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [OSAR]. (2017). *Procédure d'asile*. Accès <https://www.osar.ch/droit-dasile/procedure-dasile.html>

- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [OSAR]. (2017). *Requérant d'asile - Organisation suisse d'aide aux réfugiés*. Accès <https://www.osar.ch/droit-dasile/statuts-juridique/requerant-dasile.html>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal : Chenelière éducation.
- Plateforme d'informations sur l'asile. (2016). *Restructuration de l'asile : Mise au point sur la durée des procédures*. Accès <https://asile.ch/2016/02/15/decryptage-restructuration-de-lasile-mise-au-point-sur-la-duree-des-procedures/>
- Plateforme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers. (2014). *Accès aux soins des populations vulnérables en Suisse : situation et recommandations 2014*. Accès https://www.sante-sans-papiers.ch/FR/files/acces_aux_soins--4-_bk1c0aw0.pdf
- Putteman, N. & Servotte, J.-C. (Dir.). (2015). *Pathologies chronique et grossesse : quelle interdisciplinarité pour les infirmiers et les sage-femmes ? : Les maladies chroniques : Formation, recherche et leadership clinique en soins infirmiers, 26 mars 2015*, Lausanne : Unil.
- Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2014). *La procédure Dublin*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/dublin/dublinverfahren.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2016). *Statistique en matière d'asile 2016*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2017/2017-01-23.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2017). *Principes régissant le traitement des demandes d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/behandlungsstrategie.html>

Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2017). *Statistique en matière d'asile, janvier 2017*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017/01.html>

Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2017). *Statistique sur les étrangers, juin 2017*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/archiv/2017/06.html>

Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]. (2017). *Statistique en matière d'asile, novembre 2017*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017/11.html>

Smith, M. J., & Liehr, P. (2014). *Middle range theory for nursing / Mary Jane Smith and Patricia R. Liehr ed. (3rd ed..)*. New York: Springer.

Springer Link. (2018). *Archives of Women's Mental Health*. Accès <https://link.springer.com/journal/737>

Syndicat National des Professionnels Infirmiers [SNPI]. (2011). *SOIN TRANSCULTUREL, SCIENCE INFIRMIÈRE ET ANTHROPOLOGIE - Soin transculturel, un impératif pour l'Infirmière du 21^{ème} siècle Ou quand la science infirmière rencontre l'anthropologie*. Accès <http://www.syndicat-infirmier.com/Soin-transculturel-science.html>

TERRE DES FEMMES Suisse [TDF 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_Asyilverfahren_f.pdf

TERRE DES FEMMES Suisse [TDF Suisse]. (2014). *Rapport sur la situation des femmes requérantes d'asile dans les logements collectifs*. Accès https://www.terre-des-femmes.ch/images/docs/20140_Bericht_Unterbringung-f_def_web.pdf

