



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

INSTITUT DES SCIENCES
DE L'ENVIRONNEMENT

MAÎTRISE UNIVERSITAIRE EN SCIENCES DE L'ENVIRONNEMENT

**Les inégalités sociales en santé dans le système
de soins genevois**

Le vécu des femmes issues de la migration dans le
contexte des soins périnataux

Mémoire présenté par

Emma Louise Leavy

Bachelière universitaire en Soins infirmiers

Sous la direction de Nicola Cantoreggi

Mémoire No 451

2021

DROITS D'AUTEUR

Les citations tirées du présent mémoire ne sont permises que dans la mesure où elles servent de commentaire, référence ou démonstration à son utilisateur. La citation doit impérativement indiquer la source et le nom de l'auteur. La loi fédérale sur le droit d'auteur est applicable.

Résumé

Ce mémoire s'intéresse aux inégalités sociales en santé (ISS) vécues par les femmes issues de la migration ainsi que leur accès aux soins périnataux à Genève. Quels sont les principaux déterminants sociaux de santé influant chez cette population ? Comment les soins de santé prodigués par les professionnels de santé favorisent ou non une intégration des femmes primo-arrivantes ? Pour creuser ces questions, huit mères issues d'un passé migratoire ont été interviewées sur la prise en soins de leur grossesse et accouchement à Genève, avec comme ethnicité d'origine soit afghane, albanaise, indienne, congolaise ou iranienne. Des professionnels de santé – médecin, infirmier et sages-femmes - ont également participé. Les données se sont construites par le biais d'entretiens semi-directifs lors desquels des thèmes tels que le ressenti, la communication, le pouvoir décisionnel, l'histoire de vie et la situation de vie actuelle ont été abordés.

Les résultats sont discutés selon le cadre conceptuel de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé et démontrent que le secteur des soins genevois a seulement peu d'influence sur l'égalité d'accès aux soins, d'autres secteurs politiques sont également influenceurs de l'état de santé. Une angoisse et d'autres symptômes dépressifs sont péjorés chez ces mères par la politique de migration. Il existe peu de protection des travailleurs sans-papiers ce qui engendre une négligence de l'état de santé chez cette population. L'ensemble des professionnels de santé disent ne pas avoir le bagage nécessaire pour une prise en soins de qualité chez cette population.

Summary

This research examines the social inequalities in health experienced by women from migrant backgrounds as well as their access to perinatal care in Geneva. What are the main influential social determinants of health within this population? How does care provided by health professionals integrate newcomer women? To explore these questions, eight mothers from a migratory past were interviewed on the care of their pregnancy and childbirth in Geneva, with varying ethnicity such as Afghan, Albanian, Indian, Congolese or Iranian. Health professionals - doctors, nurses and midwives - also participated. The data was constructed through semi-structured interviews in which themes such as feelings, communication, decision-making power, life history and current life situation were questioned.

The results are discussed according to the conceptual framework of the Commission of Social Determinants of Health and show that the Geneva care sector has only little influence on equal access to care, other political sectors are also influencers of health status. Anxiety and other depressive symptoms are worsened by the migration policy. There is little protection for undocumented workers, which leads to neglect of the health status of this population. All health professionals say they do not have the necessary background for quality care in this population.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, de près comme de loin.

Dans un premier temps je remercie Monsieur Nicola Cantoreggi, directeur de mémoire, pour son suivi et ses conseils précieux qui m'ont permis d'évoluer comme apprentie-chercheuse.

Je suis extrêmement reconnaissante de la collaboration avec Madame Mayte Sanchez, adjointe pédagogique de l'Espace Enfants au sein de l'Association *CAMARADA* et je tiens à remercier sa généreuse contribution et son aide à la recherche des membres de mon échantillon.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux mères rencontrées pour l'accueil et la confiance qu'elles m'ont accordée. Un tout grand merci à ces femmes pour la richesse des échanges et témoignages empoignants.

