

# Santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance

ÉTAT DES CONNAISSANCES

AOÛT 2024

**SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES**

## **AUTEURE**

Stephani Arulthas, conseillère scientifique  
Direction du développement des individus  
et des communautés

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Julie Laforest, chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus  
et des communautés

## **COLLABORATION**

Gabrielle Désilets, conseillère scientifique spécialisée  
Liliana Gomez-Cardona, conseillère scientifique  
spécialisée

Andréane Melançon, conseillère scientifique  
spécialisée en développement de l'enfant  
Réal Morin, médecin spécialiste en santé publique  
et en médecine préventive  
Direction du développement des individus  
et des communautés

## **COMITÉ SCIENTIFIQUE**

Christine Gervais, professeure titulaire  
Département des sciences infirmières, Université du  
Québec en Outaouais

Isabelle Laurin, chercheuse d'établissement  
Direction régionale de santé publique de Montréal  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Centre-Sud de Montréal

Noémie Trosseille, chargée de projets  
Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé  
physique des réfugiés et des demandeurs d'asile  
(CERDA)  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

## **RÉVISION PAR LES PAIRS**

Zoé Brabant, MD, responsable médicale, Service  
périnatalité, enfance, famille et communauté  
Direction régionale de santé publique de Montréal  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Centre-Sud de Montréal

Magalie Benoit, conseillère à l'équité, à la diversité  
et à l'inclusion, bureau de la présidente-directrice  
générale adjointe  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux de l'Estrie—CHUS

Vania Jimenez, MD, professeure agrégée  
Département de médecine familiale, Université McGill

Les réviseuses ont été conviées à apporter des  
commentaires sur la version préfinale de ce document  
et, en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le  
contenu final.

L'auteure et les collaborateurs ainsi que les membres  
du comité scientifique et les réviseuses ont dûment  
rempli leurs déclarations d'intérêts, et aucune situation  
à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou  
potentiels n'a été relevée.

## **MISE EN PAGE**

Sophie Michel, agente administrative  
Direction du développement des individus  
et des communautés.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : [droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca](mailto:droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2024  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-98846-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

## REMERCIEMENTS

L'auteure souhaite remercier :

- Emilie Audy, conseillère scientifique spécialisée, à la Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec, pour sa collaboration lors du démarrage de ce projet;
- Docteure Johanne Laguë, adjointe à la programmation scientifique et à la qualité, pour sa contribution au comité de pilotage qui a grandement éclairé la suite de la production de ce document;
- Justine Lauzon, agente de planification, de programmation et de recherche et répondante régionale SIPPE, à la Direction régionale de santé publique de Montréal pour la lecture attentive d'une version préliminaire de cette production scientifique.

## AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le Ministère, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse des connaissances porte sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance et les facteurs associés. Elle a été élaborée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des travaux autour de l'axe 1 « Le développement global des enfants et des jeunes » du Programme national de santé publique 2015-2025. Elle s'adresse principalement aux acteurs du réseau de santé et des services sociaux œuvrant dans le secteur de la périnatalité et de la petite enfance.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>V</b>
<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>1</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.1 Mise en contexte .....	5
1.2 Objectif du mandat.....	7
<b>2 MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>8</b>
<b>3 RÉSULTATS</b> .....	<b>11</b>
3.1 Caractéristiques des études retenues.....	11
3.2 Santé des familles migrantes à statut précaire .....	16
3.3 Les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire.....	25
<b>4 DISCUSSION</b> .....	<b>30</b>
4.1 Principaux constats.....	30
4.2 Pistes de réflexion pour la pratique et pour la recherche future .....	35
4.3 Forces et limites .....	36
<b>5 CONCLUSION</b> .....	<b>38</b>
<b>6 RÉFÉRENCES</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXE 2 DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MIGRANTS À STATUT PRÉCAIRE SELON LES ÉTUDES</b> .....	<b>54</b>
<b>ANNEXE 3 CARACTÉRISTIQUES DES PUBLICATIONS RETENUES</b> .....	<b>56</b>
<b>ANNEXE 4 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ DES FAMILLES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE</b> .....	<b>70</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
Tableau 2	Caractéristiques des études retenues.....	12
Tableau 3	Les principaux résultats en lien avec la santé des familles migrantes à statut précaire et les facteurs associés, selon la qualité de l'étude.....	14
Tableau 4	Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé globale des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire.....	16
Tableau 5	Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé physique des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire.....	17
Tableau 6	Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé mentale et psychosociale des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire.....	20
Tableau 7	Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé globale des enfants migrants à statut précaire.....	22
Tableau 8	Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé physique des enfants migrants à statut précaire.....	23
Tableau 9	Stratégie de recherche pour ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text, CINAHL Complete, Teacher Reference Center (EBSCO).....	47
Tableau 10	Stratégie de recherche pour Ovid MEDLINE(R) ALL (Ovid).....	49
Tableau 11	Stratégie de recherche pour APA PsycInfo (Ovid).....	50
Tableau 12	Stratégie de recherche pour Global Health (Ovid).....	51
Tableau 13	Caractéristiques des publications retenues.....	56
Tableau 14	Facteurs associés à la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants migrants à statut précaire, selon la dimension étudiée.....	70

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

DSP	Direction de santé publique
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSP	Migrant à statut précaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PPE	Périnatalité et petite enfance
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
USIN	Unité de soins intensifs néonataux

## FAITS SAILLANTS

Cette synthèse exploratoire dresse un portrait des connaissances disponibles sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et ailleurs au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance ainsi que les facteurs associés à la santé.

L'examen de la littérature scientifique recensée permet de constater que :

- Les connaissances actuelles sur la santé des familles migrantes à statut précaire sont peu nombreuses. Les études répertoriées portent principalement sur la santé (globale, physique, mentale et psychosociale) des femmes pendant la période de l'accouchement et la période postnatale ainsi que sur la santé du fœtus et du nouveau-né.
- Différents enjeux de santé physique et de santé mentale et psychosociale sont présents chez les femmes enceintes et les mères migrantes à statut précaire. Toutefois, le corpus scientifique examiné ne permet pas de statuer quant à l'existence d'écart favorables ou défavorables en comparaison avec d'autres groupes de la population canadienne.
- Au sujet de l'état de santé des enfants 0-5 ans, la littérature recensée porte principalement sur les enjeux de santé physique survenant chez les nouveau-nés. La santé globale et le développement durant la période de la petite enfance sont peu étudiés, tout comme la santé mentale et psychosociale. Ainsi, la santé des enfants issus des familles migrantes à statut précaire mérite d'être plus amplement étudiée.
- Les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire relèvent de différents niveaux. Plusieurs sont de nature structurelle et relèvent du contexte global dans lequel se déroule la période de la périnatalité et de la petite enfance (ex. : l'absence d'assurance maladie) ainsi que du statut d'immigration. Cependant, le corpus scientifique examiné ne permet pas d'affirmer avec certitude l'influence de l'assurance maladie ou du statut d'immigration sur la santé.
- À la lumière de la littérature recensée, quelques pistes pour la pratique et pour la recherche future pourraient être explorées :
  - Cibler des efforts en matière de promotion de la santé et de prévention des enjeux de santé documentés afin d'améliorer la santé des familles migrantes à statut précaire;
  - Plusieurs pistes de recherche demeurent à explorer en lien avec la santé des familles migrantes à statut précaire : la santé des pères en devenir et des pères de jeunes enfants, l'ampleur et l'évolution des enjeux de santé, et l'élaboration des données populationnelles québécoises et canadiennes sur la santé selon le statut d'immigration.



## RÉSUMÉ

### Introduction

Les migrants à statut précaire représentent une part grandissante de l'accroissement démographique du Québec et du Canada. Aux fins de cette synthèse, le terme « migrants à statut précaire » comprend les personnes pouvant se trouver en situation de vulnérabilité en raison de la précarité de leur statut migratoire, notamment l'absence de statut permanent ou garanti. Ce groupe inclut les personnes en demande d'asile, les travailleurs étrangers temporaires, les étudiants étrangers, les visiteurs et les personnes sans statut légal d'immigration. Ce document n'aborde pas la santé des personnes migrantes ayant un statut de citoyen canadien ou un statut de résident permanent, dont les personnes réfugiées.

L'immigration est majoritairement composée de personnes d'une tranche d'âge recoupant à la fois des personnes avec de jeunes enfants et d'autres susceptibles de vivre sous peu une transition vers la parentalité. Les données internationales montrent que les résultats en matière de santé des jeunes enfants et des mères migrantes à statut précaire sont généralement moins bons que ceux des communautés qui les accueillent. Ainsi, il s'avère pertinent de se préoccuper de l'état de santé des migrants à statut précaire et, plus précisément, des jeunes enfants, des parents et des familles, dans une perspective d'amélioration de la santé de l'ensemble de la population et de réduction des écarts de santé entre différents groupes.

À partir de la littérature scientifique récente, la présente synthèse dresse un portrait de la santé et des facteurs associés, chez les familles migrantes à statut précaire au Québec et ailleurs au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance.

### Méthodologie

Une recension exploratoire de la littérature scientifique récente a été réalisée. La recherche documentaire a été effectuée dans plusieurs bases de données avec des mots-clés relatifs à quatre concepts thématiques : périnatalité et petite enfance, migrant à statut précaire, santé et Canada. Les études retenues ont été sélectionnées selon des critères d'inclusion et d'exclusion prédéterminés. Au total, 16 articles scientifiques ont été retenus après lecture complète. Une évaluation de la qualité méthodologique des articles sélectionnés a par la suite été réalisée.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs des études retenues ont été analysés quant à la santé des familles migrantes à statut précaire et aux facteurs associés. Pour documenter les enjeux de santé, les trois dimensions de l'état de santé (global, physique, mentale et psychosociale), proposées dans la Carte de la santé et de ses déterminants du ministère de la Santé et des Services sociaux, ont été utilisées comme cadre d'analyse. Pour documenter les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire, l'analyse des données s'est faite en fonction des quatre champs contribuant à l'état de santé (caractéristiques individuelles, milieux de vie, systèmes, contexte global) de la Carte de la santé et de ses déterminants.

## Résultats et discussion

### *Principaux constats*

La recherche documentaire a recensé peu d'études québécoises et canadiennes récentes. Les 16 études incluses dans cette synthèse ne permettent pas de dresser un portrait complet de la santé des familles migrantes à statut précaire pendant la période de la périnatalité et petite enfance au Québec et au Canada. En premier lieu, la littérature se penche principalement sur la santé des demandeurs d'asile. En revanche, la santé des travailleurs étrangers temporaires, des étudiants étrangers, des visiteurs et des personnes sans statut légal d'immigration est peu étudiée. Ensuite, les enjeux de santé des femmes enceintes, des mères et des jeunes enfants sont davantage connus. Les études répertoriées s'intéressent principalement à la santé des femmes pendant la période de l'accouchement et la période postnatale ainsi qu'à la santé du fœtus et du nouveau-né. Aucune publication ne vise exclusivement les pères, d'autres figures parentales ou des membres de la famille élargie. Qui plus est, la nature des résultats ne permet pas, pour la plupart, de comparer la santé des familles migrantes à statut précaire avec l'ensemble de la population québécoise et canadienne. Ainsi, la prudence est de mise quand il s'agit d'extrapoler les résultats de cette recherche exploratoire à la pratique.

La littérature consultée nous informe que des enjeux de santé mentale et psychosociale et de santé physique sont présents chez les femmes enceintes et les mères migrantes à statut précaire. D'une part, la littérature sur l'état de santé mentale et psychosociale documente : des symptômes de dépression et d'anxiété, de la violence, de l'isolement social et de la solitude, des comportements d'automutilation, une perception de détresse psychologique et un sentiment de stigmatisation. D'autre part, en termes de santé physique, la littérature documente les complications de grossesse et obstétricales, les enjeux liés au travail et à l'accouchement (mode d'accouchement, type de travail, gestion pharmacologique de la douleur) et certaines maladies infectieuses. L'état de santé global, obtenu à partir d'indicateurs globaux comme la mortalité et la morbidité, demeure peu étudié. Plus encore, le corpus scientifique examiné ne permet pas de statuer, hors de tout doute, quant à l'existence d'écarts favorables ou défavorables en comparaison avec d'autres groupes de la population.

Au sujet de la santé des enfants 0-5 ans, la littérature consultée porte principalement sur l'état de santé physique des nouveau-nés. Les études documentent divers enjeux tels que la prématurité, le faible poids à la naissance, l'admission à l'unité de soins intensifs néonataux, les complications néonatales, les réanimations néonatales, comme autres effets négatifs potentiels sur la santé. En revanche, la santé globale et le développement durant la période de la petite enfance sont peu étudiés, de même que la santé mentale et psychosociale. Ainsi, la santé des enfants issus des familles migrantes à statut précaire mérite d'être plus amplement étudiée.

Les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire se situent à plusieurs niveaux (les caractéristiques des familles et des membres, leurs milieux de vie, le contexte global, le statut d'immigration). La plupart des facteurs répertoriés sont de nature structurelle et

relèvent du contexte global dans lequel se déroule la période de la périnatalité et de la petite enfance (ex. : l'absence d'assurance maladie) ainsi que du statut d'immigration. Cependant, le corpus scientifique examiné ne permet pas d'affirmer avec certitude l'influence de l'assurance maladie ou du statut d'immigration sur la santé.

*Pistes de réflexion pour la pratique et pour la recherche future*

Dans l'ensemble, les enjeux de santé chez les familles migrantes à statut précaire et chez la population générale se ressemblent, selon les études recensées. Ainsi, certaines études considèrent que des efforts en matière de promotion de la santé et de prévention pourraient cibler des enjeux de santé tels que ceux documentés dans cette synthèse afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population y compris les familles migrantes à statut précaire.

Cette synthèse met en évidence des lacunes dans les connaissances scientifiques et invite ainsi à poursuivre les efforts de recherche sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance. Plusieurs pistes de recherche demeurent à explorer : la santé des pères en devenir et des pères ayant de jeunes enfants, l'ampleur et l'évolution des enjeux de santé et l'élaboration des données populationnelles québécoises et canadiennes sur la santé selon le statut d'immigration.

**Conclusion**

Bien que la santé des immigrants constitue une préoccupation de santé publique, les familles migrantes à statut précaire demeurent sous-représentées dans la recherche. Malgré cette limite, les résultats de cette synthèse pourraient servir d'ancrage pour des travaux futurs visant à documenter des stratégies pour prévenir et réduire les enjeux de santé chez les familles migrantes à statut précaire.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Mise en contexte

### 1.1.1 Les migrants à statut précaire

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), « migrant » est un terme générique qui « désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (1). Les migrants constituent donc un groupe hétérogène en raison de leurs caractéristiques, des motifs de migration et des différents statuts migratoires.

Quoiqu'il n'existe pas de définition consensuelle du terme « migrant à statut précaire » (MSP), certains organismes québécois et canadiens ont tenté de définir les MSP pour mieux cerner les réalités et les besoins de ce groupe de la population. Notons que ces organismes peuvent utiliser des termes différents pour qualifier les migrants à statut précaire. Par exemple, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) les nomment des résidents temporaires (2). L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et Statistique Canada les nomment plutôt des résidents non permanents (3, 4). De façon générale, l'ensemble des organismes considèrent toute personne qui ne possède ni la citoyenneté canadienne ni le statut de résident permanent comme étant un migrant à statut précaire (5, 6). Les MSP peuvent inclure certains travailleurs étrangers temporaires (2, 4, 7, 8), certains étudiants étrangers (2, 4, 7, 8), certains visiteurs (2, 7), les personnes sans statut légal d'immigration (7) et les personnes qui ont demandé le statut de réfugié (demandeurs d'asile) (4, 8). Ces personnes, bien qu'elles ne forment pas un groupe homogène, pourraient se trouver en situation de vulnérabilité en raison de la précarité de leur statut migratoire, notamment l'absence de statut permanent ou garanti.

Ainsi, dans la présente synthèse des connaissances, le terme « migrant à statut précaire » comprend toute personne pouvant se trouver en situation de vulnérabilité en raison de l'absence d'un statut permanent ou garanti, dont les travailleurs étrangers temporaires, les étudiants étrangers, les visiteurs, les personnes sans statut légal d'immigration et les personnes en demande d'asile. Cette publication ne porte pas sur les personnes migrantes ayant un statut de citoyen canadien ou un statut de résident permanent, dont les personnes réfugiées.

Au Québec et au Canada, les migrants à statut précaire bénéficient d'une offre de services restreinte en termes de santé, d'études, d'emploi et d'aide financière. Par exemple, plusieurs ne peuvent pas bénéficier du régime public d'assurance maladie du Québec. Cela peut inclure : les demandeurs d'asile, certains travailleurs étrangers avec un permis ouvert ou un permis fermé de moins de six mois, les étudiants étrangers dont le pays n'a pas d'accord avec le Québec, les visiteurs et les personnes sans statut légal d'immigration. Les demandeurs d'asile sont admissibles à une couverture de santé limitée et temporaire par le biais du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), administré par la Croix Bleue Médavie, pour le compte du gouvernement du Canada. Notons toutefois que depuis juin 2021, les enfants nés au Québec

sont présumés admissibles à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dès leur naissance, quel que soit le statut des parents. Les enfants nés à l'extérieur du Québec sont admissibles à la RAMQ, quel que soit le statut des parents, s'ils prévoient de vivre plus de six mois au Québec. Les enfants demandeurs d'asile ne sont pas admissibles à la RAMQ, mais bénéficient du PFSI (9). Notons toutefois que plusieurs cas d'exceptions et conditions particulières existent par rapport à l'offre de services.

### **1.1.2 Les tendances migratoires au Québec et au Canada**

Plus de 924 000 migrants à statut précaire ont été dénombrés dans le cadre du Recensement de la population de 2021, représentant 2,5 % de la population canadienne (8). Pour la première fois, le Recensement a publié des informations selon la raison de résidence temporaire au Canada. Ainsi, 370 420 personnes étaient titulaires d'un permis de travail; 202 790 personnes étaient titulaires d'un permis d'études; 139 200 avaient demandé l'asile; 131 560 personnes détenaient à la fois un permis de travail et d'études et 80 875 autres ont déclaré des raisons de résidence temporaire non définies par Statistique Canada (8). Un portrait sociodémographique de ces personnes montrait des différences marquées selon la raison de résidence temporaire au Canada, en ce qui concerne l'âge, la participation au marché du travail et le niveau de scolarité (10). Notons que comme la majorité des migrants à statut précaire (plus de 60 %) étaient âgés de 20 à 34 ans, ils étaient donc en âge de procréer (8).

Les MSP représentent aussi une part grandissante de l'accroissement démographique du Québec (11). En 2021, la province dénombrait 205 775 migrants à statut précaire (8). Selon l'estimation provisoire de Statistique Canada, on note un nombre record qui porte leur effectif total à environ 346 000 MSP au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Ainsi, la hausse du nombre de migrants à statut précaire devient pour le Québec la principale source d'accroissement migratoire (11). L'immigration est majoritairement composée de personnes d'une tranche d'âge qui recoupe à la fois des personnes ayant de jeunes enfants et d'autres, susceptibles de vivre une transition vers la parentalité prochainement. Parmi les 205 775 migrants à statut précaire en 2021, 24 025 étaient des enfants âgés de 0 à 14 ans et 152 230 étaient des adultes âgés de 20 à 44 ans (12).

Les tendances migratoires actuelles soulignent l'importance de se préoccuper de l'état de santé des migrants à statut précaire et, plus précisément, des jeunes enfants, des parents et des familles, dans l'objectif d'améliorer la santé de l'ensemble de la population et de réduire les écarts de santé entre différents groupes.

### **1.1.3 La santé des migrants à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance**

La santé des migrants à statut précaire pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance (PPE) (c'est-à-dire de la grossesse à l'âge de 5 ans) demeure peu étudiée au Québec et au Canada. Il ressort cependant de la littérature internationale que les résultats en matière de santé des jeunes enfants et des mères migrantes à statut précaire (ex. : risque élevé d'issues de grossesse défavorables, taux élevé de la mortalité maternelle et infantile et de la morbidité maternelle, plus grande prévalence de la dépression postpartum) sont généralement moins bons que ceux des communautés qui les accueillent (13–16).