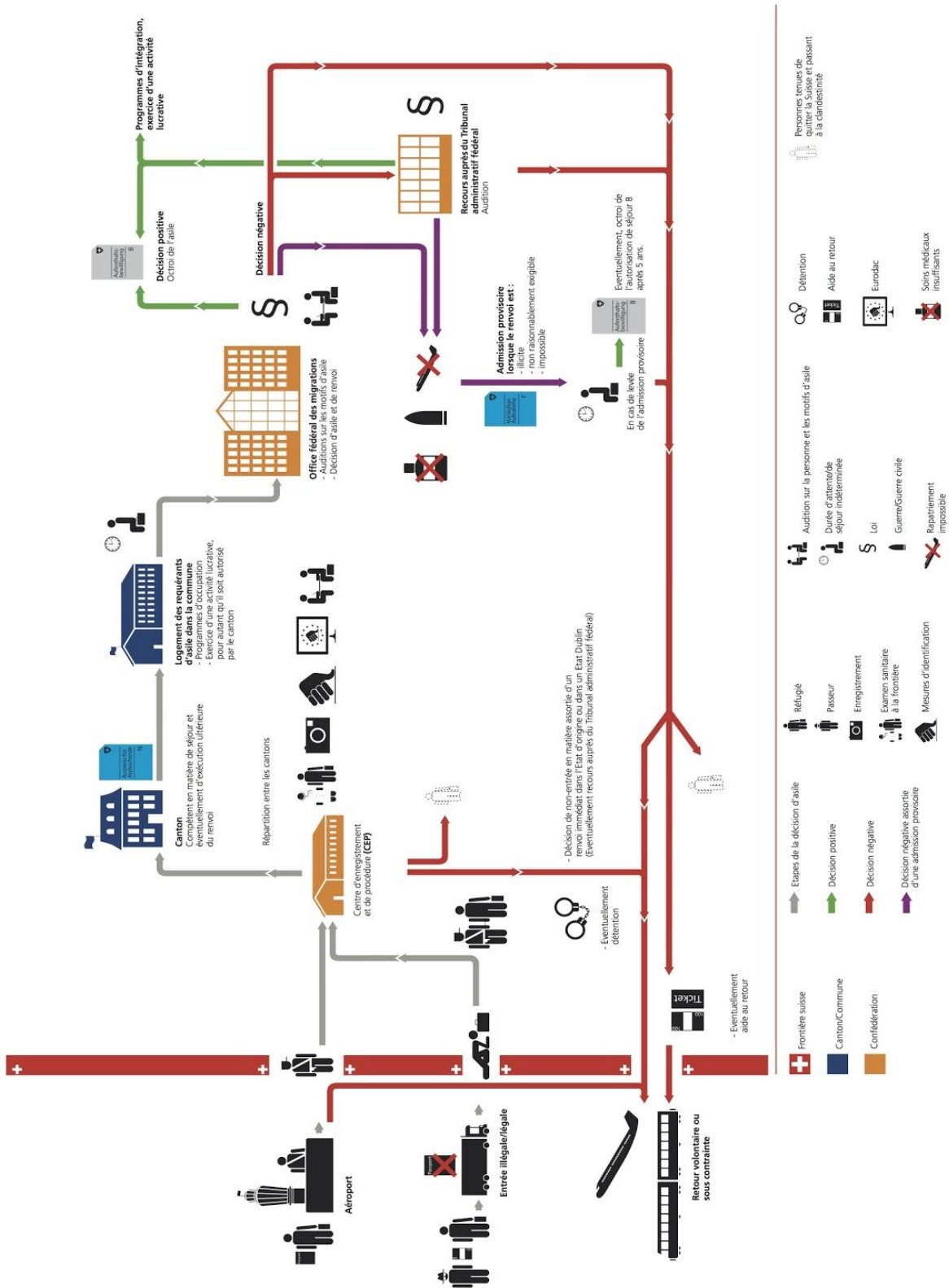
United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2010). *La violence faite aux femmes pendant leur voyage : Algérie, France, Espagne, Maroc*. Accès <http://www.refworld.org/docid/4caae5012.html>

United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2016). *Global Trends Forced Displacement in 2015*. Accès <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>

Université de Genève [Unige]. (2015). *Les droits des femmes sans statut légal à Genève*. Accès <http://www.unige.ch/droit/lawclinic/Brochure-complete.pdf>