Un chaleureux merci à Madame Delphine Coulon, secrétaire de l'association *Bien-être Famille*, pour sa bonté, sa mise à disposition des locaux et sa mise en relation avec ces bénéficiaires sans quoi la réalisation de cette recherche n'aurait pas eu lieu.

Je remercie également l'ensemble des professionnels de santé pour leurs disponibilités, leur précieux témoignages et les temps donnés aux échanges enrichissants. Je remercie également Docteur Yves Jackson pour la mise en relation avec des professionnels du Centre Ambulatoire Mobile de Soins Communautaire (CAMSCO) ainsi que sa participation en tant qu'expert externe à la soutenance de ce travail.

Enfin, un grand merci à l'association *Maison de la Créativité* pour le prêt des locaux et l'accueil chaleureux dont nous avons été témoins avec les mères.

Table des matières

DROITS D’AUTEUR.....	2
1. Introduction.....	8
2. Revue de la littérature	9
2.1 Introduction.....	9
2.2 L’approche globale de la santé selon Lalonde	9
2.3 L’équité en santé selon Dahlgren et Whitehead.....	9
2.4 La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS).....	10
2.5 Les disparités en matière de santé.....	12
2.6 La relation entre professionnel de santé et femme issue de la migration	12
2.7 Les disparités en santé existants chez les femmes	14
2.8 Les besoins spécifiques des mères issues de la migration.....	17
3. Problématique	18
3.1 Question et hypothèses de recherche	19
3.2 Objectifs de recherche.....	20
4. Méthodologie	21
4.1 Introduction.....	21
4.2 La réalisation des entretiens avec les femmes issues de la migration	22
4.3 La réalisation des entretiens avec les professionnels de santé	23
4.4 Codification et catégorisation des données	24
5. Analyse & Résultats.....	25
5.1 Introduction.....	25
5.2 La Suisse comme pays d’accueil	26
5.3 L’incertitude face à l’attente d’un permis de séjour et son effet sur la santé	26
5.4 La situation précaire des mères	28
5.5 Les mères et l’utilisation du réseau de soins	29
5.6 La relation patiente-soignant & l’utilisation d’un interprète.....	30
5.7 La formation des professionnels	32
6. Discussion.....	33
6.1 Introduction.....	33
6.2 La contradiction perçue dans le système d’intégration sociale	34
6.3 L’influence du système de soins genevois sur les ISS	35
6.4 Les limites de l’étude.....	37
7. Conclusion	38
8. Recommandations pour les décideurs.....	41
8.1 Introduction.....	41
8.1 Qualification et professionnalisation du personnel	41
8.2 Intégration d’une approche politique fondée sur les déterminants sociaux.....	41
8.3 Reconnaissance de la présence des sans-papiers sur le territoire en renforçant leur protection.....	42
9. Références bibliographiques	43

10. Annexes	49
10.1 Tableau 1 : Les quatre éléments de la santé selon Lalonde (1974)	49
10.2 Image 1 : Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)	50
10.3 Image 2 : Modèle CDSS (2009)	50
10.4 Guide d'entretien 1	51
10.5 Guide d'entretien 2	54
10.6 Schéma des codages et catégorisations 1	57
10.7 Schéma des codages et catégorisations 2	58

1. Introduction

La maternité reste aujourd'hui un problème de santé publique dans le monde. Les disparités sociétales exercent une influence sur la santé, notamment celle des femmes en Suisse face à la grossesse et l'accouchement ; le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez la population issue de la migration (Bollini, 2006). Avec la croissance de la population existe une croissance d'étrangers en Suisse. La procédure d'asile parfois longue rend l'intégration sociale et professionnelle difficile, s'en suit des conséquences néfastes pour la santé.

Il est défendu par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) qu'il est plus favorable à l'économie d'un pays de diminuer les écarts en santé plutôt que viser une amélioration générale de la santé (OMS, 2006).

Ce travail repose sur l'idée qu'une approche basée sur les Inégalités sociales en santé (ISS) dans le système de soins permettrait une meilleure santé de la population. Les ISS sont dues à des circonstances de la société et sont donc considérées comme inacceptable dans une société civilisée (Whitehead, 2007).