La littérature canadienne documente principalement les enjeux d'accès aux soins de santé pour les jeunes enfants, les parents et les familles migrantes à statut précaire pendant cette période (17–19). En effet, dans les dernières années, des instances québécoises à l'échelle régionale et nationale se sont intéressées à la santé de ces familles (5–7, 20, 21). Les travaux et les recommandations qui en découlent sont principalement axés sur les enjeux d'accès aux soins de santé pour les familles et non sur leur état de santé. Il s'avère donc pertinent de s'intéresser à l'état de santé ainsi qu'aux facteurs pouvant influencer l'état de santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance, un sujet relativement peu documenté jusqu'à présent.

## **1.2 Objectif du mandat**

L'objectif de cette synthèse des connaissances est de dresser un portrait des connaissances disponibles sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance.

## 2 MÉTHODOLOGIE

Afin d'obtenir une vue d'ensemble sur l'état de santé des familles migrantes à statut précaire, les différents enjeux de santé présents dans ce groupe de la population doivent être documentés. Ainsi, une synthèse des connaissances a été réalisée. Une démarche de type exploratoire visait à répondre à la question de recherche suivante :

- « Quels sont les enjeux de santé chez les familles migrantes à statut précaire pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance, et les facteurs associés? »

Les détails de la méthodologie sont présentés dans l'annexe 1.

### **Repérage et sélection des études**

La recherche documentaire a été effectuée à partir de onze bases de données avec des mots-clés relatifs à quatre concepts thématiques : périnatalité et petite enfance, migrant à statut précaire, santé et Canada. Presque 800 articles scientifiques ont été repérés et ont fait l'objet d'une première évaluation sur la base des titres et des résumés en fonction des critères de sélection énumérés dans le tableau 1. Les articles devaient aussi être rédigés en anglais ou en français. Une limite de date a été imposée, et seuls les articles publiés depuis 2013 ont été inclus.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>Population</b>	<p>Publication portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la période de la périnatalité et de la petite enfance (grossesse/rentree scolaire), soit sur les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les parents d'enfants de 0 à 5 ans ou autre figure parentale ou membres de la famille élargie</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les migrants à statut précaire (demandeur d'asile, personne sans statut légal d'immigration, travailleur étranger temporaire, étudiant étranger, visiteur)</li> </ul>	<p>Publication portant sur les enfants de plus de 5 ans, les parents d'enfant de plus de 5 ans ou les enfants ou les parents présentant une condition particulière (difficultés de développement connues, problèmes de santé physique, trouble neurologique ou de santé mentale diagnostiqués)</p> <p>ET/OU</p> <p>Publication portant sur les résidents permanents (ex. : personne réfugiée, immigrant économique)</p>
<b>Résultats</b>	<p>Publication portant sur la santé globale, physique ou mentale (observé ou ressenti).</p>	<p>Publication portant sur les comportements liés à la santé (ex. : allaitement, pratiques alimentaires, utilisation des services de santé pour enfants), les interventions en lien avec la santé ou la validation d'instruments pour mesurer la santé</p>
<b>Lieu</b>	<p>Publication provenant du Québec ou du Canada</p>	<p>Document portant sur d'autres pays que le Canada et portant sur d'autres contextes que les contextes canadien ou québécois</p>
<b>Type de publication</b>	<p>Publication provenant de la littérature scientifique (qualitative, quantitative ou mixte)</p>	<p>Études coût-bénéfice, chapitres de livre, articles d'opinion, éditoriaux, études de cas, protocoles de recherche, thèses, mémoires, actes de colloques ou conférences</p>

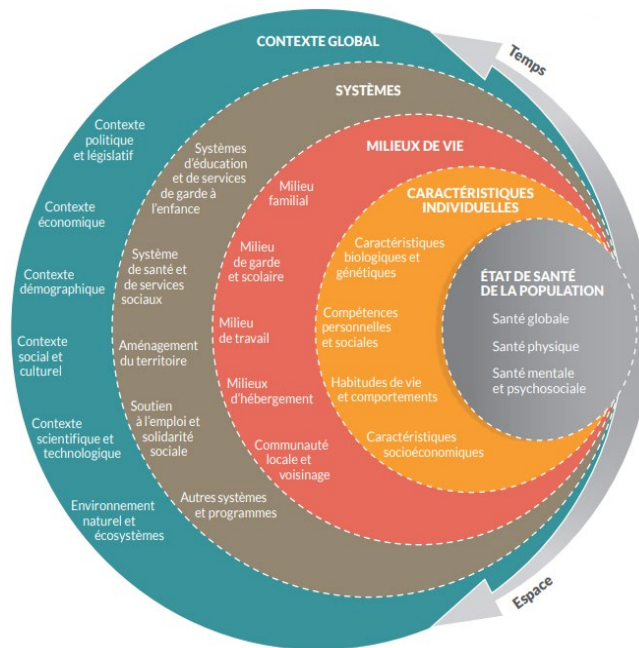
À la suite du processus de sélection des articles, l'admissibilité de 77 articles a été évaluée. Seize articles scientifiques ont été retenus après lecture complète (voir figure 2 dans l'annexe 1). Une évaluation de la qualité méthodologique des articles sélectionnés a été réalisée par deux examinatrices.



## Analyse

Les résultats quantitatifs et qualitatifs des publications retenues ont été analysés quant à la santé des familles migrantes à statut précaire et aux facteurs associés. Pour répondre au premier volet de la question de recherche, soit de documenter les enjeux de santé des familles migrantes à statut précaire, les trois dimensions de l'état de santé proposées dans la Carte de santé et de ses déterminants (voir figure 1) du ministère de la Santé et des Services sociaux a été utilisé comme cadre d'analyse (l'état de santé global, l'état de santé physique et l'état de santé mentale et psychosociale)<sup>1</sup> (22). Pour le deuxième volet de la question de recherche, soit de documenter les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire, l'analyse des données s'est faite en fonction des quatre champs contribuant à l'état de santé (caractéristiques individuelles, milieux de vie, systèmes, contexte global) de la Carte de la santé et de ses déterminants du MSSS (22).

Figure 1 Carte de la santé et de ses déterminants du MSSS (2012)



Tirée de : Ministère de la santé et des services sociaux (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, page 7.

## Comité scientifique et révision par les pairs

Deux moyens ont été mis en place afin d'assurer la qualité de cette synthèse, soit le soutien d'un comité scientifique et la révision par les pairs.

<sup>1</sup> Les trois dimensions de l'état de santé : 1) l'état de santé global fournit une vue d'ensemble, obtenue à partir d'indicateurs globaux, ainsi que la perception de l'état de santé, physique et mentale; 2) l'état de santé physique est mesuré à l'aide de données relatives aux maladies et aux traumatismes; et 3) l'état de santé mentale et psychosociale est évalué à l'aide de données sur la santé mentale dans ses composantes positives ou négatives, sur les problèmes d'adaptation sociale et sur l'intégration sociale (22).

## 3 RÉSULTATS

Cette section synthétise les connaissances scientifiques recensées sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la PPE. Elle se décline en trois parties : 1) Caractéristiques des études retenues; 2) Santé des familles migrantes à statut précaire; 3) Facteurs associés.

### 3.1 Caractéristiques des études retenues

Sur 16 études, seules cinq ont été publiées dans les cinq dernières années (23–27). Plus de la moitié (N = 8) rapportent des données québécoises (26, 28–34). Y sont également rapportées des données provenant de l'Ontario (24, 25, 28–32, 35–38), de la Colombie-Britannique (31, 32) et de l'Alberta (23, 27). Cinq études se sont déroulées dans plus qu'une province, y incluant le Québec (28–32).

Les études s'intéressent à la santé des femmes enceintes et des mères (N = 15) (23–36, 38) et à la santé des enfants 0-5 ans<sup>2</sup> (N = 12) (23–27, 30, 31, 33, 34, 36–38). Parmi elles, une étude, bien qu'elle vise les deux parents, rejoint de façon majoritaire les mères (33). Aucune ne vise exclusivement les pères, d'autres figures parentales ou des membres de la famille élargie.

Plus que la moitié des études (N = 10) cible ou rejoint majoritairement les demandeurs d'asile (26–34, 37). Une cible les visiteurs (23). Ces études rejoignent également d'autres catégories de migrants à statut précaire en plus petite proportion : les personnes sans statut légal d'immigration (28–32, 34) et les étudiants étrangers (26). Les autres études utilisent la couverture des soins de santé pour déterminer le statut d'immigration. Ainsi, trois ciblent ou rejoignent majoritairement les migrants à statut précaire ne bénéficiant pas d'une couverture d'assurance maladie (25, 35, 38) ou encore bénéficiant du PFSI (24, 36). Les descriptions des catégories de migrants à statut précaire selon chaque étude sont présentées dans l'annexe 2.

Douze des études retenues utilisent un devis quantitatif (24, 25, 27–32, 35–38), trois utilisent un devis qualitatif (23, 26, 33), et une, un devis mixte (34). Les études découlant d'un même échantillon qui rapportaient des résultats de santé distincts ont été incluses, soit trois études provenant d'un échantillon (28, 29, 31). Enfin, l'évaluation systématique de la qualité de chacune des études répertoriées démontre une variabilité dans leur qualité. Seules quatre études sont de qualité élevée (26, 30, 37, 38). Trois quarts des études sont de qualité modérée (24, 25, 27–29, 31, 33, 36) ou faible (23, 32, 34, 35).

---

<sup>2</sup> Une étude vise à documenter la santé des enfants âgés de 0 à 5 ans et de plus de 5 ans (33).

Le tableau 2 présente les principales caractéristiques des études retenues. Une description plus détaillée est disponible dans l'annexe 3.

**Tableau 2** Caractéristiques des études retenues

Caractéristiques	Nombre d'études*
<b>Lieu de l'étude<sup>†</sup></b>	
Ontario	11
Québec	8
Colombie-Britannique	2
Alberta	2
<b>Catégories de migrants à statut précaire principalement visées par l'étude</b>	
Demandeurs d'asile	10
Visiteurs	1
Migrants à statut précaire qui ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance maladie ou encore qui bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)	5
<b>Population visée<sup>‡</sup></b>	
Femmes enceintes et mères	14
Enfants	12
Parents	1
<b>Devis d'étude</b>	
Quantitatif	12
Qualitatif	3
Mixte	1
<b>Évaluation de la qualité méthodologique</b>	
Qualité élevée	4
Qualité modérée	8
Faible qualité	4

\* N total = 16 études.

† Un même article peut cibler plusieurs lieux d'études décrits dans ce tableau.

‡ Un même article peut viser plusieurs groupes de la population décrits dans ce tableau.

Au total, 15 études rapportent des résultats en lien avec l'état de santé des femmes enceintes et des mères : santé globale (N = 1), santé physique (N = 10), santé mentale et psychosociale (N = 7). Une majorité de publications s'intéressent à la période de l'accouchement ou à la période postnatale. De même, 12 études documentent l'état de santé des enfants provenant de familles migrantes à statut précaire en se penchant sur la santé globale et le développement (N = 3), la santé physique (N = 9) et la santé mentale et psychosociale (N = 1). La majorité des 12 publications s'intéressent à la santé du fœtus ou du nouveau-né.

Certaines études quantitatives répertoriées décrivent l'état de santé des migrants à statut précaire (N = 4). D'autres caractérisent leur état de santé en comparaison à d'autres groupes de la population, dont les citoyennes canadiennes ou résidentes permanentes (N = 1), les personnes immigrantes ou réfugiées (N = 3), ou encore toutes personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (N = 5). Une étude compare l'état de santé entre des sous-groupes spécifiques parmi les migrants à statut précaire. À ceci s'ajoutent des propos rapportés des participants aux études qualitatives concernant leurs perceptions à l'égard de la santé (N = 4). Ainsi, la nature des résultats ne permet pas, pour la plupart, de comparer avec l'ensemble de la population québécoise et canadienne.

La recension des écrits a également permis de répertorier de nombreux facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire. Par facteur associé, nous entendons une association statistique entre la santé et un facteur pouvant contribuer potentiellement à la santé d'un individu. À ceci s'ajoutent des éléments descriptifs émergeant de propos rapportés par des participants aux études qualitatives selon leurs expériences pendant la période de la PPE. Les résultats rapportés dans les sections suivantes distingueront les sources de données afin d'enrichir la compréhension du lecteur.

Au total, 13 publications étudient divers facteurs en lien avec la santé des femmes enceintes, des mères, des enfants ou des deux. À ceci s'ajoutent deux études qualitatives rapportant des éléments descriptifs. Les facteurs étudiés sont en lien avec les caractéristiques individuelles des femmes enceintes, des mères et des jeunes enfants, leurs milieux de vie ainsi que le contexte global dans lequel ces familles évoluent. À ceux-ci s'ajoute le statut d'immigration qui est une catégorie transversale influencée par les autres catégories de facteurs et les influençant.

Concernant les caractéristiques individuelles, la littérature fait référence à deux catégories de facteurs : les caractéristiques individuelles de la femme enceinte, de la mère ou de l'enfant, et les caractéristiques socioéconomiques du ménage. Concernant les milieux de vie, les publications relèvent principalement des facteurs du milieu familial ainsi que de la communauté locale. Aucune étude ne documente des facteurs en lien avec les systèmes. Par rapport au contexte global, le contexte politique et législatif est documenté. La plupart des publications étudient l'influence de la couverture d'assurance médicale sur la santé ou sur la santé de l'enfant ainsi que l'influence du statut d'immigration sur la santé ou sur la santé de l'enfant. Il s'agit en effet des deux facteurs les plus étudiés en lien avec la santé des familles MSP.

Le tableau 3 présente sommairement les résultats en lien avec la santé des familles migrantes à statut précaire et les facteurs associés.

**Tableau 3** Les principaux résultats en lien avec la santé des familles migrantes à statut précaire et les facteurs associés, selon la qualité de l'étude

Étude et référence	Population à l'étude			Groupe de comparaison	Dimension de l'état de santé étudiée			Catégorie de facteur associé/élément descriptif étudié			
	Demandeuses d'asile	Visiteuses	MSP sans couverture d'assurance maladie ou avec PFSI*		Santé globale/Développement de l'enfant	Santé physique	Santé mentale et psychosociale	Caractéristiques individuelles	Milieux de vie	Contexte global	Statut d'immigration
<b>Études de qualité élevée</b>											
Gagnon <i>et al.</i> (30)				Mères nées au Canada et leurs enfants							
Lim <i>et al.</i> (26)				Enfants réfugiés							
Wanigaratne <i>et al.</i> (37)											
Wilson-Mitchel et Rummens (38)			†	Femmes assurées par l'OHIP et leurs enfants							
<b>Études de qualité modérée</b>											
Clarfield <i>et al.</i> (24)			‡	Femmes non assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés							
Darling <i>et al.</i> (25)			§	Femmes assurées par l'OHIP et leurs nouveau-nés							
Dennis <i>et al.</i> (28)											
Dennis <i>et al.</i> (29)											

\* MSP sans couverture d'assurance maladie ou encore bénéficiant du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

† Femmes sans couverture médicale et leurs enfants.

‡ Femmes assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés.

§ Femmes non assurées par le régime d'assurance maladie de l'Ontario (OHIP) et leurs nouveau-nés.

Légende du tableau : le **bleu pâle** désigne les résultats qui concernent l'enfant. Le **bleu foncé** désigne les résultats qui concernent la femme enceinte/mère.

Tableau 3 Les principaux résultats en lien avec la santé des familles migrantes à statut précaire et les facteurs associés, selon la qualité de l'étude (suite)

Étude et référence	Population à l'étude			Groupe de comparaison	Dimension de l'état de santé étudiée			Catégorie de facteur associé/élément descriptif étudié			
	Demandeuses d'asile	Visiteuses	MSP sans couverture d'assurance maladie ou avec PFSI*		Santé globale/Développement de l'enfant	Santé physique	Santé mentale et psychosociale	Caractéristiques individuelles	Milieu de vie	Contexte global	Statut d'immigration
<b>Études de qualité modérée (suite)</b>											
Gagnon <i>et al.</i> (31)				Immigrantes et leurs nouveau-nés (non-demandeuses d'asile, non réfugiées)							
Kandasamy <i>et al.</i> (36)			**	Femmes non assurées par le PFSI (immigrantes, résidentes permanentes, citoyennes) et leurs nouveau-nés							
Malebranche <i>et al.</i> (27)				Réfugiées et leurs nouveau-nés							
Rink <i>et al.</i> (33)											
<b>Études de faible qualité</b>											
Brar <i>et al.</i> (23)											
Gagnon <i>et al.</i> (32)											
Hynie <i>et al.</i> (35)			††	Personnes assurées par un régime d'assurance maladie							
Rousseau <i>et al.</i> (34)				Femmes sans statut légal d'immigration							

\*\* Femmes assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés.

†† Personnes non assurées par un régime d'assurance maladie.

## 3.2 Santé des familles migrantes à statut précaire

Cette section expose les enjeux de santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la PPE, soit chez les femmes enceintes et les mères, et les enfants. Pour chacun, les résultats sont présentés selon trois dimensions : l'état de santé global, l'état de santé physique et l'état de santé mentale et psychosociale. Le développement de l'enfant est considéré en lien avec son état de santé global.

### 3.2.1 Santé des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire

#### L'état de santé global

Le tableau 4 présente l'état de santé global des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire selon la littérature recensée.

**Tableau 4** Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé globale des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Problèmes de santé identifiés par un professionnel de la santé</b>					
Problèmes de santé physique ou psychosociale de la mère identifiés par un professionnel de la santé : douleur, saignement, infection, santé globale, santé psychosociale*	(30)	Élevée	-	√ (défavorable)	-

\* Problèmes de santé physique ou psychosociale identifiés par un professionnel de la santé en période postpartum en lien avec la santé de la mère OU de l'enfant.

Légende du tableau :

- : absence de données

√ (favorable/défavorable) : écart de santé statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

Gagnon et collaborateurs (30) documentent l'état de santé des mères demandeuses d'asile et de leurs enfants comparativement à celui de dyades nées au Canada, et concluent que les demandeuses d'asile seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique ou psychosociale identifiés par un professionnel de la santé en période postpartum, comparativement à leurs homologues canadiennes, soit en lien avec leur propre santé ou celle de leur enfant. De plus, ces familles seraient plus susceptibles de ne pas avoir une prise en charge pour ces problèmes.

## L'état de santé physique

Au total, 10 études examinent l'état de santé physique des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire. Toutes les études répertoriées sont de qualité faible à modérée, sauf une. Elles documentent les complications de grossesse ou obstétricales (ex. : diabète gestationnel, hypertension, éclampsie/prééclampsie, hémorragie postpartum), le mode d'accouchement (vaginal spontané et assisté, césarienne, césarienne d'urgence), le type de travail (travail spontané, déclenchement artificiel du travail), la gestion pharmacologique de la douleur et les maladies infectieuses (VIH). Le tableau 5 résume les résultats rapportés quantitativement dans la littérature.

**Tableau 5 Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé physique des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire**

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Complications de grossesse et obstétricales</b>					
Diabète gestationnel	(38)	Élevée	4,2 %	-	-
	(24)	Modérée	7,1 %	-	-
	(25)	Modérée	2,5 %	-	-
	(36)	Modérée	4,7 %	-	∅
Hypertension (chronique/préexistante, gestationnelle ou tous types confondus)	(38)	Élevée	2,7 %	-	-
	(25)	Modérée	2,4 %	-	-
	(36)	Modérée	5,1 %	-	∅
	(24)	Modérée	8,7 %	√ (défavorable)	-
Éclampsie/prééclampsie	(24)	Modérée	3,6 %	√ (défavorable)	-
Hémorragie postpartum	(38)	Élevée	3,8 %	-	∅
	(25)	Modérée	3,4 %	√ (défavorable)	-
Problèmes obstétricaux diagnostiqués (tous diagnostics confondus)	(35)	Faible	5,6 %	√ (défavorable)	-
<b>Modes d'accouchement</b>					
Accouchement vaginal spontané	(25)	Modérée	81,1 %	√ (favorable)	-
	(24)	Modérée	57 %	-	-
	(27)	Modérée	56,3 %	-	-
Accouchement assisté (par ventouse ou forceps ou non spécifiés)	(24)	Modérée	0 - 6 %	-	-
	(27)	Modérée	21,9 %	-	-
	(25)	Modérée	4,7 %	√ (défavorable)	-
Césarienne	(38)	Élevée	26,3 %	√ (favorable)	-
	(25)	Modérée	13,9 %	√ (favorable)	-
	(24)	Modérée	37 %	√ (défavorable)	-
	(36)	Modérée	31 %	-	∅
	(27)	Modérée	21,9 %	-	-
	(32)	Faible	33,3 %	-	-

Légende du tableau :

- : absence de données

√ (favorable/défavorable) : écart de santé statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

- : aucun écart statistiquement significatif avec le groupe de comparaison



**Tableau 5 Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé physique des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire (suite)**

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Modes d'accouchement (suite)</b>					
Césarienne d'urgence	(31)	Modérée	30,6 %	√ (favorable)	-
	(32)	Faible	22,8 %	-	-
Tout mode d'accouchement confondu (vaginal spontané, assisté ou césarienne)	(27)	Modérée	-	-	∅
<b>Type de travail</b>					
Travail spontané	(25)	Modérée	82,1 %	√ (favorable)	-
Déclenchement artificiel du travail	(24)	Modérée	28 %	√ (défavorable)	-
	(25)	Modérée	13,5 %	√ (favorable)	-
<b>Gestion pharmacologique de la douleur</b>					
Utilisation d'analgésiques pharmacologiques pendant l'accouchement*	(25)	Modérée	40,3 %	√ (défavorable)	-
Utilisation d'épidurale	(34)	Faible	19,3-37,6 %	√ <sup>†</sup> (favorable)	-
<b>Maladies infectieuses</b>					
VIH pendant la grossesse	(36)	Modérée	3,6 %	√ (défavorable)	-

\* Épidurales, opioïdes, protoxyde d'azote, anesthésie rachidienne

† Comparaison effectuée entre des sous-groupes spécifiques parmi les migrants à statut précaire, soit entre les demandeuses d'asile et les femmes sans statut légal d'immigration.