ANNEXES

8.1. Annexe A : Schéma du SEM sur la procédure d'asile en Suisse



8.2. Annexe B : Schéma de la méthodologie de la pratique de la théorie de l'incertitude de Mishel

Uncertainly in Illness Theory

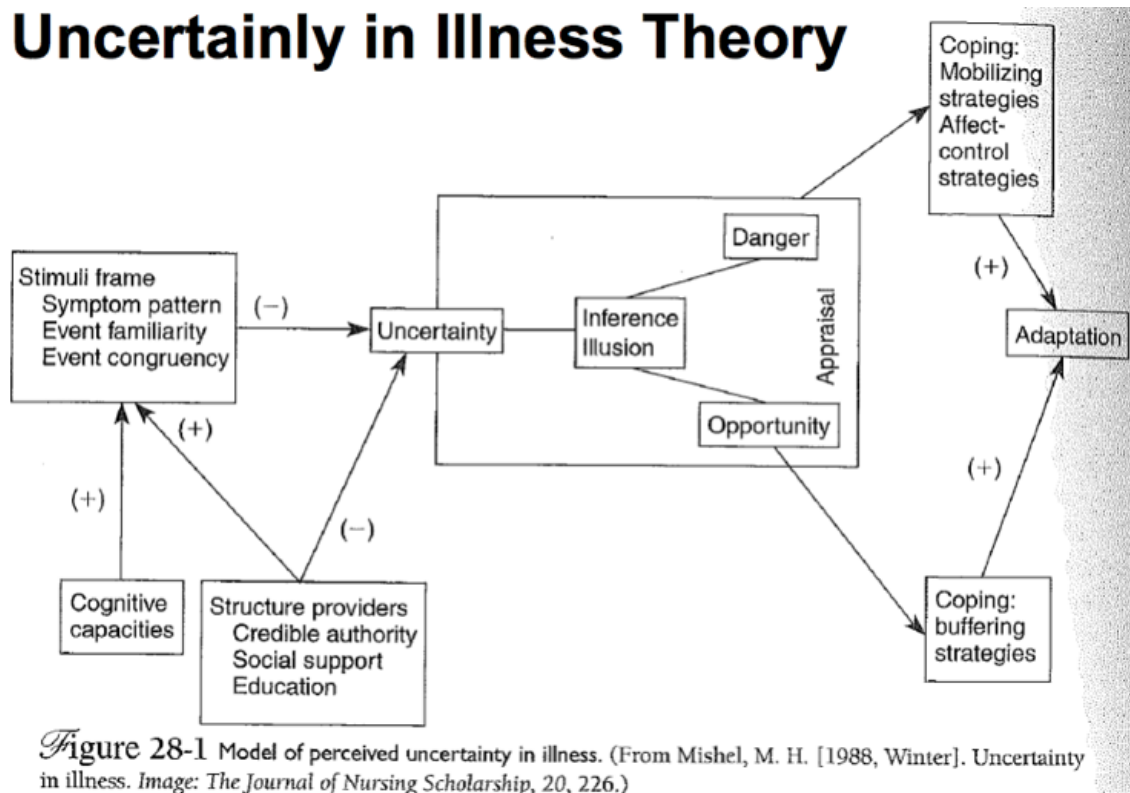


Figure 28-1 Model of perceived uncertainty in illness. (From Mishel, M. H. [1988, Winter]. Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20, 226.)

8.3. Annexe C : Equations de recherche selon les bases de données

PUBmed

S1 ((((((migrant[MeSH Terms]) OR transients[MeSH Terms]) OR Asylum Seeker[MeSH Terms]) OR refugee[MeSH Terms]) OR immigrant[MeSH Terms]) AND women[MeSH Terms]) OR female[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years; English; French = 1 339 857 articles

S2 (((nurse[MeSH Terms]) OR nurse's role[MeSH Terms]) OR nursing care[MeSH Terms]) OR community health nursing[MeSH Terms]) OR nursing, advanced practice[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years; English; French = 21 071 articles

S3 (((pregnancies[MeSH Terms]) OR gestation[MeSH Terms]) OR perinatology[MeSH Terms]) OR gravidities[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years; English; French = 91 074 articles

S4 ((((((((((uncertainty[MeSH Terms]) OR adaptation, psychological[MeSH Terms]) OR emotional adjustment[MeSH Terms]) OR social adjustment[MeSH Terms]) OR psychological adjustment[MeSH Terms]) OR adjustment[MeSH Terms]) OR psychological rehabilitation[MeSH Terms]) OR coping behavior[MeSH Terms]) OR adaptative behavior[MeSH Terms]) OR habilitation[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years; English; French = 66 392 articles

S5 (((predictions and projections[MeSH Terms])) OR future[MeSH Terms]) OR forecasting[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years; English; French = 8 117 articles

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 + S4 + S5 = 0}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 + S4 = 34} \rightarrow 0 \text{ retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 = 1066} \rightarrow 20 \text{ articles retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S4 + S5 = 2} \rightarrow 0 \text{ retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S3 + S4 = 977} \rightarrow 27 \text{ retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S3 + S4 + S5 = 0}$$

Articles retenus en dehors de ces équations → 13 articles retenus sur la base du titre

CINHAL

- S1** women AND (refugees or asylum seekers) OR immigrants OR (transients and migrants) = 1683 articles
- S2** nursing care OR nurse OR practical nursing OR nurse attitudes OR community health nursing OR advanced practice nursing OR nursing role OR coping strategies = 49 507 articles
- S3** pregnancy OR perinatology = 8 843 articles
- S4** mishel uncertainty in illness theory OR uncertainty OR identity crisis OR adaptation, psychological OR attitude to illness OR social adjustment OR coping = 8 100 articles
- S5** forecasting = 646 articles