Alors comment diminuer ses différences de risque pour la santé chez les groupes de population socialement et économiquement différenciés. Quels sont les facteurs influenceurs des ISS ? Une mère issue de la migration subit-elle moins d'ISS dans son pays d'origine qu'en Suisse, un pays dont la langue et la culture lui est étrangère ?

D'autre part, la prise en soins par les professionnels de santé est un facteur primordial à l'élaboration d'une confiance avec le système de santé du pays d'accueil. Est-ce que ceux-ci se sentent préparés et suffisamment qualifiés ? Est-ce que le système de soins dispose des outils nécessaires afin de considérer les spécificités en santé des mères et familles primo-arrivantes ?

Ce travail utilisera le concept théorique de la CDSS afin de saisir quels sont les ISS vécues par les femmes primo-arrivantes à Genève lors de la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie du nouveau-né – la période périnatale.

2. Revue de la littérature

2.1 Introduction

Ce chapitre a pour objectif de clarifier l'histoire derrière les Déterminants Sociaux de la Santé. Le concept d'une approche globale de la santé apparaît dans les années septante au Canada. Cette idée se développe à travers divers auteurs et mène aux notions d'équité en santé et d'inégalités sociales en santé, ceux-ci amènent le cadre conceptuel de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS.

Dans un deuxième temps, ce chapitre présente le contexte théorique de la recherche par le recensement de données et connaissances existantes en matière d'ISS chez la population issue de la migration sur le territoire genevois et plus précisément les mères dans le contexte des soins périnataux.

2.2 L'approche globale de la santé selon Lalonde

En 1974 ont été posés les jalons pour une approche élargie et intégrée de la santé. Dans son rapport sur la santé des Canadiens, s'intéressant aux facteurs de risques en termes de mortalité et de morbidité, Marc Lalonde définit la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé comme les quatre éléments principaux du domaine de la santé (cf. tableau 1) (Lalonde, 1974, p.33). Ce rapport évoque un plus gros effort donné à l'organisation des soins, or selon les données de maladies et décès au Canada, l'environnement et les habitudes de vie devraient être considérés avec autant d'importance que l'organisation des soins (p.34-35). Une perspective d'approche globale permet une population vieillissante plus saine, une meilleure économie et davantage d'équité (Lalonde, 1974).

Dès lors, une problématique de santé n'est pas à catégoriser par un seul élément (cf. tableau 1). Afin de considérer la globalité d'une problématique de santé publique, celle-ci doit être analysée sous plusieurs angles et peut donc être rattachée à plusieurs de ces quatre éléments. Une approche intersectorielle au niveau du gouvernement permet de donner forme à cette perspective d'approche globale (Lalonde, 1974).

2.3 L'équité en santé selon Dahlgren et Whitehead

Dahlgren et Whitehead développent un modèle au début des années 90 sur les déterminants sociaux de la santé par l'approche des ISS, soit l'équité en matière de

santé (cf. image 1). La catégorie « conditions de vie et de travail » est la plus concernée par les ISS. Effectivement, cette catégorie comprend entre autres, le secteur des soins qui a trait à l'équité d'accès au système de soins (Cantoreggi, 2010 ; Dahlgren et Whitehead, 1993) :

- Aspects économiques : coûts, système, d'assurance
- Aspects géographiques : distribution spatiale des services de soins
- Aspects culturels : maîtrise de la langue, modalité de communication entre soignant

L'ensemble des couches du modèle de Dahlgren et Whitehead peuvent être modifiées à travers des actions publiques. A l'exception de la dernière couche qui a trait à l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires (Cantoreggi, 2010).

2.4 La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS)

En 2005, l'OMS répond aux inquiétudes des inégalités sociales à travers la CDSS (OMS, 2020), permettant de réunir l'ensemble des connaissances en matière de déterminants sociaux de la santé (Cantoreggi, 2010).