Tout d'abord, plusieurs **complications de grossesse et obstétricales** sont évoquées dans la littérature.

Selon les études, la prévalence des complications les plus fréquemment documentées, dont le diabète et l'hypertension, varie entre 2,5 % et 7 % (24, 25, 36, 38) et entre 2 % et 9 % (24, 25, 36, 38), respectivement, chez les MSP. L'éclampsie/prééclampsie (3,6 %) (24) et l'hémorragie postpartum (3,4 %–3,8 %) (25, 38) sont moins documentées dans les études recensées. Selon Hynie et collaborateurs (35), le taux de l'ensemble des problèmes obstétricaux chez les MSP s'affiche à près de 6 %. L'étude qualitative descriptive de Brar et collaborateurs (23) décrit un petit nombre de MSP ayant eu des complications nécessitant une réadmission à l'hôpital après l'accouchement (qualité faible). Les données qualitatives révèlent aussi des issues de santé défavorables pendant la période de l'accouchement et la période postnatale, rapportées par les femmes sans statut légal d'immigration (ex. : naissance à la maison sans soutien professionnel, complications médicales) (qualité faible) (34).

Cinq études notent des résultats différenciés à propos des complications de grossesse ou obstétricales chez les MSP, lorsque comparés à d'autres groupes de la population (femmes non-MSP, femmes ayant un accès à un régime d'assurance maladie). Trois montrent que les MSP sont significativement plus susceptibles de souffrir de diverses complications (24, 25, 35). Par contre, deux autres études ne constatent aucun écart significatif (36, 38).

Plusieurs études documentent également la prévalence de différents **modes d'accouchement** chez les MSP. Parmi ces études, la prévalence des césariennes varie entre 14 % et 37 % (23–25, 27, 32, 36, 38). Deux études affichent une prévalence entre 23 % et 31 % pour les césariennes d'urgence (31, 32). On note des taux élevés d'accouchements vaginaux spontanés (23–25, 27). Par contraste, les accouchements assistés par ventouse et par forceps sont moins fréquents (24, 25, 27).

Six études comparent le mode d'accouchement chez les MSP avec celui d'autres groupes de la population (femmes ayant accès à un régime public d'assurance maladie, réfugiées, immigrantes), mais les résultats ne convergent pas. Selon Clarfield et collaborateurs (24), les MSP sont plus susceptibles de subir une césarienne. Par contre, deux autres études notent que les césariennes sont moins fréquentes chez les MSP (25,38). De même, les demandeuses d'asile subissent moins de césariennes d'urgence (31). De plus, les MSP affichent des taux plus faibles d'accouchements vaginaux assistés, mais des taux plus élevés d'accouchements vaginaux spontanés (25). Par ailleurs, deux études n'observent aucune différence significative du mode d'accouchement (27,36).

Ensuite, deux études se penchent sur le **type de travail**, spontané ou induit, mais on note une absence de concordance dans les résultats rapportés. Plus d'un quart des MSP (28 %) a subi un déclenchement artificiel du travail dans l'étude de Clarfield et collaborateurs (24). En fait, ces femmes sont significativement plus susceptibles de subir une induction du travail en comparaison avec des femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (24). En contraste, Darling et collaborateurs (25) observent que les MSP affichent des taux plus faibles de déclenchement artificiel du travail ainsi que des taux plus élevés de travail spontané.

Enfin, les MSP sont plus susceptibles de n'utiliser aucun **analgésique pendant l'accouchement**, comparativement à leurs homologues bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (25). Rousseau et collaborateurs (34) précisent que chez les MSP, les demandeuses d'asile (38 %) sont plus susceptibles de recevoir une anesthésie péridurale (épidurale), comparativement aux femmes sans statut légal d'immigration (19 %).

Outre les issues de grossesse et obstétricales, une étude nous informe sur les **maladies infectieuses** chez les MSP. L'étude comparative note que les MSP sont significativement plus susceptibles d'être séropositives pendant la grossesse, en comparaison avec les femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (36). Le taux de séropositivité au VIH est de près de 4 % dans cet échantillon de femmes enceintes.

## L'état de santé mentale et psychosociale

Au total, sept études font état de la santé mentale et psychosociale des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire. Cette dimension de la santé est caractérisée par : des symptômes de dépression (prénatale, postnatale) et d'anxiété, des comportements d'automutilation, la présence de violence, l'isolement social et la solitude, la perception de détresse psychologique et le sentiment de stigmatisation. Les études recensées sont principalement de qualité modérée. Le tableau 6 résume les résultats rapportés quantitativement dans la littérature.

**Tableau 6** Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé mentale et psychosociale des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Dépression</b>					
Dépression prénatale rapportée dans les dossiers médicaux	(36)	Modérée	6,6 %	-	∅
Symptômes de dépression pendant la période postnatale (dépression mineure, EPDS* >9)	(28)	Modérée	25,2 %	-	-
Symptômes de dépression pendant la période postpartum postnatale (dépression majeure, EPDS > 12)	(28)	Modérée	10,8 %	-	-
	(29)	Modérée	14,3 %	-	-
Dépression ou anxiété rapportées dans les dossiers médicaux	(34)	Faible	2,2-7,3 %	√ <sup>†</sup> (défavorable)	-
<b>Automutilation</b>					
Comportements d'automutilation pendant la période postnatale, rapportés selon le EPDS	(28)	Modérée	5,7-6,5 %	-	-
<b>Violence</b>					
Abus pendant la grossesse rapporté dans les dossiers médicaux	(36)	Modérée	3,6 %	-	∅
Violence familiale ou conjugale rapportée dans les dossiers médicaux	(24)	Modérée	16 %	-	-
	(34)	Faible	2,2-6,8 %	√ <sup>†</sup> (défavorable)	-
<b>Isolement social/solitude</b>					
Isolement social et solitude rapportés dans les dossiers médicaux	(34)	Faible	4,4-10,9 %	√ <sup>†</sup> (défavorable)	-

\* *Edinburgh Postnatal Depression Scale* : questionnaire conçu pour déterminer la présence ou l'absence de problèmes liés à une dépression postnatale.

† Comparaison effectuée entre des sous-groupes spécifiques parmi les migrants à statut précaire, soit entre les demandeuses d'asile et les femmes sans statut légal d'immigration.

Légende du tableau :

- : absence de données

√ (favorable/défavorable) : écart de santé statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

∅ : aucun écart statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

Quatre études font état des troubles mentaux chez les MSP, soit des symptômes suggérant une **dépression** et des comportements d'automutilation. Dennis, Merry, Stewart et Gagnon (28) documentent la prévalence des symptômes de dépression postnatale mineure et majeure chez les mères demandeuses d'asile. D'une part, environ un quart (25,2 %) souffre de symptômes de dépression mineure une semaine post-accouchement. D'autre part, plus de 10 % souffrent des symptômes de dépression majeure. De plus, de 4 % à 11 % des mères qui présentent des symptômes une semaine post-accouchement continuent à présenter ce niveau de symptomatologie 16 semaines plus tard (28). L'étude de Dennis, Merry et Gagnon (29), qui reprend le même échantillon de demandeuses d'asile, révèle une prévalence de 14 % pour des symptômes de dépression majeure, près de quatre mois après l'accouchement. Rousseau et collaborateurs (34) précisent que la dépression et l'anxiété sont plus souvent signalées chez les demandeuses d'asile (7,3 %) comparativement aux femmes sans statut légal d'immigration (2,2 %). Une seule étude comparative n'observe aucun écart statistiquement significatif en termes de dépression prénatale entre les MSP et les autres groupes de femmes (résidentes permanentes, citoyennes canadiennes) (36).

Enfin, selon un questionnaire autorapporté, Dennis, Merry et Gagnon (29) notent que les **comportements d'automutilation** sont un phénomène présent chez les demandeuses d'asile pendant la période postnatale.

Trois études documentent **la violence** envers les femmes migrantes à statut précaire. Dans l'étude de Clarfield et collaborateurs (24), 16 % des MSP ont subi une expérience de violence familiale au Canada, dans le pays d'origine ou les deux. Rousseau et collaborateurs (34) notent que la présence de violence familiale et/ou conjugale peut différer selon la catégorie de MSP, car elle est plus souvent rapportée chez les demandeuses d'asile (6,8 %) que chez les femmes sans statut légal d'immigration (2,2 %). Toutefois, l'étude de Kandasamy et collaborateurs (36) n'a relevé aucune différence statistiquement significative en termes d'abus pendant la grossesse entre les MSP et les autres groupes de femmes (résidentes permanentes, citoyennes canadiennes). Le taux d'abus s'affiche à près de 4 % dans cet échantillon de femmes MSP.

Deux études se penchent sur **l'isolement social et la solitude**. Les mères MSP décrivent l'isolement social comme une perte du soutien familial et une adaptation aux nouveaux environnements sociaux et culturels. Elles décrivent la solitude comme le sentiment d'être toute seule (*aloneness*), découlant du fait d'être mère dans un nouveau pays, en bénéficiant d'un soutien limité (26) (qualité élevée). L'isolement social est plus souvent rapporté chez les demandeuses d'asile (10,9 %) comparativement aux femmes sans statut légal d'immigration (4,4 %) (34).

Enfin, plusieurs mères demandeuses d'asile interrogées dans l'étude qualitative de Rink et collaborateurs (33) (qualité modérée) expriment une **détresse psychologique**, ainsi qu'un sentiment de **stigmatisation**.

### 3.2.2 Santé des enfants migrants à statut précaire

#### État de santé global et développement de l'enfant

La littérature nous informe sur la mortalité et la morbidité infantiles (mortinaissance, morbidité infantile sévère) ainsi que sur les problèmes de santé et de développement global de l'enfant. Malgré le nombre limité d'études répertoriées, celles-ci sont de qualité modérée à élevée. Le tableau 7 résume les résultats rapportés dans la littérature.

**Tableau 7** Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé globale des enfants migrants à statut précaire

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Mortalité et morbidité infantiles</b>					
Mortinaissance	(24)	Modérée	0 %	-	-
Morbidité infantile sévère (plusieurs maladies et interventions incluses)	(37)	Élevée	4,7 %	-	∅
<b>Santé et développement de l'enfant</b>					
Problèmes de santé physique ou psychosociale de l'enfant identifiés par un professionnel de la santé : alimentation, croissance, sécurité, infection, santé globale, développement, vaccination, santé psychosociale*	(30)	Élevée	-	√ (défavorable)	-

\* Problèmes de santé physique ou psychosociale identifiés par un professionnel de la santé en période postpartum en lien avec la santé de l'enfant OU de la mère.

Légende du tableau :

- : absence de données

√ (favorable/défavorable) : écart de santé statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

∅ : aucun écart statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

Deux études se penchent spécifiquement sur **la mortalité et la morbidité infantiles**. L'étude de Clarfield et collaborateurs (24) rapporte un taux de mortinaissance de 0 %. En ce qui concerne la morbidité infantile sévère, bien que Wanigaratne et collaborateurs (37) rapportent une incidence de 4,7 % chez les nouveau-nés provenant de familles demandeuses d'asile, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre ceux-ci et les nouveau-nés de familles réfugiées.

Comme mentionné précédemment, Gagnon et collaborateurs (30) révèlent que les demandeuses d'asile et leurs enfants seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique ou psychosociale identifiés par un professionnel de la santé pendant la période postnatale comparativement aux mères canadiennes et leurs enfants. De plus, les familles demandeuses d'asile seraient plus susceptibles de ne pas avoir une prise en charge pour ces problèmes.

## État de santé physique

Les études qui s'attardent à la santé physique abordent la prématurité, le poids à la naissance, le poids pour l'âge gestationnel, l'admission à l'unité de soins intensifs néonataux, les complications néonatales, les réanimations néonatales, ainsi que d'autres effets négatifs potentiels sur la santé. La littérature consiste principalement en études de qualité modérée. Le tableau 8 résume les résultats rapportés quantitativement dans la littérature.

**Tableau 8** Prévalence et écarts de santé selon certains indicateurs de santé physique des enfants migrants à statut précaire

Indicateur de santé	Réf.	Qualité de l'étude	Principaux résultats		
			Prévalence (%)	Écarts de santé significatifs	Écarts de santé non significatifs
<b>Prématurité</b>					
Naissance prématurée (≤ 36 semaines de gestation)	(38)	Élevée	7,4 %	-	∅
	(27)	Modérée	3,1 %	-	-
	(24)	Modérée	5,6 %	-	∅
	(25)	Modérée	5 %	-	∅
	(36)	Modérée	-	-	∅
<b>Poids à la naissance</b>					
Faible poids à la naissance (1500 g-2499 g)	(38)	Élevée	5,7 %	-	∅
	(24)	Modérée	4,6 %	-	∅
	(36)	Modérée	4,4 %	-	∅
<b>Poids à la naissance pour l'âge gestationnel</b>					
Faible poids pour l'âge gestationnel (le poids à la naissance est < au 10 <sup>e</sup> percentile du poids pour l'âge gestationnel)	(38)	Élevée	7,4 %	-	∅
	(24)	Modérée	3,6 %	-	∅
	(27)	Modérée	12,5 %	-	∅
	(25)	Modérée	2,1 %	-	∅
Poids élevé pour l'âge gestationnel (le poids à la naissance est > au 90 <sup>e</sup> percentile du poids pour l'âge gestationnel)	(24)	Modérée	2,6 %	-	∅
Admission à l'unité de soins intensifs néonataux	(38)	Élevée	14,4 %	-	∅
	(24)	Modérée	8,2 %	-	∅
	(31)	Modérée	15,6 %	-	∅
	(27)	Modérée	3,1 %	-	-
	(34)	Faible	-	-	∅*
<b>Complications néonatales</b>					
Complications néonatales	(24)	Modérée	40,8 %	-	∅
<b>Réanimations néonatales</b>					
Réanimations néonatales	(38)	Élevée	9,7 %	√ (défavorable)	-

\* Comparaison effectuée entre des sous-groupes spécifiques parmi les migrants à statut précaire, soit entre les enfants des demandeuses d'asile et les enfants des femmes sans statut légal d'immigration.

Légende du tableau :

- : absence de données

√ (favorable/défavorable) : écart de santé statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

∅ : aucun écart statistiquement significatif avec le groupe de comparaison

Cinq études se penchent sur la **prématurité** des nouveau-nés provenant de familles migrantes à statut précaire. Les taux s'affichent entre 3 % et 7 % (24, 25, 27). Les quatre études ayant effectué des analyses comparatives n'observent aucun écart statistiquement significatif pour les naissances prématurées comparativement à d'autres groupes d'enfants (enfants de résidentes permanentes et de citoyennes canadiennes, enfants de femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie) (24, 25, 36, 38).

Trois études s'intéressent au **faible poids à la naissance** et affichent des taux de prévalence similaires, soit entre 4 % et 6 % (24, 36, 38). Les analyses comparatives ne montrent aucune différence statistiquement significative pour ce qui est du faible poids à la naissance lorsqu'on compare les nouveau-nés provenant des familles MSP et d'autres groupes d'enfants (enfants de résidentes permanentes et de citoyennes canadiennes, enfants de femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie) (24, 36, 38).

Les quatre études documentant des taux de **poids à la naissance faible ou élevé pour l'âge gestationnel** rapportent des chiffres qui diffèrent. D'une part, en ce qui concerne le faible poids pour l'âge gestationnel, la prévalence rapportée varie entre 2 % et 12,5 % (24, 25, 27, 38). D'autre part, la prévalence varie entre 3 % et 25 % quant au poids élevé pour l'âge gestationnel (24, 27). De plus, les études ayant effectué des analyses comparatives n'ont rapporté aucune différence significative entre les nouveau-nés MSP et d'autres groupes d'enfants (enfants de femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie, enfants de femmes réfugiées), ni pour le faible poids pour l'âge gestationnel (24, 25, 27, 38) ni pour le poids élevé pour l'âge gestationnel (24, 27).

Les **admissions à l'unité de soins intensifs néonataux** varient d'une étude à une autre, soit entre 3 % et 16 % (23, 24, 27, 31, 38). Trois études n'ont rapporté aucune différence statistiquement significative entre les nouveau-nés provenant des familles migrantes à statut précaire et d'autres groupes d'enfants (enfants de femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie, enfants de personnes immigrantes) (24, 31, 38). Rousseau et collaborateurs (34), qui ont analysé des dossiers médicaux de deux sous-groupes spécifiques parmi les migrantes à statut précaire, soit les demandeuses d'asile et les femmes sans statut légal d'immigration, n'ont observé aucun écart significatif.

Pour ce qui est des **complications néonatales**, aucune différence statistiquement significative n'est signalée entre le groupe MSP (40,8 %) et le groupe bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (34,4 %) (24). Par ailleurs, on note une proportion plus élevée de **réanimation** chez les nouveau-nés provenant des familles MSP comparativement aux nouveau-nés de femmes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie (38). Enfin, les demandeuses d'asile interrogées dans l'étude de Rink et collaborateurs (33) (qualité modérée) signalent des **effets négatifs potentiels sur la santé** (non spécifiés) de leurs enfants.



## État de santé mentale et psychosociale

Les connaissances limitées ne permettent pas de se prononcer avec certitude sur l'état de santé mentale et psychosociale des enfants issus des familles migrantes à statut précaire. Il est documenté qualitativement que les mères sont inquiètes que l'isolement limite les possibilités de socialisation chez leurs enfants et nuise à leur développement (26) (qualité élevée).

### 3.3 Les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire

Cette section expose les facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la PPE, soit chez les femmes enceintes ou les mères, et les enfants. Au total, 13 publications étudient divers facteurs en lien avec la santé des femmes enceintes, des mères, des enfants ou des deux. Près de la moitié des études sont de qualité modérée. À ceci s'ajoutent deux études qualitatives, de qualité élevée et modérée, rapportant quelques éléments descriptifs. La catégorisation des facteurs dans les sections qui suivent comprend les cinq champs contribuant à l'état de santé : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes, le contexte global et le statut d'immigration. Il est à noter qu'il s'agit d'une démarche exploratoire et que seuls les facteurs repérés dans les études sélectionnées ont été compilés. Il se peut donc que des résultats supplémentaires aient été obtenus si une recherche documentaire ciblée avait porté sur les facteurs associés à la santé. La vigilance est de mise dans l'interprétation des résultats.

#### 3.3.1 Les facteurs associés à la santé des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire

##### Caractéristiques individuelles

En ce qui concerne la santé physique des MSP, Clarfield et collaborateurs (24) documentent plusieurs facteurs en lien avec les caractéristiques biologiques et génétiques de la femme enceinte. L'**âge** est un facteur associé au mode d'accouchement, chaque année supplémentaire augmentant de 6 % le risque de césarienne d'urgence (24). De même, les MSP ayant des **comorbidités médicales**, dont l'hypertension<sup>3</sup> et la prééclampsie, sont presque six fois plus susceptibles d'accoucher par césarienne d'urgence (24). Par contre, aucune association statistiquement significative n'est observée avec le diabète (préexistant ou gestationnel) ou les complications lors des grossesses antérieures<sup>4</sup> (24).