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 + S4 + S5 = 0}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 + S4 = 0}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S3 = 5} \rightarrow 2 \text{ retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S2 + S4 + S5 = 0}$$

$$\mathbf{S1 + S3 + S4 = 3} \rightarrow 1 \text{ retenus sur la base du titre}$$

$$\mathbf{S1 + S3 + S4 + S5 = 0}$$

Articles retenus en dehors de ces équations → 3 articles retenus sur la base du titre

PsycINFO

- S1** ((human females and human migration) or refugees or asylum seeking or immigration).af. limit to (full text and (english or french) and yr="2013 - Current") = 7 844 articles
- S2** (nursing or caring behavior or nurses or health care delivery or primary health care).af. limit to (full text and (english or french) and yr="2013 -Current") = 53 003 articles
- S3** (pregnancy or perinatal period).af. limit to (full text and (english or french) and yr="2013 -Current") = 13 824 articles
- S4** (coping behavior or social adjustment or adjustment or adaptation or resilience or coping or adaptative behavior or accomodation or habilitation).af. limit to (full text and (english or french) and yr="2013 -Current") = 81 498 articles
- S5** (future or expectations or prediction or projection).af. limit to (full text and (english or french) and yr="2013 -Current") = 131 207 articles

S1 + S2 + S3 + S4 + S5 = 45 → 12 articles retenus sur la base du titre

S1 + S2 + S3 + S4 = 81 → 25 articles retenus sur la base du titre

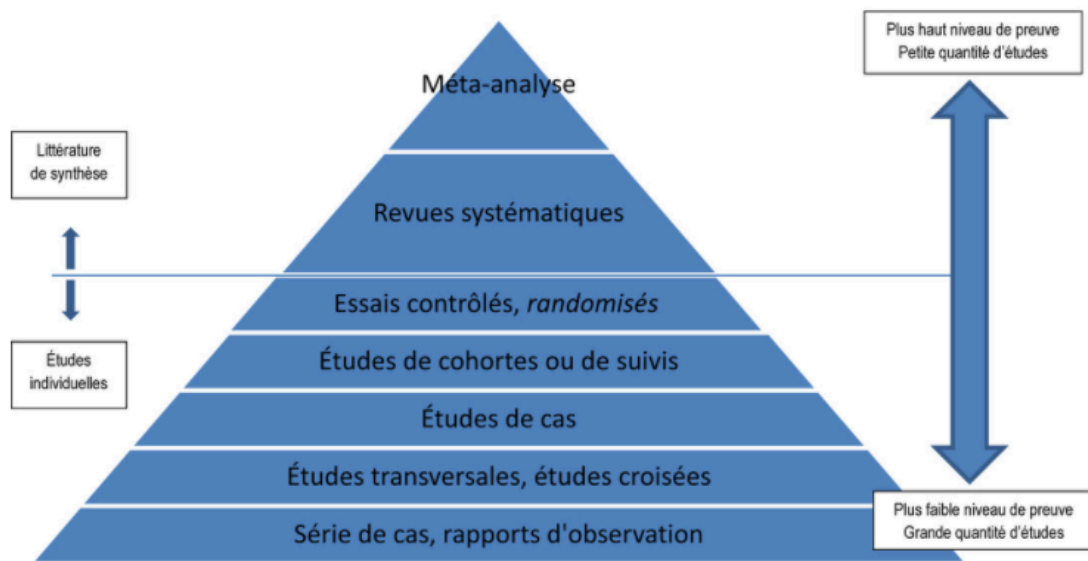
S1 + S2 + S3 = 184 → 39 articles retenus sur la base du titre

S1 + S2 + S4 + S5 = 397 → 21 articles retenus sur la base du titre

S1 + S3 + S4 = 186 → 33 articles retenus sur la base du titre

S1 + S3 + S4 + S5 = 105 → 17 articles retenus sur la base du titre

8.4. Annexe D : Pyramide des niveaux de preuve scientifiques des études



Tiré de : Mc Govern, Valori, Summerskill & Levi (2001)

8.5. Annexe E : Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (Tiré de : Elsevier Masson (2014))

Titre

Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 303-310.

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Ce n'est pas l'auteur qui a mené l'entretien individuel mais un interviewer entraîné par un expert en méthodologie qualitative.