Le cadre théorique de la CDSS se décline en trois composantes (Cantoreggi, 2010) (cf. Annexe : image 2) :

- **Le contexte socio-économique et politique** – ce sont les facteurs sociétaux et non individuels comme la gouvernance, les politiques sociales et publiques, la culture, les valeurs sociétales et les conditions épidémiologiques
- **Les déterminants structurels des inéquités de santé et le statut socio-économique** - deux concepts : la stratification sociale (à travers le revenu, la formation et l'emploi) ainsi que la classe sociale. Le genre et la race sont également des déterminants de cette composante. L'état de santé peut être expliqué à 70% par les déterminants structurels.
- **Les déterminants intermédiaires de santé** – cette composante se distingue en quatre sous-catégories : les circonstances matérielles, les circonstances psychosociales, les facteurs biologiques et comportementaux, ainsi que **le système de santé**.

Le système de santé est considéré comme déterminant social du fait de son accessibilité, mais aussi une amélioration de la santé par des actions intersectorielles, comme l'exemple d'une politique de transport facilitant l'accès aux soins (Cantoreggi, 2010).

Effectivement les facteurs d'inégalités sociales en santé ne sont pas d'origine naturelle mais sont bien dues à une insuffisance de programmes sociaux au niveau politique ainsi que des « stratégies politiques mal pensées » (OMS, 2008).

«There is a mutual relationship between economic growth and health, as economic development can promote health and improved health can promote economic growth. The equity in health perspective is of strategic importance in both of these relationships » (WHO, 2006, p.35). Il est important de faire la distinction entre les déterminants sociaux de la santé pour l'ensemble de la population et les déterminants sociaux des inégalités en santé. De ce fait, une politique orientée vers l'égalité en santé plutôt que l'amélioration de la santé générale de la population est à privilégier (WHO, 2006).

Le cadre théorique de la CDSS se base sur les travaux de Diderichsen, qui identifie cinq mécanismes de la société vers l'inégalité en santé (WHO, 2006) :

- Différents niveaux de pouvoir et ressources – une réduction des différences socio-économiques dans une même population permet de diminuer les ISS
- Différents niveaux d'exposition aux dangers pour la santé – comprennent également les facteurs protecteurs face à la santé qui se déterminent à travers le style de vie et inversement reliés à la position sociale.
- Le même niveau d'exposition menant à différents impacts pour la santé – selon le groupe socio-économique, l'exposition à plusieurs facteurs d'exposition due à la pauvreté va exacerber la santé de cette population et augmenter les risques de développer une maladie non transmissible
- Les effets du parcours de vie – considérant un résultat cumulatif de l'état de santé tout au long de la vie. Les antécédents familiaux ont un impact sur le développement social (éducation, emploi et salaire). Ces effets sont considérés comme une explication majeure des variations observées en santé selon le statut socio-économique.
- Différents effets sociaux et économiques dus à la maladie - les conséquences du statut socio-économique sur la maladie sont différentes, comme la sécurité de l'emploi.

2.5 Les disparités en matière de santé

Une inégalité sociale intègre l'idée qu'une personne n'a pas le même accès à une ressource de la société selon son statut socio-économique, son âge, son sexe, son orientation sexuelle, sa race, sa classe sociale, son origine ethnique, sa religion, sa profession, son niveau de littératie et d'intégration sociale ou encore son niveau de formation (OMS, 2020). Lorsque ces inégalités entraînent une conséquence sur l'état de santé, on parle des ISS. Ces dernières peuvent être définies comme « as systematic differences in health between different socioeconomic groups within a society. As they are socially produced, they are potentially avoidable and are widely considered unacceptable in a civilized society » (Whitehead, 2007:43).