Sur le plan de la santé mentale et psychosociale des MSP, Dennis et collaborateurs (29) rapportent de multiples facteurs liés aux caractéristiques individuelles des femmes ainsi qu'aux caractéristiques socioéconomiques du ménage. Les **abus** pendant la grossesse ou en période postpartum sont associées aux symptômes dépressifs postpartum (29). De plus, les **expériences**

---

<sup>3</sup> Hypertension préexistante ou hypertension gestationnelle.

<sup>4</sup> Complications lors des grossesses antérieures : naissance prématurée, hypertension gestationnelle, diabète gestationnel, faible poids à la naissance.



**de douleurs** en postpartum (ex. : mamelon/engorgement, région du périnée, dos, incision) sont également un facteur prédictif des symptômes dépressifs en période postpartum (29). Ensuite, la **primiparité** est un facteur protecteur contre le risque de développer des symptômes dépressifs en période postpartum. Le faible **revenu** du ménage, l'**insécurité alimentaire** ainsi que la faible **connaissance de l'anglais et du français** sont trois autres facteurs pouvant être associés aux symptômes dépressifs chez les MSP (29). Les données qualitatives décrivent comment ces facteurs influencent également les expériences d'isolement social et de solitude chez les mères (26). Enfin, la **région d'origine**, soit le fait d'être originaire d'une région en dehors de l'Europe ou de l'Amérique du Nord, et les **inquiétudes par rapport à la famille au pays d'origine** sont également associées aux symptômes dépressifs chez les MSP (29).

### Milieux de vie

Clarfield et collaborateurs (24) étudient le lien entre la santé physique des MSP et le milieu familial. Le **nombre d'enfants dans le ménage** est un facteur associé au mode d'accouchement pour l'enfant subséquent. En effet, le risque d'accoucher par césarienne d'urgence diminue à chaque enfant vivant supplémentaire.

En lien avec la santé mentale et psychosociale des MSP, Dennis et collaborateurs (29) documentent certains facteurs liés au milieu familial et à la communauté locale. D'abord, un **soutien social** adéquat est un facteur protecteur contre le risque de développer des symptômes dépressifs en période postpartum (29). En contraste, **ne pas vivre avec un partenaire masculin** ou bénéficier d'un faible niveau de soutien social sont associés à des symptômes dépressifs en période postpartum (29). Des données qualitatives permettent de contextualiser ces résultats. Les mères MSP interrogées rapportent que le manque de soutien et les **responsabilités associées à la maternité** contribuent à leur isolement, bien que leurs enfants soient une source de bonheur et leur donnent un sentiment d'avoir un but (26). Enfin, le **sentiment d'appartenance à une communauté** au Canada serait un facteur protecteur contre le risque de développer des symptômes dépressifs en postpartum (29).

### Contexte global

Les études s'intéressent notamment à l'association entre la **couverture d'assurance maladie** chez les femmes migrantes à statut précaire et leur santé physique. D'une part, quatre études notent des différences significatives entre des groupes de femmes selon leur couverture médicale, pour le type de travail (spontané ou induit) (24, 25), le mode d'accouchement (24, 25, 38), la gestion pharmacologique de la douleur pendant l'accouchement (24, 25) et les complications obstétricales (24, 25, 35). Kandasamy et collaborateurs (36) précisent que l'association entre la couverture d'assurance maladie et le mode d'accouchement est modérée par d'autres facteurs, dont la parité des femmes. Des propos semblables émergent des données qualitatives. Les MSP interrogées décrivent comment les difficultés et les barrières d'accès aux soins entraînent un impact négatif sur leur santé (34). D'autre part, deux études n'observent aucune différence significative à propos des complications de grossesse et obstétricales selon la couverture médicale des femmes, sauf pour le fait d'être séropositive pour le VIH pendant la grossesse (36, 38).

Une étude d'association explore le lien entre la **couverture d'assurance maladie** chez les femmes migrantes à statut précaire et leur santé mentale et psychosociale. Kandasamy et collaborateurs (36) n'observent aucun lien significatif entre la couverture d'assurance maladie et le taux de dépression prénatale, de même pour l'historique d'abus pendant la grossesse. Cependant, dans l'étude qualitative de Rink et collaborateurs (33), les demandeuses d'asile expriment un sentiment de stigmatisation en lien avec le processus pour accéder aux soins de santé, lié à leur statut migratoire. Enfin, les mères consultées par Lim et collaborateurs (26) rapportent que la **pandémie de COVID-19** et les mesures mises en place pour prévenir la transmission du virus ont exacerbé leurs expériences d'isolement social et de solitude.

### Statut d'immigration

Gagnon et collaborateurs (30) révèlent une association significative entre le **statut d'immigration** des femmes et leur santé physique et psychosociale ainsi que celle de leurs enfants. Les demandeuses d'asile seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé identifiés par un professionnel de la santé en période postpartum, comparativement à leurs homologues canadiennes.

Sur le plan de la santé physique, l'influence du **statut d'immigration** de la femme enceinte sur les issues de grossesse n'est pas concluante. Gagnon, Merry et Haase (31) suggèrent un effet différencié du statut d'immigration sur l'accouchement par césarienne. Gagnon et collaborateurs (32) suggèrent en outre que l'association entre le statut d'immigration et la césarienne est modérée par la région d'origine des femmes. En contraste, Malebranche et collaborateurs (27) n'ont observé aucune différence statistiquement significative entre les demandeuses d'asile et les réfugiées. Enfin, Rousseau et collaborateurs (34) suggèrent que des différences existent au sein des groupes de migrants à statut précaire. Par exemple, les demandeuses d'asile sont plus susceptibles d'utiliser une épidurale pendant l'accouchement comparativement aux femmes sans statut légal d'immigration.

Plusieurs études abordent également l'influence du **statut d'immigration** sur la santé mentale et psychosociale des MSP. Deux études notent des disparités dans le taux de dépression postpartum entre différents groupes de mères. Les demandeuses d'asile présentent des taux plus élevés comparativement aux réfugiées, aux immigrantes non réfugiées et aux femmes nées au Canada (28, 29). Le statut migratoire est également un élément qui influence les expériences d'isolement social et de solitude ainsi que la détresse psychologique, selon les mères MSP (26, 33). Enfin, Rousseau et collaborateurs (34) suggèrent que des différences existent au sein des sous-groupes spécifiques parmi les migrants à statut précaire. En général, les mères demandeuses d'asile affichent davantage de problèmes d'ordre psychosociaux comparativement aux mères sans statut légal d'immigration (ex. : dépression et anxiété, isolement social, violence familiale ou conjugale).

### 3.3.2 Les facteurs associés à la santé des enfants migrants à statut précaire

#### Caractéristiques individuelles

Pour ce qui est de la santé physique du jeune enfant, une étude documente des facteurs liés aux caractéristiques de sa mère. L'**âge de la mère** n'est pas associé à la prématurité de son enfant ni les **complications vécues lors des grossesses antérieures**<sup>5</sup> (24). Par contre, les femmes enceintes ayant des **comorbidités médicales** (ex. : hypertension gestationnelle, prééclampsie) sont presque 53 fois plus susceptibles d'avoir un enfant prématuré (24).

#### Milieus de vie

Une étude d'association s'intéresse à la santé physique des enfants et aux facteurs liés au milieu familial. Le **nombre d'enfants dans le ménage** n'est pas un facteur associé à la prématurité chez l'enfant subséquent (24).

En l'absence d'études d'association, des données qualitatives rapportent certains éléments descriptifs sur la santé mentale et psychosociale des enfants et le milieu familial. Elles suggèrent que des **expériences d'isolement social et de solitude des mères** MSP influencent et limitent les possibilités de socialisation chez leurs enfants (26).

#### Contexte global

Plusieurs études s'intéressent à l'association entre la **couverture d'assurance maladie** chez les parents et la santé physique de leurs enfants. Une seule étude note une association statistiquement significative entre l'absence de couverture médicale et la réanimation chez ces nouveau-nés (38). Aucune autre étude n'observe une différence statistiquement significative entre les enfants ayant des parents ne bénéficiant pas d'un régime public d'assurance maladie et les enfants ayant des parents assurés par un régime public d'assurance maladie, soit pour la prématurité (24, 25, 36, 38), le faible poids à la naissance ou le poids faible ou élevé pour l'âge gestationnel (24, 25, 36, 38), ou l'admission à l'unité de soins intensifs néonataux (24, 38). Kandasamy et collaborateurs (36) précisent que l'association entre la couverture d'assurance maladie et le taux de faible poids à la naissance est modérée par la région d'origine des mères. Par ailleurs, les données qualitatives décrivent comment les parents MSP s'inquiètent des conséquences potentiellement néfastes sur la santé des enfants de leur manque d'accès aux soins de santé (33). Aucun parent n'a signalé d'effet indésirable grave chez son enfant. Toutefois, les retards dans la recherche, l'accès et la réception de soins ont pu mettre leur vie en danger, toujours selon les parents. De plus, suite à un refus de soins, plusieurs parents déclarent éviter de consulter les services de santé à moins que l'enfant ne tombe gravement malade.

---

<sup>5</sup> Complications lors des grossesses antérieures : naissance prématurée, hypertension gestationnelle, diabète gestationnel, faible poids à la naissance.

## Statut d'immigration

En termes de la santé globale des enfants, Gagnon et collaborateurs (30) observent une association significative entre le **statut d'immigration** des mères (demandeuses d'asile contre citoyennes canadiennes) et la santé physique et psychosociale de leurs enfants. En contraste, Wanigaratne et collaborateurs (37) notent que le taux de morbidité infantile sévère ne diffère pas entre les nouveau-nés issus des familles demandeuses d'asile et ceux nés de réfugiées.

Trois études s'intéressent plus particulièrement au lien entre le **statut d'immigration** du parent et la santé physique des enfants. Aucune étude ne documente de différences statistiquement significatives entre différents groupes d'enfants (enfants de demandeuses d'asile, de personnes sans statut légal d'immigration, de réfugiées et d'immigrantes non réfugiées) pour des issues de grossesse défavorables, dont le faible poids ou le poids élevé pour l'âge gestationnel (27), ou l'admission à l'unité de soins intensifs néonataux (31, 34).

Le tableau 14 en annexe 4 présente les facteurs associés à la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants migrants à statut précaire selon la dimension de l'état de santé étudiée.

## 4 DISCUSSION

Compte tenu des tendances migratoires actuelles, la santé des familles migrantes à statut précaire constitue une préoccupation des acteurs de santé publique œuvrant dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance. Toutefois, les enjeux de santé vécus par ces familles sont peu documentés dans la littérature récente. La présente synthèse des connaissances, qui a pour objectif de recenser les enjeux de santé chez les familles migrantes à statut précaire pendant la période de la PPE et les facteurs associés, constitue un effort pour documenter l'état de la situation actuelle au Québec et au Canada.

### 4.1 Principaux constats

Cette section présente les principaux constats issus de la description et de l'analyse de l'état de santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et ailleurs au Canada, et des facteurs associés.

#### 4.1.1 Premier constat : Un portrait de santé des familles migrantes à statut précaire et des facteurs associés limités par la portée des données disponibles

D'entrée de jeu, quelques considérations en lien avec la portée des résultats doivent être soulignées. La littérature scientifique recensée peut être qualifiée par son caractère limité, en termes du nombre d'études, par la qualité méthodologique et la concordance des résultats rapportés dans les études. Seules 16 études ont été retenues, une majorité de qualité faible à modérée et rapportant des résultats variés. En fait, l'analyse des 16 études retenues permet de faire ressortir un grand éventail d'objectifs de recherche et de méthodologies. Cette grande variabilité s'explique entre autres par le fait qu'il existe plusieurs définitions pour décrire les migrants à statut précaire, qu'ils représentent un groupe très hétérogène et qu'il existe plusieurs interprétations de la précarité en lien avec la santé.

Par conséquent, on dénote des connaissances parcellaires sur l'état de santé des familles migrantes à statut précaire ainsi que sur les facteurs associés à la santé. Tout d'abord, la majorité des études recensées s'intéresse à la santé des femmes enceintes et des mères ayant de jeunes enfants. Toutefois, la plupart des études portent seulement sur l'état de santé pendant la période entourant l'accouchement ou la période postnatale. Ainsi, les enjeux vécus par les MSP pendant la période prénatale et la période de la petite enfance sont peu documentés dans cette synthèse. Par ailleurs, moins d'études concernent la santé des jeunes enfants migrants à statut précaire et celles-ci s'attardent principalement à la santé du fœtus et du nouveau-né. Ainsi, la santé et le développement durant la période de la petite enfance sont peu étudiés.

Malgré son caractère limité, le corpus scientifique examiné relève des facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire à plusieurs niveaux. Mentionnons tout de même que la recherche exploratoire visait principalement l'état de santé. Il se peut qu'une recherche ciblée sur les facteurs associés à la santé ait pu fournir des résultats additionnels. De plus, la nature des

analyses dans les études ne permet pas de statuer si les facteurs ont un effet différencié quant à leur influence sur la santé des MSP par rapport à la santé des personnes non migrantes ou encore si la combinaison des facteurs accroît l'influence sur la santé.

Ainsi, étant donné le petit nombre d'études disponibles pour l'analyse, leur qualité variable et la complexité des interactions entre les enjeux de santé et les facteurs associés à l'étude, la prudence est de mise quand il s'agit d'extrapoler les résultats de cette recherche exploratoire à la pratique.

#### **4.1.2 Deuxième constat : Un état de santé des femmes enceintes et des mères migrantes à statut précaire variable selon les enjeux étudiés, mais dont les écarts avec d'autres groupes de la population sont difficiles à déterminer**

La littérature recensée suggère que les femmes enceintes et les mères migrantes à statut précaire pourraient présenter divers enjeux de santé mentale et psychosociale. Plusieurs indicateurs de santé sont rapportés dans les études répertoriées, comme la violence, l'isolement social et la solitude, les comportements d'automutilation, la détresse psychologique et le sentiment de stigmatisation; les symptômes de dépression étant les mieux documentés. Sept études rapportent une prévalence préoccupante de ces enjeux. Notamment, entre 11 % et 25 % (selon la sévérité des symptômes) des MSP présenteraient des symptômes de dépression postpartum, plus d'une femme sur dix vivrait une situation d'isolement social, une femme sur six aurait vécu une expérience de violence familiale et plus de 5 % des femmes adopteraient des comportements d'automutilations (24, 28, 29, 34). Les données qualitatives suggèrent aussi que ces enjeux font partie de la réalité des MSP pendant la période de la PPE (26, 33). De plus, les enjeux vécus pourraient différer selon le sous-groupe spécifique parmi les MSP (34).

À titre indicatif, l'Enquête sur la santé maternelle de 2018-2019, menée par Statistique Canada, donne un aperçu de la santé mentale des mères ayant récemment donné naissance. Près d'une mère sur quatre (23 %) a déclaré avoir eu des sentiments correspondant à une dépression postpartum ou à un trouble anxieux (39). Dès lors, on constate une certaine similitude dans les problèmes de santé mentale présents chez les mères MSP et les mères de la population générale. En effet, selon la littérature recensée dans la présente synthèse, les données ne révèlent pas d'écarts entre les MSP et la population générale en termes de dépression prénatale ou de violence pendant la grossesse (36). Toutefois, ces données proviennent d'une seule étude de qualité modérée. De ce fait, le manque de données limite la capacité à décrire adéquatement des écarts de santé comparativement à d'autres groupes de la population. Ainsi, malgré la diversité d'indicateurs de santé répertoriés, plusieurs aspects de l'expérience de santé des MSP méritent d'être plus amplement étudiés, et ce, dans les études de qualité élevée. En effet, on observe que les études répertoriées sont de qualité faible à modérée. Par ailleurs, la littérature grise québécoise aborde davantage certains enjeux de santé mentale chez les MSP, dont la détresse psychologique élevée, l'isolement et la violence subie par les femmes pendant les soins de santé lors de la grossesse et de l'accouchement, bien que très peu documentés dans la littérature scientifique (21, 40-43). Enfin, mentionnons aussi que la littérature internationale

documente des résultats en matière de santé mentale des mères MSP moins bons que ceux des personnes dans les pays d'accueil (15).

En ce qui a trait à l'état de santé physique des MSP pendant la période de la PPE, les résultats divergents des études ne permettent pas de dégager des constats clairs. Néanmoins, divers aspects sont considérés dans la littérature et, parmi les plus documentés, on retrouve les complications de grossesse et obstétricales et les différents modes d'accouchement.

Plusieurs complications de grossesse et obstétricales sont documentées chez les MSP, à partir des études de qualité variable. Certaines indications laissent penser que les MSP pourraient être plus susceptibles de souffrir de complications de grossesse et obstétricales, comparativement à d'autres groupes de la population canadienne, mais ce résultat ne fait pas consensus dans la littérature recensée (24, 25, 35, 36, 38). Bien que certaines publications rapportent des taux importants de complications de grossesse ou au moment de l'accouchement chez les MSP, il est possible que ces chiffres sous-représentent l'ampleur de la situation. Par exemple, Brar et collaborateurs (23) notent que de nombreuses visiteuses enceintes s'inquiétaient d'un séjour hospitalier prolongé en raison des coûts. Par ailleurs, dans l'enquête de Médecins du Monde (MdM) réalisée à Montréal, presque un tiers des femmes MSP (28 %) a eu des complications de grossesse ou au moment de l'accouchement (43).

Des prévalences élevées de césariennes sont documentées chez les MSP, allant jusqu'à 37 % (23–25, 27, 32, 36). Notons que le Canada affiche également un taux élevé d'accouchements par césarienne, comparé aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit de 30 % (44,45). Les études comparatives recensées ne rapportent pas toutes des écarts entre les MSP et d'autres groupes de femmes. Deux études n'observent aucune différence statistiquement significative entre les groupes de comparaison (27, 36). Selon deux autres études, les césariennes sont moins fréquentes chez les MSP (25, 38). Par ailleurs, une seule étude documente que les MSP sont significativement plus susceptibles de subir une césarienne (24). Ainsi, Gagnon et collaborateurs (31) suggèrent que ces résultats mitigés remettent en question l'idée répandue dans les médias et dans le système de santé selon laquelle les MSP utilisent les services de manière excessive.

Les résultats rapportés dans cette synthèse diffèrent de la littérature internationale qui, pour la plupart, relève des écarts de santé entre les MSP et d'autres groupes de la population (14–16). Certains auteurs des études recensées proposent des explications pour cette divergence. Premièrement, certaines études ciblent des MSP ayant recours à des services spécialisés. Par exemple, dans l'étude de Malebranche et collaborateurs (27), les participantes ont recours aux soins dans une clinique spécialisée. De même, dans l'étude de Darling et collaborateurs (25), les participantes sont suivies par des sages-femmes. Les auteurs supposent que l'utilisation de ces services aurait pu influencer positivement les résultats en matière de santé chez les participantes. Ensuite, Gagnon et collaborateurs (31), qui rapportent que les demandeuses d'asile subissent moins de césariennes d'urgence que le groupe comparatif, suggèrent que les professionnels de santé pourraient éviter certaines interventions médicales chez les MSP en raison d'enjeux liés aux coûts.



Un plus petit nombre de publications étudient le type de travail, la gestion pharmacologique de la douleur pendant l'accouchement et les maladies infectieuses chez les MSP. En dépit de la multiplicité d'indicateurs de santé répertoriés, la littérature existante nous informe de façon très limitée sur l'état de santé physique des MSP; ce qui démontre la pertinence de poursuivre les efforts de recherche et de surveillance dans ce domaine. Il existe également un besoin pour des études qui s'intéressent à la santé physique au-delà du moment de l'accouchement et des quelques semaines qui suivent.

#### **4.1.3 Troisième constat : Le corpus scientifique sur les enfants issus des familles migrantes à statut précaire se concentre sur les premiers mois de vie et aborde peu la santé dans ses différentes dimensions**

Comme mentionné précédemment, très peu d'études se sont penchées sur la santé globale et le développement de l'enfant, ce qui limite la possibilité de dégager des constats sur la mortalité, la morbidité ainsi que sur les retards de développement. Notons toutefois qu'une publication provenant de la littérature grise québécoise rapporte une proportion importante de grossesses non menées à terme pouvant être dues à des fausses couches, des morts in utero ou à des enfants mort-nés (43). Cette littérature suggère également que des enjeux de santé et de développement pourraient exister chez les enfants plus âgés (20, 46). Les données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) montrent que les enfants nés à l'extérieur du Canada sont plus nombreux en proportion à être vulnérables dans au moins un domaine de développement lors de leur fréquentation de la maternelle cinq ans, comparativement aux enfants nés au Canada (47). De même, plusieurs études nous informent des difficultés propres aux enfants issus de l'immigration sur le plan de la réussite scolaire (48, 49). Ainsi, il s'avère important d'étudier davantage la santé et le développement des enfants MSP.