2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD. PhD Anita J. Gagnon, PhD Donna E. Stewart

3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Anita J. Gagnon : travaille à l'école d'infirmière, au département de gynécologie et d'obstétrique ainsi qu'à l'institut de recherche de l'Université de Mc Gill à Montréal.

Donna E. Stewart : travaille à la faculté de médecine de l'Université de Toronto et la faculté de recherche en soins et en santé de l'Université de Toronto.

4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Les deux chercheurs sont des femmes.

5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Elles sont toutes les deux PhD et travaillent pour l'une, dans une université de soins infirmiers et pour l'autre, dans une université de médecine.

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Oui, car les participantes de cette étude ont déjà participé à une étude précédente (condition inclusion des participantes).

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur ? Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche. Motifs de la recherche, objectifs de la recherche, pas de relation à l'interviewer qui n'est pas le chercheur directement.

8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche. [Aucune](#)

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu : [Analyse de contenu des discours à partir des interviews eux-mêmes \(prise de notes, cahier de réflexions personnelles\) et des enregistrements audio des interviews.](#)

Sélection des participants

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige. [Echantillonnage consécutif à l'étude précédente avec des critères d'inclusion additionnels : avoir subi une expérience de violence pendant la grossesse, consentement antérieur pour participer à d'autres études, score <10 EPDS à 4 mois de post-partum, habiter actuellement à Toronto ou Montréal.](#)

11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel. [Prise de contact par téléphone puis entretien semi-structuré de 45 à 140 minutes en face à face.](#)

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? [10 participantes incluses dans l'étude.](#)

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? [Aucune n'a abandonné l'étude bien qu'il ait été spécifié qu'elles pouvaient la quitter à tout moment.](#)

Contexte

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail. [Lieu confidentiel choisi par les participantes.](#)

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? [Non, seulement l'interviewer entraîné et la participante dans un lieu confidentiel.](#)

16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date. [Participation volontaire, âgées de 27 à 48 ans de diverses origines, au Canada depuis 2 à 8 ans.](#)

Recueil des données

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? [Oui, entretiens semi-structurés. Non, guide d'entretien non testé au préalable.](#)

18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? [Non, un seul entretien.](#)

19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? [Enregistrement audio.](#)

20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? [Oui, notes prises pendant l'entretien sur les thèmes abordés puis après l'entretien un cahier de terrain avec les réflexions plus poussées \(observations, sentiments\).](#)

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? [De 45 à 140 minutes.](#)

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? [Non. Mais en amont, les chercheurs se sont demandés si aborder le thème de la violence pendant la grossesse pouvait ou non amener une recrudescence de sentiment lors de l'entretien. Le fait de déjà connaître ces facteurs dans l'étude au préalable a permis d'y pallier.](#)

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? [Non mentionné.](#)

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données. Combien de personnes ont codé les données ? [2 personnes, les deux auteurs.](#)

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? [Non.](#)

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? [6 thèmes étaient déjà préalablement définis pour être explorés dans les entretiens.](#)

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? [Non mentionné.](#)

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? **Non mentionné.**

Rédaction

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant. **Oui des citations sont incluses dans l'analyse des résultats, mais non identifiées selon les participantes.**

30. Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? **Oui.**

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? **Oui, chaque résultat est présenté selon les thèmes préalablement présentés.**

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? **Oui, le cas échéant les thèmes secondaires sont définis.**

8.6. Annexe F : Fiche de lecture : A. J. Gagnon & D. E. Stewart (2013)

Titre

Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 303-310.

Auteurs

PhD Anita J. Gagnon, PhD Donna E. Stewart

- Anita J. Gagnon : travaille à l'école d'infirmière, au département de gynécologie et d'obstétrique ainsi qu'à l'institut de recherche de l'Université de Mc Gill à Montréal.
- Donna E. Stewart : travaille à la faculté de médecine de l'Université de Toronto et la faculté de recherche en soins et en santé de l'Université de Toronto.