Comme les études ciblent pour la plupart la période de l'accouchement, il n'est pas surprenant de constater que plusieurs publications portent sur l'état de santé physique des nouveau-nés MSP. La plupart des enjeux couverts dans les études recensées font l'objet d'une surveillance tant au Québec qu'au Canada, car ils influencent la santé et le développement des enfants à court, à moyen et à long terme et demeurent des enjeux de santé publique préoccupants (50, 51). La prématurité, le poids à la naissance pour l'âge gestationnel et les admissions à l'unité de soins intensifs néonataux sont parmi les aspects les plus documentés dans cette synthèse. D'autres aspects de la santé physique des enfants MSP sont moins couverts dans la littérature, incluant les complications néonatales, la réanimation néonatale et les maladies chez les jeunes enfants.

Les études recensées affichent des taux de prématurité entre 3 % et 7 % chez les MSP (24, 25, 27, 38). Plus généralement, dans la population canadienne, on observe un taux de naissances prématurées de 8 % (44). Par contre, les études ayant effectué des analyses comparatives n'observent aucun écart significatif pour cet indicateur de santé comparativement à d'autres groupes d'enfants (24, 25, 36, 38). De même, les études incluses dans la présente synthèse relèvent un taux de nourrissons MSP petits pour leur âge gestationnel entre 2 % et 12,5 % (24,



27, 38) et un taux de nourrissons grands pour leur âge gestationnel entre 3 % et 25 % (24, 27). À titre indicatif, des données canadiennes indiquent, dans la population générale, des taux de nourrissons petits et grands pour leur âge gestationnel, qui sont de 9 % et 10 %, respectivement (52). Dans le corpus analysé, les études comparatives ne rapportent aucune différence significative entre les nouveau-nés MSP et d'autres groupes d'enfants ni pour le faible poids pour l'âge gestationnel (24, 25, 27, 38) ni pour le poids élevé pour l'âge gestationnel (24, 27).

Dans l'ensemble, on observe peu ou pas d'écart dans l'état de santé physique des nouveau-nés provenant des familles migrantes à statut précaire, comparativement à d'autres groupes de nouveau-nés, selon les études retenues. Bien que la littérature canadienne et internationale sur la santé des immigrants pendant la période de la PPE relève des écarts de santé avec la population native (14, 15), quelques études notent également des résultats divergents (16, 53, 54). Il est suggéré que cela pourrait être autant pour des raisons de santé que pour des raisons méthodologiques, par exemple, selon l'analyse de certaines caractéristiques des participants, dont le pays d'origine et la durée de résidence au Canada ou encore selon les changements de l'immigration dus au contexte politique. Il est également possible que l'absence d'écarts de santé observés soit due à une taille d'échantillon insuffisante, à l'hétérogénéité dans la population à l'étude ou au choix de devis d'étude (27, 36, 38).

Mentionnons aussi qu'une étude canadienne explorant l'utilisation des services d'urgence a observé des écarts de santé entre des sous-groupes spécifiques, parmi les enfants (0-18 ans) migrants à statut précaire, soit entre les enfants des demandeurs d'asile et les enfants de parents sans statut légal d'immigration (55). De tels écarts sont aussi relevés dans la présente synthèse (34). Ainsi, des études qui permettent de décrire et de comparer la santé des enfants MSP, selon le statut migratoire des parents, s'avèrent une piste intéressante pour de futures recherches. Des changements de statuts étant fréquents, elles permettraient également d'explorer comment le statut migratoire influence l'état de santé. Dans tous les cas, plus d'études sont nécessaires pour valider les résultats de cette synthèse ainsi que pour étudier si des écarts de santé se manifestent plus tard dans la vie des enfants.

#### **4.1.4 Quatrième constat : L'apport spécifique des facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire pourrait être mieux compris**

La recension des écrits a permis de répertorier certains facteurs associés à la santé des familles migrantes à statut précaire pendant la période de la PPE. Des facteurs relevant des caractéristiques individuelles des femmes enceintes, des mères et des jeunes enfants et de leurs milieux de vie ont ainsi été identifiés. Un bon nombre de ces facteurs sont déjà connus dans la littérature en général comme ayant une influence sur la santé des femmes et des enfants en général (ex. : les comorbidités médicales pendant la grossesse et les issues périnatales indésirables [24]; les expériences de douleurs et la dépression [29]; l'insécurité alimentaire et la dépression [31]; le soutien social et la dépression [29]). Par contre, il est moins clair que les facteurs mentionnés aient un effet différencié sur la santé en contexte d'immigration précaire.

La plupart des facteurs répertoriés sont de nature structurelle et relèvent du contexte global dans lequel se déroule la période de la périnatalité et de la petite enfance (ex. : l'absence d'assurance maladie) ainsi que du statut d'immigration. On observe des effets négatifs à une absence de couverture d'assurance maladie sur la santé physique des femmes enceintes et des mères MSP (24, 25, 35, 36, 38). De plus, les MSP interrogées décrivent comment les difficultés et barrières d'accès aux soins entraînent un impact négatif sur leur santé (34). Par contre, l'effet sur la santé mentale et psychosociale est moins bien documenté. Par ailleurs, on observe des effets négatifs du statut d'immigration précaire sur la santé mentale et psychosociale (28, 29, 34) des femmes enceintes et des mères MSP ainsi que sur leur état de santé globale (30). Des données qualitatives démontrent plus spécifiquement comment le statut migratoire influence les expériences d'isolement social et de solitude, et de détresse psychologique (26, 33). Sur le plan de la santé physique, l'influence du statut d'immigration sur les issues de grossesse n'est pas concluante. Malgré les tendances observées, plus d'études de qualité sont nécessaires pour valider l'association entre l'absence de couverture d'assurance maladie, le statut d'immigration et la santé des MSP pendant la période de la PPE. Les études associatives indiquent moins clairement comment le statut d'immigration des parents et leur couverture médicale contribuent à la santé des jeunes enfants. Ainsi, il s'avère pertinent de continuer les efforts de recherche en ce sens afin de cibler les facteurs sur lesquels intervenir pour améliorer la santé des familles migrantes à statut précaire.

## **4.2 Pistes de réflexion pour la pratique et pour la recherche future**

Dans l'ensemble, les enjeux de santé chez les familles migrantes à statut précaire et chez la population générale se ressemblent, selon les études recensées. La littérature évoque des enjeux tels que des complications de grossesse et obstétricales, des interventions médicales telles que des césariennes, des naissances prématurées et des bébés nés avec un faible poids. Ainsi, certaines études considèrent que des efforts en matière de promotion de la santé et de prévention pourraient cibler des enjeux de santé tels que ceux documentés dans cette synthèse afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population y compris les familles migrantes à statut précaire (56–58).

Cette synthèse met en évidence les lacunes dans les connaissances scientifiques ainsi que l'importance de poursuivre les efforts de recherche sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et au Canada pendant la période de la PPE. En particulier, elle met en lumière un manque criant de données sur la santé selon le statut d'immigration, particulièrement en fonction des statuts temporaires. Dès lors, il serait important de réfléchir à l'inclusion d'une ou de plusieurs questions plus étroitement liées au statut d'immigration dans les enquêtes populationnelles québécoises et canadiennes ciblant la santé des familles. De même, il serait pertinent de colliger des indicateurs sur le statut d'immigration provenant de plusieurs sources de données (ex. : données d'enquêtes, données administratives), afin de faciliter la surveillance de l'état de santé. Par ailleurs, des études longitudinales à grande échelle permettant d'observer des changements dans l'état de santé des enfants, des parents et des

familles MSP à travers la période de la périnatalité et de la petite enfance pourraient également être pertinentes. Plusieurs études canadiennes montrent une dégradation de la santé des immigrants au fil du temps (59). Dès lors, il serait important d'étudier comment la santé des MSP évolue avec le temps.

Enfin, le bassin de connaissances existant concerne principalement les femmes enceintes et les mères, et un peu moins les jeunes enfants. Aucune étude n'a été faite auprès des pères exclusivement. Il est possible que les pères en devenir et les pères ayant de jeunes enfants vivent des enjeux de santé différents. Dès lors, des études qui se penchent sur la santé des pères migrants à statut précaire pendant la période de la PPE pourraient être pertinentes.

### 4.3 Forces et limites

Cette synthèse des connaissances comporte des forces et des limites qui doivent être soulignées. Tout d'abord, la recension est fondée sur un exercice rigoureux de collecte et d'analyse des données publiées dans la littérature scientifique depuis les dix dernières années. Elle nous permet de faire un tour d'horizon des différentes publications qui abordent la santé des familles migrantes à statut précaire pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance au Québec et ailleurs au Canada. La recension inclut également des données quantitatives et qualitatives sur la santé afin de fournir un portrait le plus complet possible des enjeux vécus par les familles MSP. L'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues permet d'apprécier la qualité de la littérature existante. Enfin, la description et l'analyse de la santé et des facteurs associés s'appuient sur un cadre analytique connu et utilisé.

Cette synthèse comporte également certaines limites non négligeables. Premièrement, il se peut que des publications pertinentes n'aient pas été repérées lors de l'étape de sélection des articles, si ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une mention explicite de migrants à statut précaire ou de la période de la PPE dans le titre ou le résumé. Notons, par exemple, que certains documents qualifient les migrants à statut précaire de « réfugiés », un groupe qui selon notre définition est exclu de la synthèse, car leur statut est permanent. De plus, bien que seules les publications portant sur la période de la PPE soient incluses, il se peut que les résultats soient teintés par la présence d'enfants plus âgés dans l'échantillon d'étude (33). Qui plus est, cette synthèse s'appuie sur une majorité d'études de qualité faible à modérée. Les critères de qualité les plus souvent non respectés concernent la représentativité de l'échantillon d'étude à la population cible, la complétude des données sur les résultats (*outcomes*) de santé ainsi que la prise en compte des facteurs de confusion dans la conception de l'étude et l'analyse des données. Enfin, il importe de mentionner que les facteurs pré, per, et post-migratoires auxquels sont exposés les MSP peuvent avoir une influence sur leur santé. Malgré cela, le cadre d'analyse choisi ne permet pas adéquatement de prendre en compte les expositions passées, dont les conditions et expériences prémigratoires et migratoires. Ainsi, la présente synthèse dresse nécessairement un portrait incomplet des facteurs pouvant influencer l'état de santé des MSP.

L'état des connaissances actuelles demeure limité. Peu d'études québécoises et canadiennes ciblent exclusivement les familles migrantes à statut précaire lors de la période de la PPE. De plus, une majorité des études répertoriées se penchent sur l'état de santé des demandeurs d'asile. La santé des travailleurs étrangers temporaires, des étudiants étrangers, des visiteurs et des personnes sans statut légal d'immigration est peu étudiée. Nonobstant le statut migratoire précaire, il existe certaines différences parmi ces sous-groupes. Bien que cette publication se veuille une exploration des connaissances disponibles sur la santé de l'ensemble des migrants à statut précaire, il se peut qu'elle reflète moins bien la réalité de certains sous-groupes. De plus, quelques études utilisent la couverture médicale pour déterminer le statut d'immigration. Toutefois, elles ne rapportent pas toujours la raison pour laquelle les participants ne bénéficient pas d'un régime d'assurance maladie. Ainsi, il n'est pas possible de départager la proportion de migrants à statut précaire et les personnes non couvertes pour d'autres raisons (24, 25, 34–36). Plusieurs études notent également la petite taille de leur échantillon et le manque de puissance statistique (24, 27, 29, 31, 36, 38). D'autres notent que leurs analyses ne tiennent pas compte de facteurs confondants importants (25). Enfin, bien que les études recensées s'étendent sur les dix dernières années, certaines utilisent des données qui sont plus ou moins récentes. Il se peut que les données moins récentes ne reflètent plus la situation actuelle des migrants à statut précaire au Québec et au Canada.

Afin d'assurer la transférabilité des données au contexte socioéconomique et sociopolitique québécois, seules les études canadiennes ont été conservées. Toutefois, même au sein du Canada, des différences peuvent exister dans les réalités migratoires ainsi que dans l'offre de services aux MSP, qui peuvent se répercuter sur l'état de santé des MSP. Il pourrait y avoir des limites importantes à ce que les données provenant d'autres provinces indiquent en ce qui concerne la santé des MSP au Québec.

## 5 CONCLUSION

Bien que la santé des immigrants constitue une préoccupation de santé publique, les familles migrantes à statut précaire demeurent sous-représentées dans la recherche. Malgré cette limite, la présente synthèse dresse un portrait des connaissances disponibles sur la santé des familles migrantes à statut précaire au Québec et ailleurs au Canada pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance. Les résultats permettent de décrire plusieurs enjeux de santé chez les femmes enceintes, les mères et les jeunes enfants migrants à statut précaire, relevant de plusieurs dimensions de l'état de santé, mais dont les écarts avec d'autres groupes de la population sont difficiles à déterminer. La littérature relève également un grand éventail de facteurs associés à la santé, portant sur les caractéristiques des familles et de ses membres, les milieux de vie, le contexte global dans lequel les familles évoluent ainsi que sur l'influence du statut d'immigration. Toutefois, l'apport spécifique de ces facteurs sur la santé des familles migrants à statut précaire pourrait être mieux compris. Concrètement, cette synthèse peut servir de point d'ancrage pour des travaux futurs documentant des stratégies visant à prévenir et à réduire les enjeux de santé documentés chez les familles migrantes à statut précaire.

## 6 RÉFÉRENCES

1. International Organization for Migration [En ligne]. Organisation internationale pour les migrations. Définition d'un « migrant » selon l'OIM; 2023 [cité le 23 nov. 2023]. Disponible : <https://www.iom.int/fr/definition-dun-migrant-selon-loim>
2. Gouvernement du Canada [En ligne]. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Residents Temporaires; 2017 [cité le 24 nov 2023]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/bulletins-guides-operationnels/residents-temporaires.html>
3. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Résident non permanent; 2015 [cité le 23 nov. 2023]. Disponible : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var\\_f.pl?Function=Unit&Id=199284](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=Unit&Id=199284)
4. Institut de la statistique du Québec [En ligne]. Institut de la statistique du Québec. Migrations internationales et interprovinciales; 2023 [cité le 23 nov. 2023]. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/migrations-internationales-interprovinciales-bilan-demographique>
5. Le Protecteur du citoyen. Donner accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire [En ligne]. Québec : Rapport du Protecteur du citoyen; 2018. Disponible : [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/acces-enfants-RAMQ.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/acces-enfants-RAMQ.pdf)
6. Régie de l'assurance maladie du Québec. Portrait des femmes enceintes sans couverture santé au Québec [En ligne]. Québec : RAMQ; 2022. Disponible : [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Rapport\\_mandat\\_femmes\\_enceintes\\_2022-06-28.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Rapport_mandat_femmes_enceintes_2022-06-28.pdf)
7. Springmann V, Adrien A. Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire : un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique. Montréal (Québec) : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal; Direction régionale de santé publique; 2019. 67 p.
8. Statistique Canada. Portrait des résidents non permanents au Canada.; 2023 [cité le 2 août 2023]. Disponible : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2023/statcan/11-627-m/11-627-m2023039-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2023/statcan/11-627-m/11-627-m2023039-fra.pdf)
9. Centre de recherche SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Intervenir en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle. 5h30.
10. Tuey C, Bastien N. Résidents non permanents au Canada : un portrait d'une population croissante à partir du Recensement de 2021 [En ligne]. Statistique Canada; 2023. Disponible : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2023/statcan/75-006-x/75-006-2023-6-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2023/statcan/75-006-x/75-006-2023-6-fra.pdf)

11. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Édition 2023 [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2023 p. 113. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>
12. Statistique Canada. Statut d'immigrant et période d'immigration selon le genre et l'âge: Canada, provinces et territoires; 2023 [cité le 18 juill 2023]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810034701>
13. Choi SW, Agbese E, Kim G, Makhoul MD, Leslie DL. Uninsured immigrants in the United States significantly delayed the initiation of prenatal care after the changes to the Public Charge Rule. *Public Health*. 1 déc 2023;225:1-7.
14. Gieles NC, Tankink JB, van Midde M, Düker J, van der Lans P, Wessels CM, *et al.* Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe : a systematic review. *Eur J Public Health*. 2019;29(4):714-23.
15. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees : a systematic review of systematic reviews. *BMC Med*. 2018;16(1):89.
16. Munro K, Jarvis C, Munoz M, D'Souza V, Graves L. Undocumented pregnant women : what does the literature tell us? *J Immigr Minor Health*. 2013;15(2):281-91.
17. Oxman-Martinez J, Hanley J, Lach L, Khanlou N, Weerasinghe S, Agnew V. Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status : a baseline for understanding barriers to health. *J Immigr Health*. 2005;7(4):247-58.
18. Saad M. Examining the social patterning of postpartum depression by immigration status in Canada : an exploratory review of the literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019;6(2):312-8.
19. Jarvis C, Munoz M, Graves L, Stephenson R, D'Souza V, Jimenez V. Retrospective review of prenatal care and perinatal outcomes in a group of uninsured pregnant women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(3):235-43.
20. Observatoire des tout-petits. Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes [En ligne]. Montréal (Québec) : Observatoire des tout-petits; 2019. Disponible : <https://tout-petits.org/img/dossiers/migrant/Dossier-Acces-soins-migrants-complet.pdf>
21. Médecins du Monde. Les mauvais traitements et la violence à l'égard des femmes migrantes sans assurance maladie au Canada dans le contexte des soins de santé reproductive, et en particulier de l'accouchement [En ligne]. 2019. Disponible : <https://medecinsdumonde.ca/uploads/Me%CC%81moire-les-mauvais-traitement-et-la-violence-a%CC%80-lgard-des-femmes-MSP.pdf>
22. Anctil H. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux; 2012. 24 p.
23. Brar S, Kale M, Birch C, Mattatall F, Vaze M. Impact of birth tourism on health care systems in Calgary, Alberta. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):120.

24. Clarfield L, Little D, Svendrovski A, Yudin M, De Souza L. Single-centre retrospective cohort study of demographic characteristics and perinatal outcomes in pregnant refugee patients in Toronto, Canada. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(3):529-38.
25. Darling EK, Bennett N, Burton N, Marquez O. Outcomes of uninsured midwifery clients in Ontario, Canada : a retrospective cohort study. *Midwifery*. Philadelphia, Pennsylvania : Elsevier B.V.; 2019;77:24-31.
26. Lim M, Van Hulst A, Pisanu S, Merry L. Social isolation, loneliness and health: a descriptive study of the experiences of migrant mothers with young children (0-5 Years Old) at La Maison Bleue. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:823632.
27. Malebranche M, Norrie E, Hao S, Brown G, Talavlikar R, Hull A, *et al*. Antenatal Care Utilization and Obstetric and Newborn Outcomes Among Pregnant Refugees Attending a Specialized Refugee Clinic. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(3):467-75.
28. Dennis CL, Merry L, Stewart D, Gagnon A. Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(6):959-67.
29. Dennis CL, Merry L, Gagnon A. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women : results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(4):411-22.
30. Gagnon A, Dougherty G, Wahoush O, Saucier JF, Dennis CL, Stanger E, *et al*. International migration to Canada: the post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Soc Sci Med* 1982. 2013;76(1):197-207.
31. Gagnon A, Merry L, Haase K. Predictors of emergency cesarean delivery among international migrant women in Canada. *Int J Gynecol Obstet*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.; 2013;121(3):270-4.
32. Gagnon A, Van Hulst A, Merry L, George A, Saucier JF, Stanger E, *et al*. Cesarean section rate differences by migration indicators. *Arch Gynecol Obstet.*, : Springer Nature; 2013;287(4):633-9.
33. Rink N, Muttalib F, Morantz G, Chase L, Cleveland J, Rousseau C, *et al*. The gap between coverage and care—what can Canadian paediatricians do about access to health services for refugee claimant children? *Paediatr Child Health* 1205-7088. Oxford University Press/USA; 2017;22(8):430-7.
34. Rousseau C, Ricard-Guay A, Laurin-Lamothe A, Gagnon A, Rousseau H. Perinatal health care for undocumented women in Montreal: When sub-standard care is almost the rule. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4.
35. Hynie M, Ardern C, Robertson A. Emergency room visits by uninsured child and adult residents in Ontario, Canada: what diagnoses, severity and visit disposition reveal about the impact of being uninsured. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(5):948-56.



36. Kandasamy T, Cherniak R, Shah R, Yudin M, Spitzer R. Obstetric risks and outcomes of refugee women at a single centre in Toronto. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2014;36(4):296-302.
37. Wanigaratne S, Cole D, Bassil K, Hyman I, Moineddin R, Shakya Y, *et al.* Severe Neonatal Morbidity Among Births to Refugee Women. *Matern Child Health J*. 2016;20(10):2189-98.
38. Wilson-Mitchell K, Rummens JA. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(6):2198-213.
39. Statistique Canada. Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019; 2019 [cité le 28 mars 2024]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.htm>
40. Médecins du Monde. Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec – L’urgence d’agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d’assurance pour toutes les femmes, peu importe leur statut migratoire. [En ligne]. 2022. Disponible : [https://medecinsdumonde.ca/uploads/Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec\\_15avril-2022.pdf](https://medecinsdumonde.ca/uploads/Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec_15avril-2022.pdf)
41. Cirino M, Mavoungou-Pemba PN, Arsenault É, rédacteurs. Parcours de soins de femmes immigrantes sans accès au régime d’assurance maladie du Québec [En ligne]. Québec: Éditions science et bien commun; [cité le 16 avr. 2024]. Disponible : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/plaidoyerfemsam/>
42. Cleveland J, Hanley J, Salamanca Cardona M, Turcotte-Plamondon M, Wolofsky T, Leloup X, *et al.* Le parcours d’installation des demandeurs d’asile au Québec [En ligne]. Montréal (Québec) : Institut universitaire SHERPA; 2021. Disponible : [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/installation\\_demandeurs\\_asile\\_Cleveland\\_Hanley.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/installation_demandeurs_asile_Cleveland_Hanley.pdf)
43. Lagrange S, Fillol A, Fête M. Analyse contextualisée finale - Les enfants et les femmes enceintes sans assurance médicale à Montréal [En ligne]. 2018. Disponible : <https://tout-petits.org/media/2323/analyse-migrants-finale.pdf>
44. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale, édition 2020 [En ligne]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. (Infobase de la santé publique). Disponible : [https://sante-infobase.canada.ca/isp/pdf/PHI\\_QS\\_FRE.pdf](https://sante-infobase.canada.ca/isp/pdf/PHI_QS_FRE.pdf)
45. Organisation mondiale de la santé. Déclaration de l’OMS sur les taux de césarienne [En ligne]. Organisation mondiale de la santé; 2015 p. 8. Disponible : <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-15.02>

46. Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM. L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec : Mythe ou réalité? - Portrait de l'accès aux soins périnataux des migrantes à statut précaire et de leurs enfants au Québec [En ligne]. 2015. Disponible : <https://medecinsdumonde.ca/uploads/rapport-L%E2%80%99acce%CC%80s-aux-soins-pe%CC%81rinataux-pour-toutes-les-femmes-au-Que%CC%81bec-Mythe-ou-re%CC%81alite%CC%81.pdf>
47. Ducharme A, Paquette J, Sonia D. Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2023 p. 153. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-developpement-enfants-maternelle-2022.pdf>
48. Auger A, Groleau A. Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2022. Rapport statistique. Tome 1 – Portrait des caractéristiques, de l'environnement et du parcours préscolaire des enfants de maternelle 5 ans pour le Québec et ses régions [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2023 p. 158. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/parcours-prescolaire-enfants-maternelle-2022-rapport-statistique-tome-1.pdf>
49. Niyubahwe A, Mukamurera J, Jutras F. Rôles et contributions des enseignants issus de l'immigration dans l'intégration scolaire des élèves issus de l'immigration. *Can J Educ Can Léducation*. 2019;42(2):438-63.
50. Frontera W, Spicer CM, Applegate A, rédacteurs. *Low Birth Weight Babies and Disability* [En ligne]. Washington, D.C. : National Academies Press; 2023 [cité le 15 févr. 2024]. Disponible : <https://www.nap.edu/catalog/27375>
51. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Santé du fœtus, du nouveau-né et de l'enfant - Surveillance de la santé maternelle et foeto-infantile - Professionnels de la santé - MSSS; 2018 [cité le 2 févr. 2024]. Disponible : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/surveillance-de-la-sante-maternelle-et-foeto-infantile/sante-du-foetus-du-nouveau-ne-et-de-l-enfant/>
52. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 [En ligne]. 2017. Disponible : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2018/aspc-phac/HP7-1-2017-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP7-1-2017-fra.pdf)
53. Vanneste C, Barlow P, Rozenberg S. Urgent Medical Aid and Associated Obstetric Mortality in Belgium. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(2):307-13.
54. Yang S, Dahhou M, Bushnik T, Wilkins R, Kaufman J, Sheppard A, *et al.* Perinatal health among foreign versus native-born mothers in Canada: variations across outcomes and cohorts. *J Public Health*. 2020;42(1):e26-33.
55. Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Meloni F, Steinmetz N, Alvarez F. Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: Disparities in help-seeking and service delivery. *Paediatr Child Health*. 2013;18(9):465-9.

56. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 3: « Soins pendant la grossesse ». Dans : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: lignes directrices nationales [En ligne]. Ottawa (ON) : ASPC; 2019. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3-fr.pdf>
57. Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, *et al.* Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ. British Medical Journal Publishing Group*; 2019;366:l4160.
58. Sia D, Tchouaket Nguemeleu E, Beogo I, Séguin C, Roch G, Cleveland J, *et al.* Interventions facilitating access to perinatal care for migrant women without medical insurance : a scoping review protocol. *PLoS ONE*. 2022;17(3):e0265232.
59. Vang Z, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique. *Popul Change Lifecourse Strateg Knowl Clust Discuss Pap Ser Un Réseau Strat Connaiss Chang Popul Parcours Vie Doc Trav* [En ligne]. 2016;3(2). Disponible : <https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss2/6>
60. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, *et al.* Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version française 2018 - Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte : manuel pour les usagers [En ligne]. Université McGill; 2020 p. 10. Disponible : [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/141403911/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2020-09-18-FR.pdf](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/141403911/MMAT_2018_criteria-manual_2020-09-18-FR.pdf)
61. Robert O, Déry V. Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec [En ligne]. Montréal (QC) : Institut national de santé publique du Québec; 2020. Disponible : <http://www.deslibris.ca/ID/10105464>

## ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE

### Recherche documentaire (littérature scientifique)

Une recherche exploratoire a été entamée par l’auteure à l’été 2023. Ensuite, une première recherche documentaire a été effectuée le 25 août 2023, à partir de la plateforme EbscoHost (en incluant les bases de données CINAHL, Health Policy Reference Center, SocINDEX, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, Political Sciences Complete) et OVID (MEDLINE, PsycINFO) avec des mots-clés relatifs à quatre concepts : périnatalité et petite enfance, migrant à statut précaire, santé et Canada. Cette stratégie de recherche documentaire a été développée avec le soutien d’un bibliothécaire. La recherche a permis de recenser 563 articles après dédoublonnage. Suite à une validation de la stratégie de recherche par le comité scientifique, une deuxième recherche a été lancée le 18 octobre 2023 incluant des ajouts de mots-clés et de bases de données (EbscoHost : ERIC, Teacher Reference Center; OVID : Global Health) (voir les tableaux 9 à 12 pour la stratégie de recherche). La deuxième recherche documentaire a permis de recenser 206 articles additionnels.

Les recherches ont été suivies par un processus de sélection en deux étapes : par titre puis par résumé. Les publications retenues dans la sélection finale ont été sélectionnées selon certains critères d’inclusion et d’exclusion.

### Critères d’inclusion

Les publications ont été retenues à partir des critères suivants :

- Publication portant sur les migrants à statut précaire (demandeur d’asile, personne sans statut légal d’immigration, travailleur étranger temporaire, étudiant étranger, visiteur);
- Publication portant sur la période de la périnatalité et de la petite enfance (grossesse/rentrée scolaire) : les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les parents d’enfants de 0 à 5 ans ou toute autre figure parentale ou tout membre de la famille élargie;
- Publication portant sur l’état de santé global, physique ou mentale (observé ou ressenti);
- Publication provenant de la littérature scientifique (qualitative, quantitative ou mixte);
- Document publié entre 2013 et 2023;
- Publication rédigée en anglais ou en français;
- Publication provenant du Québec ou du Canada.

### Critères d’exclusion

Les publications ont été exclues à partir des critères suivants :

- Publication portant sur les résidents permanents (ex. : personne réfugiée, immigrant économique);

- Publication portant sur les enfants de plus de cinq ans, les parents d'enfant de plus de cinq ans ou les enfants ou les parents présentant une condition particulière (difficultés de développement connues, problèmes de santé physique, trouble neurologique ou de santé mentale diagnostiqué);
- Publication portant sur les comportements liés à la santé (ex. : allaitement, pratiques alimentaires, utilisation des services de santé pour enfants), les interventions en lien avec la santé ou la validation d'instruments pour mesurer la santé;
- Études coût-bénéfice, chapitres de livre, articles d'opinion, éditoriaux, études de cas, protocoles de recherche, thèses, mémoires, actes de colloques ou conférences;
- Publication rédigée dans une autre langue que l'anglais ou le français;
- Document provenant en dehors du Canada et portant sur d'autres contextes que les contextes canadien ou québécois.

Une mesure d'accord interjuge a été effectuée afin de sélectionner les articles devant faire l'objet d'une lecture complète. L'auteure a effectué une sélection initiale des articles provenant de la première recherche documentaire, en analysant le titre et le résumé. Une collaboratrice a ensuite procédé à une sélection similaire pour 20 % des articles. Dans l'ensemble, la sélection des articles s'est faite avec un pourcentage d'accord de près de 85 % entre l'auteure et la collaboratrice. Lorsque c'était nécessaire, elles ont étudié et discuté des désaccords.

Après le retrait des doublons et l'exclusion des articles non pertinents, 55 articles ont été retenus pour lecture complète. Des références pertinentes provenant de la recherche exploratoire ont par la suite été ajoutées (voir figure 2 pour l'organigramme). Au total, 16 articles scientifiques ont été retenus après lecture complète.

**Tableau 9** Stratégie de recherche pour ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text, CINAHL Complete, Teacher Reference Center (EBSCO)

Interrogée le **2023-10-18**

#	Requête	Résultats
S1	<p>TI (ante-natal* OR ante-partum OR antenatal* OR antepartum OR babies OR baby OR "before delivery" OR birth OR births OR breast-fe* OR breast-milk* OR breastfe* OR breastmilk* OR brother* OR child* OR "early development" OR ((extended OR intergenerational OR multigenerational) W0 (household* OR relation*)) OR families OR family OR father* OR fertile OR fertility OR fetal OR fetus* OR gestation* OR grandfather* OR grandmother* OR grandparent* OR gravidit* OR infan* OR kindergarten* OR "kinship network*" OR maternal OR maternit* OR mother* OR neo-natal* OR neonatal* OR neonate* OR new-born* OR newborn* OR obstetric* OR parent* OR parturi* OR paternal OR perinatal* OR post-natal* OR post-partum OR postnatal* OR postpartum OR pre-school* OR pregnan* OR preschool* OR primipar* OR puerperal OR puerperium OR relatives OR reproduction OR ("reproductive age** N1 wom?n) OR sibling* OR sister* OR spouse* OR toddler*) OR</p> <p>SU (ante-natal* OR ante-partum OR antenatal* OR antepartum OR babies OR baby OR "before delivery" OR birth OR births OR breast-fe* OR breast-milk* OR breastfe* OR breastmilk* OR brother* OR child* OR "early development" OR ((extended OR intergenerational OR multigenerational) W0 (household* OR relation*)) OR families OR family OR father* OR fertile OR fertility OR fetal OR fetus* OR gestation* OR grandfather* OR grandmother* OR grandparent* OR gravidit* OR infan* OR kindergarten* OR "kinship network*" OR maternal OR maternit* OR mother* OR neo-natal* OR neonatal* OR neonate* OR new-born* OR newborn* OR obstetric* OR parent* OR parturi* OR paternal OR perinatal* OR post-natal* OR post-partum OR postnatal* OR postpartum OR pre-school* OR pregnan* OR preschool* OR primipar* OR puerperal OR puerperium OR relatives OR reproduction OR ("reproductive age** N1 wom?n) OR sibling* OR sister* OR spouse* OR toddler*)</p>	2,840,366
S2	<p>TI ((asylum N0 seek*) OR "displaced person*" OR ((foreign OR illegal OR irregular OR non-authori?ed OR non-permanent OR nonauthori?ed OR precarious OR temporary OR unauthori?ed) N1 (alien* OR immigrant* OR labo#rer* OR resident* OR status* OR worker*)) OR ((foreign OR international) W0 student*) OR migrant* OR no#-status* OR non-citizen* OR non-resident* OR nonresident* OR refugee* OR ((student* OR study OR work) W0 (permit* OR visa*)) OR tourist* OR transient* OR undocumented OR uninsured OR visitor* OR "without papers") OR</p> <p>AB ((asylum N0 seek*) OR "displaced person*" OR ((foreign OR illegal OR irregular OR non-authori?ed OR non-permanent OR nonauthori?ed OR precarious OR temporary OR unauthori?ed) N1 (alien* OR immigrant* OR labo#rer* OR resident* OR status* OR worker*)) OR ((foreign OR international) W0 student*) OR migrant* OR no#-status* OR non-citizen* OR non-resident* OR nonresident* OR (refugee* N1 claimant*) OR ((student* OR study OR work) W0 (permit* OR visa*)) OR tourist* OR transient* OR undocumented OR uninsured OR visitor* OR "without papers") OR</p> <p>SU ((asylum N0 seek*) OR "displaced person*" OR ((foreign OR illegal OR irregular OR non-authori?ed OR non-permanent OR nonauthori?ed OR precarious OR temporary OR unauthori?ed) N1 (alien* OR immigrant* OR labo#rer* OR resident* OR status* OR worker*)) OR ((foreign OR international) W0 student*) OR migrant* OR no#-status* OR non-citizen* OR non-resident* OR nonresident* OR refugee* OR ((student* OR study OR work) W0 (permit* OR visa*)) OR tourist* OR transient* OR undocumented OR uninsured OR visitor* OR "without papers")</p>	271,971

#	Requête	Résultats
S3	<p>TI (a#no#mal* OR (access* N1 care*) OR c#esar?an* OR ((child* OR infant*) N1 development) OR complication* OR congenital OR dead OR death* OR defect* OR deformit* OR demise* OR depress* OR diabet* OR disease* OR disorder* OR dysphoria OR "fetal resorption*" OR health* OR hrqol OR hypertension* OR impair* OR injur* OR (life N1 quality) OR malformation* OR morbidit* OR mortalit* OR outcome* OR "pre eclampsia*" OR preeclampsia* OR premature OR preterm OR ((protective OR risk) W0 factor*) OR resilien* OR (social N1 skill*) OR stillbirth* OR stillborn* OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*) OR</p> <p>AB (a#no#mal* OR (access* N1 care*) OR c#esar?an* OR ((child* OR infant*) N1 development) OR complication* OR congenital OR dead OR death* OR defect* OR deformit* OR demise* OR depress* OR diabet* OR disease* OR disorder* OR dysphoria OR "fetal resorption*" OR health* OR hrqol OR hypertension* OR impair* OR injur* OR (life N1 quality) OR malformation* OR morbidit* OR mortalit* OR outcome* OR "pre eclampsia*" OR preeclampsia* OR premature OR preterm OR ((protective OR risk) W0 factor*) OR resilien* OR (social N1 skill*) OR stillbirth* OR stillborn* OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*) OR</p> <p>SU (a#no#mal* OR (access* N1 care*) OR c#esar?an* OR ((child* OR infant*) N1 development) OR complication* OR congenital OR dead OR death* OR defect* OR deformit* OR demise* OR depress* OR diabet* OR disease* OR disorder* OR dysphoria OR "fetal resorption*" OR health* OR hrqol OR hypertension* OR impair* OR injur* OR (life N1 quality) OR malformation* OR morbidit* OR mortalit* OR outcome* OR "pre eclampsia*" OR preeclampsia* OR premature OR preterm OR ((protective OR risk) W0 factor*) OR resilien* OR (social N1 skill*) OR stillbirth* OR stillborn* OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*)</p>	7,995,633
S4	<p>TI (alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituaq* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*) OR</p> <p>AB (alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituaq* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*) OR</p> <p>SU (alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituaq* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*)</p>	469,838
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	1,083
S6	S5 AND LA (english OR french)	1,073
S7	S6 AND (DT 2013-2023)	<b>690</b>

Tableau 10 Stratégie de recherche pour Ovid MEDLINE(R) ALL (Ovid)

Interrogée le 2023-10-18

#	Requête	Résultats
1	exp "Breast Feeding"/or exp Family/ or exp "Parents" or exp "Parturition"/or Pregnancy in Adolescence/ or "Pregnancy, High-Risk"/or exp "Pregnancy, Multiple"/or "Pregnancy, Unplanned"/or "Pregnancy, Unwanted"/or Pregnancy/ or Pregnant Women/ or "Child, Preschool"/or Infant/ or "Infant, Newborn"/or (ante-natal* or ante-partum or antenatal* or antepartum or babies or baby or "before delivery" or birth or births or breast-fe* or breast-milk* or breastfe* or breastmilk* or brother* or child* or "early development" or ((extended or intergenerational or multigenerational) adj (household* or relation*)) or families or family or father* or fertile or fertility or fetal or fetus* or gestation* or grandfather* or grandmother* or grandparent* or gravidit* or infan* or kindergarten* or "kinship network*" or maternal or maternit* or mother* or neo-natal* or neonatal* or neonate* or new-born* or newborn* or obstetric* or parent* or parturi* or paternal or perinatal* or post-natal* or post-partum or postnatal* or postpartum or pre-school* or pregnan* or preschool* or primipar* or puerperal or puerperium or relatives or reproduction or ("reproductive age*" adj2 wom#n) or sibling* or sister* or spouse* or toddler*).ti,kf.	3742901
2	Refugees/or "Transients and Migrants"/or Undocumented Immigrants/or ((asylum adj1 seek*) or "displaced person*" or ((foreign or illegal or irregular or non-authori#ed or non-permanent or nonauthori#ed or precarious or temporary or unauthori#ed) adj2 (alien* or immigrant* or labo?rer* or resident* or status* or worker*)) or ((foreign or international) adj student*) or migrant* or no?-status* or non-citizen* or non-resident* or nonresident* or ((student* or study or work) adj (permit* or visa*)) or tourist* or transient* or undocumented or uninsured or visitor* or "without papers").ti,ab,kf. or (refugee*).ti,kf. or (refugee* adj2 claimant*).ab.	457129
3	exp "Cesarean Section"/or exp "Child Development"/or Child Health/ or exp "Congenital Abnormalities"/or Death/ or Family Health/ or Health/ or exp "Health Inequities"/or exp "Health Services Accessibility"/or Health Status/ or Infant Health/ or Mental Health/ or Minority Health/ or Morbidity/ or exp "Mortality"/or exp "Pregnancy Complications"/or exp "Pregnancy Outcome"/or Protective Factors/ or exp "Quality of Life"/or Reproductive Health/ or Resilience, Psychological/ or Risk/ or Risk Factors/ or Social Determinants of Health/ or exp "Women's Health"/or (a?no?mal* or (access* adj2 care*) or c?esar#an* or ((child* or infant*) adj2 development) or complication* or congenital or dead or death* or defect* or deformat* or demise* or depress* or diabet* or disease* or disorder* or dysphoria or "fetal resorption*" or health* or hrqol or hypertension* or impair* or injur* or (life adj2 quality) or malformation* or morbidit* or mortalit* or outcome* or "pre eclampsia*" or preeclampsia* or premature or preterm or ((protective or risk) adj factor*) or resilien* or (social adj2 skill*) or stillbirth* or stillborn* or well-being* or wellbeing* or wellness*).ti,ab,kf.	14733551
4	exp Canada/or (alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituk* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*).ti,ab,kf.	360029
5	and/1-4	688
6	5 and (english or french).lg.	680
7	..l/6 yr=2013-2023	<b>396</b>