Revue

Selon Springer (2018), *Archives of Women's Mental Health* ou *Archives de Santé mentale de la Femme*, sont le journal officiel de l'Association Internationale pour la Santé mentale de la Femme, la Société Marcé et la Société Nord-américaine pour l'Obstétrique Psychosociale et la Gynécologie (NASPOG). L'échange de connaissances entre des psychiatres et des gynécologues-obstétricien est l'un des buts majeurs du journal. Sa portée internationale inclut la psychodynamique, les aspects sociaux et biologiques de tous les troubles psychiatriques et psychosomatiques des femmes. Les rédacteurs accueillent particulièrement des études interdisciplinaires, se concentrant sur l'interface entre la psychiatrie, le psychosomatique, l'obstétrique et la gynécologie. Les archives de Santé mentale de Femme publient des papiers de recherche rigoureusement passés en revue, des communications courtes, des rapports de cas, des articles de revue, des éditoriaux invités, des perspectives historiques, des revues de littérature, des lettres à l'éditeur, aussi bien que des résumés de conférence. Seulement les contributions écrites en anglais sont acceptées. Le journal aide des cliniciens, des professeurs et des chercheurs à incorporer la connaissance de tous les aspects de santé mentale de femme dans le soin clinique actuel et futur, et la recherche.

Contexte – résumé

L'exposition à la violence associée à la grossesse est un problème social de santé publique non reconnu qui a un énorme impact sur la santé mentale et physique des

femmes et de leur enfant. Leur étude précédente et récente de 1 127 nouvelles mères vivant dans deux villes urbaines du Canada a montré que les réfugiées et les requérantes d'asile étaient plus susceptibles de subir la violence pendant leur grossesse que les immigrées ou les canadiennes natives. Certaines migrantes ayant expérimenté la violence pendant la grossesse avaient des niveaux plus bas de risque de dépression à l'EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) suggérant que la résilience peut avoir un rôle important dans le maintien de leur santé mentale. Par conséquent, ils ont exploré les processus qui améliorent la résilience des migrantes face à la violence pendant la grossesse. Ils ont conduit 10 entretiens semi-structurés qui ont été inclus pour avoir subi de la violence pendant leur grossesse et pour voir un bas risque de dépression postpartum. Ils ont analysé des thématiques précises dans ces entretiens. Les migrantes internationales trouvent des ressources psychologiques internes, des supports sociaux externes et des facteurs systémiques incluant le gouvernement, vital, pour leur résilience. Les participantes perçoivent des différences dans la résilience selon le genre et le statut migratoire. Les migrantes internationales utilisent une gamme de processus pour maintenir et améliorer leur résilience après la violence pendant la grossesse, et ceci peut être aidant pour les femmes moins résilientes et vulnérables pour la dépression post-partum.

But et concepts

Mots-clés : Résilience, immigration/émigration, grossesse, violence, abus

Le but de cette étude est de définir quels facteurs permettent de maintenir ou d'améliorer la résilience des femmes migrantes internationales ayant récemment donné naissance après avoir été exposées à de la violence durant leur grossesse.

Ancrage théorique

Aucun ancrage théorique n'est présenté dans cet article.

Méthode

· Echantillon

10 participantes ont été incluses dans l'étude.

· Population

Il s'agit de femmes migrantes de 27 à 48 ans, séjournant au Canada depuis 2 à 8 ans. Elles proviennent de différents pays. Elles ont été incluses à l'étude selon plusieurs critères :

- avoir participé à l'étude précédente sur la santé et le soin des femmes ayant récemment migré au Canada en période périnatale
- avoir donné l'accord d'être recontactées pour une potentielle future participation pour d'autres études
- avoir une histoire de violence durant la grossesse (violence physique depuis le début de la grossesse basée sur le Abuse Assessment Screen, ou grossesse comme conséquence d'une relation sexuelle forcée, ou viol, abus sexuel ou torture subis basé sur le Harvard Trauma Questionnaire)
- être résilientes : avoir un score <10 au Edinburgh Postnatal Depression à 4 mois post-partum
- vivant actuellement à Montréal ou Toronto.

· *Collecte de données*

Les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés en face à face. Afin d'être contactées pour réaliser ces entretiens, un interviewer entraîné par un expert en méthode qualitative, a contacté par téléphone les participantes pour leur demander leur accord, et leur laisser choisir un lieu privé et confidentiel pour le réaliser.

Ensuite, des thèmes préalablement choisis ont été explorés au cours de ces entretiens. Des notes ont été prises par l'interviewer au cours de l'entretien dans un cahier de terrain concernant notamment les différents thèmes explorés, ou de nouveaux thèmes. Puis, à la suite de l'entretien, l'interviewer notait ses réflexions, ses sentiments, ses observations dans un cahier. Tous les entretiens ont été enregistrés par un enregistrement audio, avec accord des participantes. Les données ont ensuite été analysées par les deux auteurs.