**Tableau 11 Stratégie de recherche pour APA PsycInfo (Ovid)**

Interrogée le **2023-10-18**

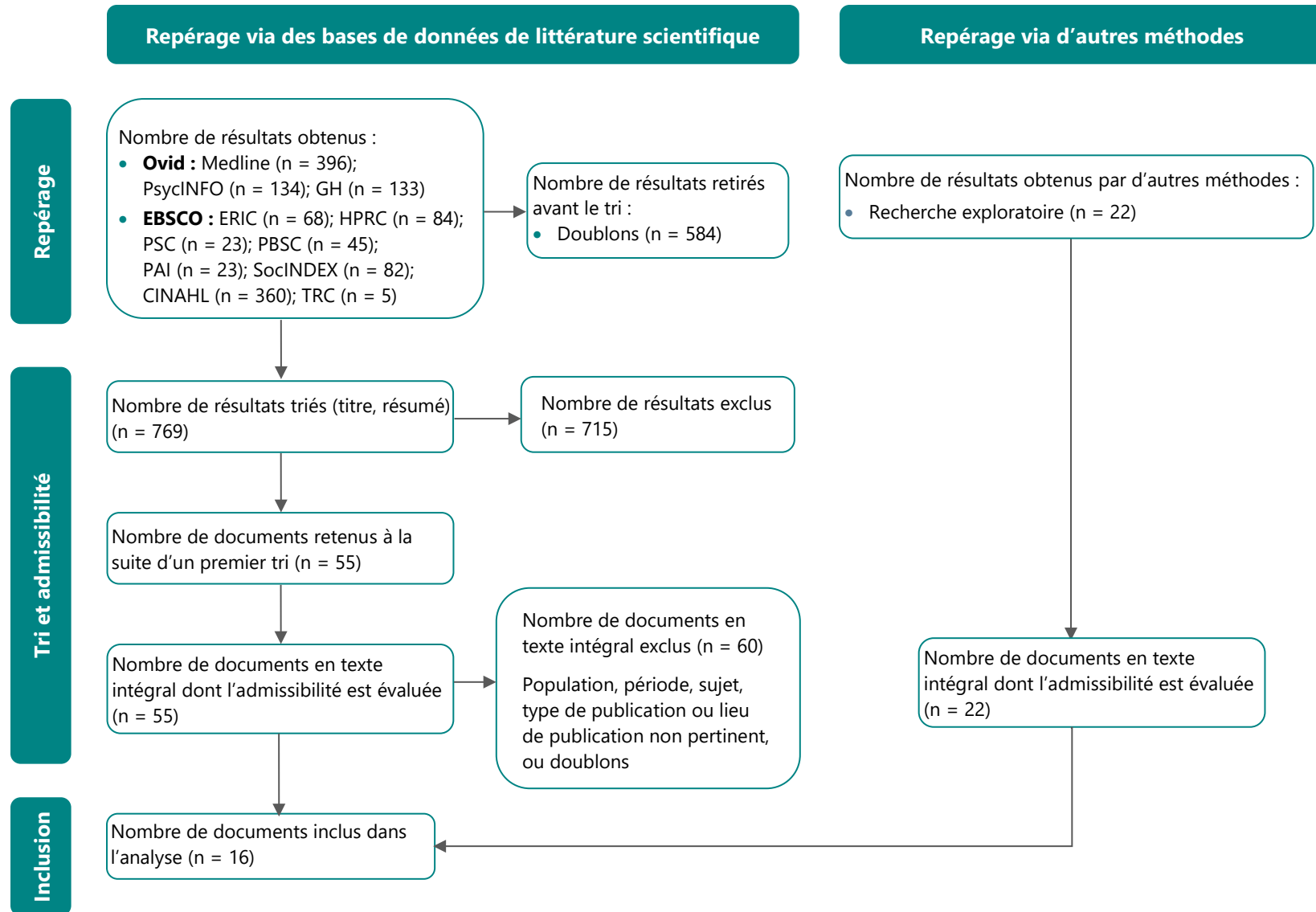
#	Requête	Résultats
1	"adolescent pregnancy"/or exp "birth"/or "breast feeding"/or exp "expectant parents"/or exp "family"/or "fathers"/or "mothers"/or "parents"/or "pregnancy"/or "primipara"/or (ante-natal* or ante-partum or antenatal* or antepartum or babies or baby or "before delivery" or birth or births or breast-fe* or breast-milk* or breastfe* or breastmilk* or brother* or child* or "early development" or ((extended or intergenerational or multigenerational) adj (household* or relation*)) or families or family or father* or fertile or fertility or fetal or fetus* or gestation* or grandfather* or grandmother* or grandparent* or gravidit* or infan* or kindergarten* or "kinship network*" or maternal or maternit* or mother* or neo-natal* or neonatal* or neonate* or new-born* or newborn* or obstetric* or parent* or parturi* or paternal or perinatal* or post-natal* or post-partum or postnatal* or postpartum or pre-school* or pregnan* or preschool* or primipar* or puerperal or puerperium or relatives or reproduction or ("reproductive age*" adj2 wom#n) or sibling* or sister* or spouse* or toddler*).ti,id.	890140
2	"asylum seeking"/or exp "migrant workers"/or "refugees"/or "undocumented immigration"/or ((asylum adj1 seek*) or "displaced person*" or ((foreign or illegal or irregular or non-authori#ed or non-permanent or nonauthori#ed or precarious or temporary or unauthori#ed) adj2 (alien* or immigrant* or labo?rer* or resident* or status* or worker*)) or ((foreign or international) adj student*) or migrant* or no?-status* or non-citizen* or non-resident* or nonresident* or ((student* or study or work) adj (permit* or visa*)) or tourist* or transient* or undocumented or uninsured or visitor* or "without papers").ti,ab,id. or (refugee*).ti,id. or (refugee* adj2 claimant*).ab.	73818
3	"birth injuries"/or exp "caesarean birth"/or "congenital disorders"/or exp "death and dying"/or exp "early childhood development"/or exp "health"/or exp "health care access"/or "health related quality of life"/or exp "morbidity"/or "neonatal disorders"/or "quality of life"/or "obstetrical complications"/or exp "pregnancy outcomes"/or "protective factors"/or "resilience (psychological)"/or exp "risk factors"/or "sudden infant death"/or (a?no?mal* or (access* adj2 care*) or c?esar#an* or ((child* or infant*) adj2 development) or complication* or congenital or dead or death* or defect* or deformit* or demise* or depress* or diabet* or disease* or disorder* or dysphoria or "fetal resorption*" or health* or hrqol or hypertension* or impair* or injur* or (life adj2 quality) or malformation* or morbidit* or mortalit* or outcome* or "pre eclampsia*" or preeclampsia* or premature or preterm or ((protective or risk) adj factor*) or resilien* or (social adj2 skill*) or stillbirth* or stillborn* or well-being* or wellbeing* or wellness*).ti,ab,id.	2401494
4	(alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujjuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituaq* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*).ti,ab,id.	97187
5	and/1-4	232
6	..l/5 yr=2013-2023	<b>134</b>

Tableau 12 Stratégie de recherche pour Global Health (Ovid)

Interrogée le 2023-10-18

#	Requête	Résultats
1	birth/or exp "breast feeding"/or exp families/ or exp "family environment"/or family structure/or fetus/or gestation period/or exp infants/or parents/or parturition/or pregnancy/or pregnant adolescents/or pregnant women/or preschool children/or puerperium/or siblings/or (ante-natal* or ante-partum or antenatal* or antepartum* or babies or baby or "before delivery" or birth or births or breast-fe* or breast-milk* or breastfe* or breastmilk* or brother* or child* or "early development" or ((extended or intergenerational or multigenerational) adj (household* or relation*)) or families or family or father* or fertile or fertility or fetal or fetus* or gestation* or grandfather* or grandmother* or grandparent* or gravidit* or infan* or kindergarten* or "kinship network*" or maternal or maternit* or mother* or neo-natal* or neonatal* or neonate* or new-born* or newborn* or obstetric* or parent* or parturi* or paternal or perinatal* or post-natal* or post-partum or postnatal* or postpartum or pre-school* or pregnan* or preschool* or primipar* or puerperal or puerperium or relatives or reproduction or ("reproductive age*" adj2 wom#n) or sibling* or sister* or spouse* or toddler*).ti,id.	481335
2	migrants/or refugees/or ((asylum adj1 seek*) or "displaced person*" or ((foreign or illegal or irregular or non-authori#ed or non-permanent or nonauthori#ed or precarious or temporary or unauthori#ed) adj2 (alien* or immigrant* or labo?rer* or resident* or status* or worker*)) or ((foreign or international) adj student*) or migrant* or no?-status* or non-citizen* or non-resident* or nonresident* or ((student* or study or work) adj (permit* or visa*)) or tourist* or transient* or undocumented or uninsured or visitor* or "without papers").ti,ab,id. or (refugee*).ti,id. or (refugee* adj2 claimant*).ab.	53805
3	abnormalities/or caesarean section/or exp "child development"/or child health/ or exp childhood diseases/ or exp "death and dying"/or diseases/or fetal development disorders/or health/or health care utilization/or health inequalities/or infant disorders/or mental health/or morbidity/or exp mortality/or parturition complications/or preeclampsia/or pregnancy outcome/or protective factors/or "quality of life"/or risk/or risk factors/or women's health/or (a?no?mal* or (access* adj2 care*) or c?esar#an* or ((child* or infant*) adj2 development) or complication* or congenital or dead or death* or defect* or deformit* or demise* or depress* or diabet* or disease* or disorder* or dysphoria or "fetal resorption*" or health* or hrqol or hypertension* or impair* or injur* or (life adj2 quality) or malformation* or morbidit* or mortalit* or outcome* or "pre eclampsia*" or preeclampsia* or premature or preterm or ((protective or risk) adj factor*) or resilien* or (social adj2 skill*) or stillbirth* or stillborn* or well-being* or wellbeing* or wellness*).ti,ab,id.	2350732
4	exp canada/or (alberta* or "british columbia*" or calgary* or canad* or charlottetown* or dalhousie* or edmonton* or fredericton* or halifax* or hamilton or igoaluit* or inukjuak* or kingston* or kuujjuaq* or labrador* or laval* or manitoba* or mcgill* or mcmaster* or moncton* or montreal* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavik* or nunavut* or ontari* or ottawa* or "prince edward island*" or puvirnituk* or quebec* or queen's or "saint john*" or saskatchewan* or saskatoon* or sherbrooke* or "st john*" or sudbury* or toronto* or vancouver* or victoria* or whitehorse* or winnipeg* or yellowknife* or yukon*).ti,ab,id.	72647
5	and/1-4	199
6	5 and (english or french).lg.	197
7	..l/6 yr=2013-2023	<b>133</b>

Figure 2 Organigramme de la recherche



Chacune des études retenues a été soumise à une grille reprenant les aspects d'intérêt pour cette synthèse afin de colliger de l'information sur le contenu de ces documents de façon structurée. La grille d'extraction reprenait les caractéristiques des publications ainsi que les résultats rapportés en lien avec la santé et les facteurs associés.

Chaque article a été évalué selon le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) par l'auteur et une collaboratrice (60). Suite à l'évaluation, un score global entre 1 et 5 a été attribué à chaque article (1 = 20 % des critères de qualité respectés; 5 = 100 % des critères de qualité respectés). Par la suite, les scores ont été transformés en trois niveaux de qualité : qualité élevée (article ayant un score de 4 ou 5), qualité modérée (article ayant un score de 3) ou faible qualité (article ayant un score de 1 ou 2). Toutes les études qui répondaient aux critères de sélection ont été retenues, et ce, sans égard à la qualité du devis méthodologique. Le nombre limité d'études pertinentes repérées a motivé ce choix.

### **Comité scientifique et révision par les pairs**

Un comité scientifique a soutenu l'auteure dans la validation scientifique du contenu. Ce comité était composé de trois membres ayant une expertise en périnatalité et en petite enfance et en santé des migrants. Selon la norme institutionnelle, la présente synthèse des connaissances a également été soumise à un processus de révision par les pairs (61). Trois réviseuses œuvrant en PPE ou en santé des migrants ont été conviées à évaluer la clarté, la complétude et la cohérence du contenu, le caractère approprié des éléments énoncés dans la discussion et l'efficacité communicationnelle de l'ensemble du document. Tous les commentaires reçus ont été révisés et considérés pour leur inclusion dans la version définitive de la synthèse des connaissances.

Les membres du comité scientifique et les réviseuses ont rempli une déclaration d'intérêts. Aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

## **ANNEXE 2 DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MIGRANTS À STATUT PRÉCAIRE SELON LES ÉTUDES**

### **Demandeurs d'asile**

Selon les études retenues, les demandeurs d'asile sont des personnes qui demandent le statut de réfugié après leur arrivée au Canada. Ils sont soumis à un processus judiciaire pour déterminer si ce statut leur est accordé et s'ils ont le droit de demeurer au pays en attendant l'issue du processus (27, 33, 37, 42). Les demandeurs d'asile sont admissibles à une couverture de santé par le biais du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), administré par le gouvernement du Canada, de façon temporaire, pendant que leur demande est en cours de traitement (34, 37).

Cinq études ajoutent les personnes sans statut légal d'immigration à leur description de demandeurs d'asile (28–32). Gagnon et collaborateurs (30) précisent que les deux groupes sont souvent combinés pour des fins d'analyse, car le petit nombre de personnes sans statut légal d'immigration dans les échantillons ne permet pas une analyse séparée.

### **Visiteurs**

L'étude de Brar et collaborateurs (23) se penche sur les visiteuses, soit une personne qui ne réside pas au Canada et qui ne bénéficie pas d'un régime public d'assurance maladie pendant la période prénatale. Parfois, elles disposent d'une assurance maladie privée qui peut couvrir partiellement ou entièrement les frais médicaux.

### **Migrant à statut précaire qui ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance maladie ou encore qui bénéficie du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)**

Plusieurs publications s'intéressent aux migrants à statut précaire en fonction de leur statut d'immigration et de l'accès à une couverture d'assurance maladie (provinciale, fédérale ou privée).

Deux études s'intéressent aux migrants à statut précaire ne bénéficiant pas d'un régime d'assurance maladie provincial, soit celui de l'Ontario (25, 35). Selon les auteurs, les participants aux études forment un groupe hétérogène : personnes sans statut légal d'immigration; étudiants étrangers; personnes bénéficiant d'un permis de résidence temporaire (ex. : attendant une décision de parrainage); certains travailleurs temporaires; et les visiteurs ou les touristes résidant au Québec depuis au moins six mois. Les études incluent également les résidents permanents qui nécessitent des soins pendant la période du délai de carence, les personnes ayant perdu leur carte d'assurance maladie et certains groupes religieux ayant choisi de ne pas bénéficier d'une couverture médicale provinciale.

Deux autres études se penchent spécifiquement sur les migrants à statut précaire bénéficiant du PFSI (24,36). Les principaux bénéficiaires du PFSI sont les demandeurs d'asile, mais peuvent également inclure les victimes de la traite humaine et les personnes détenues en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, jusqu'à ce que ces personnes deviennent admissibles à une couverture médicale provinciale/territoriale.

Enfin, deux autres études utilisent une définition plus restrictive. Wilson-Mitchel et Rummens (38) et Rousseau et collaborateurs (34) s'intéressent aux MSP n'ayant pas d'assurance maladie provinciale ou privée ni d'accès au PFSI.

## ANNEXE 3 CARACTÉRISTIQUES DES PUBLICATIONS RETENUES

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Brar et al.</b> (23) Lieu : Alberta Devis : Étude qualitative descriptive Qualité de l'étude : Faible	N = 102 visiteuses et leurs nouveau-nés		Nombre de femmes ayant eu des problèmes cardiovasculaires ou de prééclampsie	Trois femmes sur cent deux visiteuses ont eu des complications nécessitant une réadmission à l'hôpital dans les six semaines après l'accouchement.	
			Proportion d'accouchements vaginaux, d'accouchements par césarienne	38 % des visiteuses ont accouché par voie vaginale, 35 % par césarienne, type d'accouchement inconnu le reste de l'échantillon	
			Nombre d'admissions à l'unité de soins intensifs néonataux	Neuf nouveau-nés ont été admis aux soins intensifs et trois ont dû être réadmis à l'hôpital dans les six semaines après la naissance.	
<b>Clarfield et al.</b> (24) Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée	N = 196 femmes assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés	N = 13 734 femmes non assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés	Proportion d'accouchements vaginaux spontanés, d'accouchements assistés (par ventouse, forceps), d'accouchements par césarienne	57 % des femmes assurées par le PFSI ont eu un accouchement vaginal spontané, 37 % ont subi une césarienne, 6 % ont eu un accouchement assisté par ventouse et 0 % par forceps.  Les femmes enceintes assurées par le PFSI sont significativement plus susceptibles de subir un accouchement par césarienne (36,7 % c. 26,9 %, p = 0,006).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge de la mère</li> <li>• Comorbidités médicales chez la femme enceinte (hypertension, prééclampsie, diabète)</li> <li>• Complications lors des grossesses antérieures</li> <li>• Nombre d'enfants dans le ménage</li> <li>• Couverture d'assurance maladie</li> </ul>
			Prévalence du diabète gestationnel, d'hypertension (tous types confondus) et d'éclampsie/prééclampsie	7,1 % des femmes assurées par le PFSI ont eu un diabète gestationnel, 8,7 % une hypertension et 3,6 % une éclampsie/prééclampsie.  Les femmes enceintes assurées par le PFSI sont significativement plus susceptibles de souffrir de l'hypertension pendant la grossesse (8,7 % c. 3,2 %, p < 0,001), ainsi que de prééclampsie (3,6 % c. 1,4 %, p = 0,010).	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Clarfield et al.</b> (24) (suite)</p> <p>Lieu : Ontario</p> <p>Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective</p> <p>Qualité de l'étude : Modérée</p>			Prévalence du déclenchement artificiel du travail	28 % des femmes assurées par le PFSI ont subi un déclenchement artificiel du travail. Les femmes enceintes assurées par le PFSI sont significativement plus susceptibles de subir un déclenchement du travail (27,6 % c. 21,2 %, $p = 0,032$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture d'assurance maladie du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Prévalence de violence familiale	16 % des femmes assurées par le PFSI ont subi une expérience de violence familiale au Canada, dans le pays d'origine ou les deux.	
			Taux de mortinaissance	Le taux de mortinaissance est de 0 % chez les nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI.	
			Taux de prématurité	Le taux de prématurité est de 5,6 % chez les nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (5,6 % c. 6,7 %; $p = 0,557$ ).	
			Taux de faible poids pour l'âge gestationnel, taux de poids élevé pour l'âge gestationnel	Le taux de faible poids pour l'âge gestationnel est de 3,6 % et le taux de poids élevé pour l'âge gestationnel est de 2,6 % chez les nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif pour le taux de faible poids pour l'âge gestationnel (3,6 % c. 3,5 %; $p = 0,936$ ) ou le taux de poids élevé pour l'âge gestationnel (2,6 % c. 3,6 %; $p = 0,426$ ).	



Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Clarfield et al.</b> (24) (suite) Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée			Taux d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux	8,2 % des nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI ont été admis aux soins intensifs néonataux. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (8,2 % c. 11,8 %; p = 0,116)	
			Taux de faible poids à la naissance	Le taux de faible poids à la naissance est de 4,6 % chez les nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (4,6 % c. 5,3 %; p = 0,657)	
			Taux de complications néonatales	40,8 % des nouveau-nés de femmes assurées par le PFSI ont eu des complications néonatales. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (40,8 % c. 34,4 %; p = 0,062)	
<b>Darling, Bennett, Burton et Marquez</b> (25) Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective basée sur la population Qualité de l'étude : Modérée	N = 4023 femmes non assurées par le régime d'assurance maladie de l'Ontario (OHIP) et leurs nouveau-nés	N = 51 611 femmes assurées par l'OHIP et leurs nouveau-nés	Prévalence du diabète gestationnel, d'hypertension et d'hémorragie postpartum	2,5 % des femmes non assurées par l'OHIP ont eu un diabète gestationnel, 2,4 % ont eu une hypertension gestationnelle et 3,4 % ont eu une hémorragie postpartum. L'hémorragie postpartum est significativement plus fréquente chez les femmes non assurées par l'OHIP (3,4 % c. 2,9 %).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture d'assurance maladie</li> <li>• Couverture d'assurance maladie du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Darling, Bennett, Burton et Marquez</b> (25) (suite)</p> <p>Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective basée sur la population Qualité de l'étude : Modérée</p>			Taux d'accouchement vaginal spontané, d'accouchement vaginal assisté (non spécifié), d'accouchement par césarienne	<p>81,1 % des femmes non assurées par l'OHIP ont eu un accouchement vaginal spontané, 4,7 % ont eu un accouchement assisté et 13,9 % ont subi une césarienne.</p> <p>Les femmes non assurées par l'OHIP affichent des taux plus élevés d'accouchement vaginal spontané (81,1 % c. 78,1 %). Elles affichent des taux plus faibles d'accouchement vaginal assisté (4,7 % c. 5,8 %) et de césarienne (13,9 % c. 15 %).</p>	
			Taux de travail spontané, taux de déclenchement artificiel du travail	<p>82,1 % des femmes non assurées par l'OHIP ont eu un travail spontané et 13,5 % ont subi un déclenchement artificiel du travail.</p> <p>Les femmes non assurées par l'OHIP affichent des taux plus élevés de travail spontané (82,1 % c. 77,3 %). Elles affichent des taux plus faibles de déclenchement du travail (13,5 % c. 17 %).</p>	
			Utilisation d'analgésiques pharmacologiques pendant l'accouchement (épidurales, opioïdes, protoxyde d'azote, anesthésie rachidienne)	<p>40,3 % des femmes non assurées par l'OHIP ont utilisé des analgésiques pharmacologiques pendant l'accouchement.</p> <p>Les femmes non assurées par l'OHIP sont plus susceptibles de n'utiliser aucun analgésique pendant l'accouchement.</p>	
			Taux de prématurité	<p>Le taux de prématurité est de 5 % chez les nouveau-nés de femmes non assurées par l'OHIP.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (5 % [4,3-5,7] c. 4,4 % [4,2-4,6]).</p>	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Darling, Bennett, Burton et Marquez</b> (25) (suite)</p> <p>Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative – cohorte rétrospective basée sur la population Qualité de l'étude : Modérée</p>			Taux de faible poids pour l'âge gestationnel	<p>Le taux de faible poids pour l'âge gestationnel est de 2,1 % chez les nouveau-nés de femmes non assurées par l'OHIP.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (2,1 % [1,7–2,5] c. 1,7 % [1,6–1,9]).</p>	
<p><b>Dennis, Merry, Stewart et Gagnon</b> (28)</p> <p>Lieu : Québec, Ontario Devis : Étude de cohorte prospective Qualité de l'étude : Modérée</p>	N = 369 demandeuses d'asile		Prévalence des symptômes de dépression postpartum mineure et majeure	<p>25,2 % et 24,1 % des mères demandeuses d'asile souffrent de symptômes de dépression postpartum mineure (EPDS &gt; 9) à une et seize semaines post-accouchement, respectivement.</p> <p>10,8 % et 14,4 % des mères souffrent des symptômes de dépression majeure (EPDS &gt; 12) à une et seize semaines postpartum, respectivement.</p> <p>De 4 à 11 % des mères présentant des symptômes à une semaine post-accouchement continuent à présenter ce niveau de symptomatologie seize semaines après l'accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statut d'immigration</li> </ul>
			Prévalence des comportements d'automutilation	La prévalence des comportements d'automutilation à une et seize semaines post-accouchement est de 5,7 et 6,5 %, respectivement.	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Dennis, Merry et Gagnon (29)</b>                      Lieu : Québec, Ontario, Colombie-Britannique                      Étude de cohorte prospective                      Qualité de l'étude : Modérée</p>	<p>N = 371                      demandeuses d'asile</p>		<p>Prévalence des symptômes de dépression postpartum</p>	<p>La prévalence des symptômes dépressifs postpartum est de 14,3 % à 16 semaines post-accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expériences d'abus pendant la grossesse ou en période postpartum</li> <li>• Expériences de douleurs en période postpartum</li> <li>• Primiparité</li> <li>• Ne pas vivre avec un partenaire masculin</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Faible revenu du ménage</li> <li>• Insécurité alimentaire</li> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Région d'origine</li> <li>• Inquiétudes par rapport à la famille au pays d'origine</li> <li>• Sentiment d'appartenance à une communauté</li> <li>• Statut d'immigration</li> </ul>

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Gagnon <i>et al.</i></b> (30) Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative longitudinale Qualité de l'étude : Élevée</p>	N = 369 demandeuses d'asile et leurs enfants	N = 311 mères nées au Canada et leurs enfants	Problèmes de santé physique ou psychosociale chez la mère (douleur, saignement, infection, santé générale, santé psychosociale) ou l'enfant (alimentation, croissance, sécurité, infection, santé générale, développement, vaccination, santé psychosociale) identifiés par un professionnel de la santé	<p>Les mères demandeuses d'asile seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes identifiés à une semaine (OR = 1,33 [IC à 95 % 1,14, 1,55]) et à quatre mois postpartum (2,20 [1,89, 2,57]), soit en lien avec leur propre santé ou celui de leur enfant.</p> <p>Les mères demandeuses d'asile seraient plus susceptibles de ne pas avoir leurs problèmes pris en charge pendant la période postpartum (1 semaine [2,51 [1,92, 3,28]], 4 mois [1,68 [1,28, 2,20]]).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut d'immigration</li> <li>• Statut d'immigration du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
<p><b>Gagnon, Merry et Haase</b> (31) Lieux : Québec, Ontario, Colombie-Britannique Devis : Étude de cohorte prospective Qualité de l'étude : Modérée</p>	N = 371 demandeuses d'asile et leurs nouveau-nés	N = 505 immigrantes et leurs nouveau-nés (non-réfugiées, non-demandeuses d'asile)	Taux de césarienne d'urgence	<p>Le taux de césarienne d'urgence est de 30,6 % chez les demandeuses d'asile.</p> <p>Comparativement aux immigrantes, être demandeuse d'asile est protecteur contre une césarienne d'urgence (OR : 0,3 ; IC à 95 % : 0,2-0,6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut d'immigration</li> <li>• Statut d'immigration du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Taux d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux	<p>Le taux d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux est de 15,6 % chez les nouveau-nés des demandeuses d'asile.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative avec les groupes comparatifs (réfugiée : 26,7 %; demandeuse d'asile : 15,6 %; immigrante : 7,0 %; p = 0,073).</p>	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Gagnon <i>et al.</i></b> (32) Lieu : Québec, Ontario, Colombie-Britannique Devis : Étude rétrospective Qualité de l'étude : Faible	N = 117 demandeuses d'asile enceintes		Taux de césarienne, de césarienne d'urgence	33,3 % des femmes ont subi une césarienne et 22,8 %, une césarienne d'urgence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statut d'immigration</li> </ul>
<b>Hynie, Ardern et Robertson</b> (35) Lieu : Ontario Devis : Étude rétrospective Qualité de l'étude : Faible	N = 140 730 visites à l'urgence par personnes non assurées par un régime d'assurance maladie*	N = 44 349 020 visites à l'urgence par personnes assurées par un régime d'assurance maladie	Problèmes obstétricaux diagnostiqués (tous diagnostics confondus)	Le taux de problèmes obstétricaux diagnostiqués chez les femmes non assurées est de 5,6 %.  Les femmes non assurées sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic pour problèmes obstétricaux (5,6 % c. 2,7 %).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture d'assurance maladie</li> </ul>
<b>Kandasamy <i>et al.</i></b> (36) Lieu : Ontario Devis : Étude de cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée	N = 274 femmes assurées par le PFSI et leurs nouveau-nés	N = 273 femmes non assurées par le PFSI (immigrantes, résidentes permanentes, citoyennes) et leurs nouveau-nés	Maladies infectieuses (VIH)	Le taux de séropositivité est de 3,6 % chez les femmes assurées par le PFSI.  Les femmes assurées par le PFSI sont significativement plus susceptibles d'être séropositives (3,6 % c. 0,4 %; p = 0,006).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture d'assurance maladie</li> <li>Couverture d'assurance maladie du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Prévalence du diabète gestationnel	Le taux du diabète gestationnel est de 4,7 % chez les femmes assurées par le PFSI.  Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (4,7 % c. 8,1 %; p = 0,113).	

\* N pour les femmes non assurées n'est pas disponible.

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Kandasamy <i>et al.</i></b> (36) (suite) Lieu : Ontario Devis : Étude de cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée</p>			Prévalence d'hypertension gestationnelle	Le taux d'hypertension gestationnelle est de 5,1 % chez les femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (5,1 % c. 6,6 %; p = 0,460).	
			Taux de césarienne	Le taux de césarienne est de 31 % chez les femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (31 % c. 23,8 %; p = 0,059). Analyse de sous-groupe : Les femmes multipares assurées par le PFSI affichent un taux de césarienne inférieur aux femmes multipares non assurées par le PFSI (22,9 % c. 36,5 %; p = 0,014).	
			Taux de dépression prénatale	Le taux de dépression est de 6,6 % chez les femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (6,6 % c. 6,2 %; p = 0,861).	
			Abus pendant la grossesse	Le taux d'abus pendant la grossesse est de 3,6 % chez les femmes assurées par le PFSI. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif (3,6 % c. 1,5 %; p = 0,104).	
			Taux de prématurité	Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<p><b>Kandasamy et al.</b> (36) (suite) Lieu : Ontario Devis : Étude de cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée</p>			Taux de faible poids à la naissance	<p>Le taux de faible poids à la naissance est de 4,4 % chez les nouveau-nés des femmes assurées par le PFSI.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.</p> <p>Analyse de sous-groupe : Les enfants des femmes assurées par le PFSI et provenant d'Afrique subsaharienne affichent des taux plus élevés de faible poids de naissance (9,4 % c. 2,9 %, p = 0,020).</p>	
<p><b>Lim, Van Hulst, Pisanu et Merry</b> (26) Lieu : Québec Devis : Étude qualitative descriptive Qualité de l'étude : Élevée</p>	<p>N = 11 mères (majoritairement demandeuses d'asile, étudiantes/résidentes temporaires) et leurs enfants</p>		<p>Isolement social et solitude ressentie</p>	<p>Les mères décrivent l'isolement social comme une perte du soutien familial et une adaptation aux nouveaux environnements sociaux et culturels. Elles décrivent la solitude comme le sentiment d'être toute seule (<i>aloneness</i>), découlant du fait d'être mère dans un nouveau pays, en bénéficiant d'un soutien limité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions socio-économiques</li> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Responsabilités associées à la maternité</li> <li>• Expériences d'isolement social et de solitude des mères</li> <li>• Pandémie de COVID-19</li> <li>• Statut d'immigration</li> </ul>
			<p>Socialisation</p>	<p>Les expériences d'isolement social et de solitude des mères limitent les possibilités de socialisation chez leurs enfants. L'influence sur la santé et le développement est moins claire.</p>	



Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Malebranche <i>et al.</i></b> (27) Lieu : Alberta Devis : Étude de cohorte rétrospective Qualité de l'étude : Modérée	N = 32 demandeuses d'asile et leurs nouveau-nés	N = 147 réfugiées et leurs nouveau-nés	Mode d'accouchement (vaginal spontané, assisté ou césarienne)	56,3 % des demandeuses d'asile ont eu un accouchement vaginal spontané, 21,9 % ont eu un accouchement assisté (par ventouse ou forceps) et 21,9 % ont subi une césarienne.  Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif pour le mode d'accouchement (p = 0,19).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut d'immigration</li> <li>• Statut d'immigration du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Taux de prématurité (âge gestationnel < 37 semaines)	Le taux de prématurité est de 3,1 % chez les nouveau-nés des demandeuses d'asile.	
			Taux de faible poids pour l'âge gestationnel, taux de poids élevé pour l'âge gestationnel	Le taux de faible poids pour l'âge gestationnel est de 12,5 % chez les nouveau-nés des demandeuses d'asile. Le taux de poids élevé pour l'âge gestationnel est de 25 %.  Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif pour le taux de faible poids pour l'âge gestationnel ou le taux de poids élevé pour l'âge gestationnel.	
			Taux de consultation à l'unité de soins intensifs néonataux	Le taux de consultation aux soins intensifs néonataux est de 3,1 % pour les nouveau-nés des demandeuses d'asile.	
<b>Rink <i>et al.</i></b> (33) Lieu : Québec Devis : Étude qualitative Qualité de l'étude : Modérée	N = 11 parents demandeurs d'asile (majoritairement mères) et leurs enfants		Détresse psychologique perçue	Les parents interrogés signalent une détresse psychologique liée à leur statut de demandeur d'asile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture d'assurance maladie</li> <li>• Couverture d'assurance maladie du parent sur la santé de l'enfant</li> <li>• Statut d'immigration</li> </ul>
			Sentiment de stigmatisation	Certains parents expriment un sentiment de stigmatisation en raison du processus distinct requis pour accéder aux soins de santé.	
			Effets négatifs potentiels sur la santé de l'enfant non spécifiés	Les parents signalent un risque de conséquences néfastes sur la santé des enfants en raison du manque d'accès aux soins de santé.	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Rousseau <i>et al.</i></b> (34) Lieu : Québec Devis : Étude mixte – volet quantitatif Qualité de l'étude : Faible	N = 439 demandeuses d'asile et leurs enfants	N = 135 femmes sans assurance maladie au Québec (RAMQ) et leurs enfants	Dépression et anxiété	Le taux de dépression et d'anxiété est de 7,3 % chez les demandeuses d'asile et de 2,2 % chez les femmes sans RAMQ. La dépression et l'anxiété sont plus souvent signalées chez les demandeuses d'asile (7,3 % c. 2,2 %; $p = 0,031$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut d'immigration</li> <li>• Statut d'immigration du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Isolement social	Le taux d'isolement est de 10,9 % chez les demandeuses d'asile et de 4,4 % chez les femmes sans RAMQ. L'isolement social est plus souvent rapporté chez les demandeuses d'asile (10,9 % c. 4,4 %; $p = 0,024$ ).	
			Violence familiale ou conjugale	Le taux de violence familiale ou conjugale est de 6,8 % chez les demandeuses d'asile et de 2,2 % chez les femmes sans RAMQ. La violence familiale et conjugale est plus souvent rapportée chez les demandeuses d'asile (6,8 % c. 2,2 %; $p = 0,044$ ).	
			Utilisation d'épidurale	37,6 % des demandeuses d'asile et 19,3 % des femmes sans RAMQ ont reçu une épidurale. Les demandeuses d'asile sont plus susceptibles de recevoir une épidurale (37,6 % c. 19,3 %) ( $\chi^2 [1] = 15,62$ ; $p < 0,001$ ).	
			Admission à l'unité de soins intensifs néonataux	Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Rousseau <i>et al.</i></b> (34) Lieu : Québec Devis : Étude mixte – volet qualitatif Qualité de l'étude : Faible	N = 18 femmes enceintes sans statut légal d'immigration		Expériences de complications de grossesse ou obstétricales	Les femmes rapportent que les difficultés et les barrières à l'accès aux soins ont un impact négatif sur leur santé (ex. : naissance à la maison sans soutien professionnel, complications médicales).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture d'assurance maladie</li> </ul>
<b>Wanigaratne <i>et al.</i></b> (37) Lieu : Ontario Devis : Étude quantitative basée sur la population Qualité de l'étude : Élevée	N = 15 122 enfants demandeurs d'asile	N = 10 571 enfants réfugiés	Morbidité infantile sévère	L'incidence de la morbidité infantile sévère est de 4,7 % chez les enfants demandeurs d'asile. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statut d'immigration du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
<b>Wilson-Mitchel et Rummens</b> (38) Lieu : Ontario Devis : Étude d'examen rétrospectif de dossiers médicaux Qualité de l'étude : Élevée	N = 175 femmes n'ayant aucune couverture médicale (fédérale ou provinciale, public ou privée) et leurs enfants	N = 278 femmes assurées par le régime d'assurance maladie de l'Ontario (OHIP) et leurs enfants	Prévalence du diabète gestationnel et d'hypertension chronique (préexistante), d'hémorragie postpartum	4,2 % des femmes non assurées ont eu un diabète de grossesse, 2,7 % ont eu une hypertension chronique et 3,8 % ont eu une hémorragie postpartum. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif pour l'hémorragie postpartum.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture d'assurance maladie</li> <li>Couverture d'assurance maladie du parent sur la santé de l'enfant</li> </ul>
			Taux de césarienne	26,3 % des femmes non assurées ont subi une césarienne. Les césariennes sont moins nombreuses chez les femmes non assurées (26,29 % [19,76–32,81] c. 35,61 % [29,98–41,24], p = 0,038).	
			Taux de prématurité	Le taux de prématurité est de 7,4 % chez les nouveau-nés des femmes non assurées. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	

Tableau 13 Caractéristiques des publications retenues (suite)

Caractéristiques de l'étude	Population à l'étude	Groupe de comparaison	Indicateur de santé	Principaux résultats sur la santé	Facteur associé ou élément descriptif étudié
<b>Wilson-Mitchel et Rummens (38)</b> (suite) Lieu : Ontario Devis : Étude d'examen rétrospectif de dossiers médicaux Qualité de l'étude : Élevée			Taux de faible poids à la naissance	Le taux de faible poids à la naissance est de 5,7 % chez les nouveau-nés des femmes non assurées. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	
			Taux de faible poids pour l'âge gestationnel	Le taux de faible poids pour l'âge gestationnel est de 7,4 % chez les nouveau-nés des femmes non assurées. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	
			Taux d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux	Le taux d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux est de 14,4 % chez les nouveau-nés des femmes non assurées. Aucune différence statistiquement significative avec le groupe comparatif.	
			Incidence de réanimation néonatale	L'incidence de réanimation néonatale est de 9,7 % chez les nouveau-nés de femmes non assurées.  Les nouveau-nés de femmes non assurées affichent une incidence significativement plus élevée de réanimation cardiorespiratoire (9,71 % [5,33–14,1] c. 4,33 % [1,93–6,73] ; p = 0,023).	

## ANNEXE 4 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ DES FAMILLES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE

Tableau 14 Facteurs associés à la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants migrants à statut précaire, selon la dimension étudiée

Catégories d'indicateurs de santé	Champs contribuant à l'état de santé			
	Caractéristiques individuelles (caractéristiques biologiques et génétiques, caractéristiques socioéconomiques)	Milieus de vie (milieu familial, communauté locale et voisinage)	Contexte global (contexte politique et législatif)	Facteurs transversaux (statut d'immigration)
<b>État de santé global</b>				
Problèmes de santé identifiés par un professionnel de la santé	-	-	-	<b>(30)</b>
<b>État de santé physique</b>				
Complications de grossesse et obstétricales	-	-	Couverture d'assurance maladie (25,35)	-
Mode d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge de la mère (24)</li> <li>• Comorbidités médicales (24)</li> </ul>	Nombre d'enfants dans le ménage (24)	Couverture d'assurance maladie (25,36,38)	(31, 32)
Type de travail	-	-	Couverture d'assurance maladie (25)	-
Gestion pharmacologique de la douleur	-	-	Couverture d'assurance maladie (25)	(34)
Maladies infectieuses	-	-	Couverture d'assurance maladie (36)	-
Prématurité	Comorbidités médicales chez la mère (24)	-	-	-
Faible poids à la naissance	-	-	Couverture d'assurance maladie (36)	-
Réanimation néonatale	-	-	Couverture d'assurance maladie <b>(38)</b>	-

Seuls les facteurs rapportés par le biais d'associations statistiquement significatives sont rapportés dans le tableau. Les études de qualité élevée sont rapportées en gras.

Tableau 14 Facteurs associés à la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants migrants à statut précaire, selon la dimension étudiée (suite)

Catégories d'indicateurs de santé	Champs contribuant à l'état de santé			
	Caractéristiques individuelles (caractéristiques biologiques et génétiques, caractéristiques socioéconomiques)	Milieus de vie (milieu familial, communauté locale et voisinage)	Contexte global (contexte politique et législatif)	Facteurs transversaux (statut d'immigration)
<b>État de santé mentale et psychosociale</b>				
<b>Dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abus pendant la grossesse/période postpartum (29)</li> <li>• Expériences de douleurs en postpartum (29)</li> <li>• Primiparité (29)</li> <li>• Revenu (29)</li> <li>• Insécurité alimentaire (29)</li> <li>• Connaissances linguistiques (29)</li> <li>• Région d'origine (29)</li> <li>• Inquiétudes par rapport à la famille au pays d'origine (29)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien social (29)</li> <li>• Ne pas vivre avec un partenaire masculin (29)</li> <li>• Sentiment d'appartenance à une communauté (29)</li> </ul>	-	(28, 29)
<b>Problèmes d'ordre psychosociaux</b>	-	-	-	(34)



Centre d'expertise et  
de référence en santé publique

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)