Résultats

Les résultats ont été relevés selon les différents thèmes étudiés lors des entretiens :

- ressources psychologiques internes et de coping : estime d'elles-mêmes, efficacité, optimisme, espoir, rusticité, maîtrise
- support social extérieur : famille, amis, école, travail, église ou pasteur, partage d'expériences avec les autres
- facteurs systémiques : jour de soins, soins de santé physiques et mentaux, centres de santé communautaire, services légaux, services sociaux, cours de langues, gouvernement canadien

- obstacles à la résilience : facteurs extérieurs comme la violence domestique, raconter les histoires de violence aux agences de services, perception négative des amis, la critique des parents, accès aux soins (délais, méconnaissance)
- besoin de support : parler à quelqu'un, absence famille et amis
- résilience selon le genre : dépend des participantes
- la résilience des migrants : plus forte que celle des canadiens due au vécu passé traumatique ou non

Ethique

Des considérations éthiques sont avancées dans l'article, notamment concernant l'abord de la violence dans les entretiens. En effet, les auteurs ont posé le risque de réaction émotionnelle durant l'entretien, néanmoins, l'accès aux données de la précédente étude leur a permis d'éviter de faire renaître les événements douloureux puisqu'ils sont déjà documentés dans cette base de données. Elles ont plutôt choisi d'identifier les conséquences principales de ces expériences pour faciliter le processus et les motiver à partager leur expérience pour aider les autres comme elles et pour avancer. En addition à cela, un protocole a été défini pour détecter les femmes ayant des besoins d'assistance émotionnelle ou psychologique avec un psychiatre-anthropologiste. L'interviewer précisait à chaque participante l'obligation légale de reporter toute suspicion d'abus ou de négligence infantile. Les participantes pouvaient mettre un terme à l'étude à tout moment.

Apports article

Les résultats de cet article confirment les résultats d'autres études sur la résilience mais certains points diffèrent. Cette étude ajoute que le besoin de travailler ou d'aller à l'école est également un besoin additionnel pour accéder à la résilience. Les obstacles à la résilience qui ressortent en plus des autres études sont les critiques des amis, de la famille ou du partenaire. Les participantes mettent en relief le fait d'appeler la police comme un support notable et une façon de se battre.

Limites

- petit échantillon non généralisable à la population migrante
- mesure unique EPDS qui évalue les risques de dépression mais pas d'anxiété ou de syndrome de stress post-traumatique
- pas d'implications pour la pratique infirmière
- authenticité quand il y a un interprète

- durées des entretiens très différentes : de 45 à 140 minutes ; certaines participantes ont pu plus développer que d'autres
- arbre de codage non apparent
- logiciel utilisé pour coder les données non mentionné
- participantes non contactées pour le retour des résultats ou la correction après codage

Pistes de réflexion

L'utilisation d'un score incluant l'anxiété et le syndrome post-traumatique dans une étude permettrait d'observer les séquelles de la violence également en plus de l'EPDS. L'OMS recommande de travailler sur des sources existantes en proposant des discussions sur la nature du genre. Les médias soulignent l'importance de la violence envers les femmes et promeut le support social des amis et de la famille. Une continuité entre les soins de santé primaire, de reproduction, des soins d'urgences et de santé mentale permettrait de détecter les femmes en détresse. Des approches spécifiques sur ces critères devraient être explorées dans de futures recherches. Des études quantitatives pourraient être réalisées pour examiner les facteurs de résilience dans les études qualitatives pour intégrer des approches méthodologiques.

8.7. Annexe G : Tableau des thèmes communs aux articles

	Résilience des femmes enceintes requérantes d'asile	Méconnaissance de la problématique des femmes enceintes requérantes d'asile par les professionnels de santé	Besoins des femmes enceintes requérantes d'asile	Attentes des femmes enceintes requérantes d'asile	Barrières aux soins	Vulnérabilité des femmes enceintes requérantes d'asile
Benza, S. & Liamputtong, P. (2014)		X		X	X	X
Berman, H. et al. (2014)	X			X		X
Gagnon, A. J. & Stewart, D. E. (2014)	X		X			X
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 1		X				X
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 2		X	X		X	X
Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013) Part 3	X		X	X	X	X
Kurth, E. et al. (2010)					X	X