Selon Chatelard & al. (2012), un plus grand nombre de décès est constaté chez des ouvriers (45% supérieure) que chez des dirigeants du même âge et sexe. « Selon une enquête de l'OFS (Office fédéral de la statistique), réalisée en 2007, 93% des personnes ayant une formation de degré tertiaire se considéraient en bon ou très bon état de santé, contre 72% de ceux s'étant arrêtés à la fin de la scolarité obligatoire » (Chatelard & al., 2012). Également, selon l'enquête du Commonwealth Fund en 2010, 14% des personnes en Suisse, dont le revenu est en dessous de la moyenne nationale, ont renoncé à des soins de santé (Schoen, 2010). Dans le canton de Genève et sur une population de 1500 personnes, il y a 15% de la population qui renonce aux soins de santé (Wolff, 2011). La motivation majeure à renoncer aux soins est le coût, mais ce renoncement ne peut pas être expliqué seulement sous cet angle, la confiance du patient envers lui-même ainsi que les autres est un facteur important à la volonté d'être pris en soins (Chatelard & al., 2012).

Dans toutes les sociétés, l'espérance de vie est plus courte et les maladies sont plus fréquentes lorsque le niveau de la classe sociale est bas (OMS, 2013). La politique de santé doit donc se confronter aux déterminants sociaux et économiques afin de promouvoir la bonne santé pour tous (OMS, 2013).

2.6 La relation entre professionnel de santé et femme issue de la migration

Selon une étude menée en Suisse auprès de migrantes allophones en période de grossesse, celles-ci expriment rencontrer des difficultés à s'y retrouver dans un système

de santé très complexe, un sentiment d'une relation asymétrique avec les professionnels de la santé ainsi qu'une dépossession du pouvoir de décision dans les soins. De plus, lorsqu'un interprète est présent pour un échange entre un professionnel de la santé et une femme migrante allophone en période de grossesse ou d'accouchement, le professionnel a tendance à vouloir donner un maximum d'informations en peu de temps, afin d'exploiter suffisamment la présence de l'interprète, mais ceci donne un sentiment de dépassement chez les femmes ne sachant pas comment utiliser cette large quantité d'informations, c'est alors l'inverse de l'effet attendu (Origlia Ikhilor & al., 2017).

Dans les centres de requérants d'asile, le personnel soignant n'est pas assez formé sur les connaissances qui découlent des violences sexuelles et mutilations génitales, de plus l'expérience de la violence est difficilement abordable tant pour les soignants que pour les requérantes d'asiles. Pour que les femmes puissent évoquer les questions qu'elles se posent avec les professionnels, elles ont besoin d'un climat de confiance et une continuité des soins. Cependant, les soins de santé dispensés aux requérantes d'asile sont souvent interrompus en raison des lacunes lors de la transmission d'informations. C'est alors l'absence d'interprète qui favorise l'interruption (Cignacco & al., 2017).

Aux HUG, l'utilisation d'un interprète est gratuite pour le patient allophone. Il est recommandé aux professionnels de faire recours à un interprète lorsqu'il est nécessaire d'avoir le consentement éclairé du patient : lors de l'annonce d'un diagnostic, d'une anamnèse ou encore d'un entretien d'entrée ou de sortie d'une hospitalisation (Vimpere & Crevatin, 2020). La neutralité, l'exactitude ainsi que la confidentialité sont les normes de pratiques à respecter par les interprètes (Boivin & al., 2011). Lors de sa présence, le temps est optimisé et le patient est majoritairement très satisfait (Vimpere, 2020).

La barrière de la langue contribue aux disparités en santé dans la population par l'accès à la prise en soins, la qualité du soin donné, la relation patient-soignant, l'adhésion au traitement, la satisfaction du patient et les résultats de santé. Cette barrière représente un défi dans les soins de santé qui est accentué par l'impact de la différence culturelle et l'environnement sociopolitique. En effet, la barrière de la langue va inévitablement restreindre le réseau social de l'individu ce qui va non seulement renforcer un comportement défavorable à la santé mais freine également l'individu à apprendre les normes sociales du pays d'accueil à travers des interactions avec la population indigène.

Cette incapacité à communiquer va résulter en l'ignorance de risques pour la santé spécifiques au pays d'accueil et le sentiment de ne pas avoir besoin de recevoir des soins de santé (Terui, 2015).

De plus, il a été reconnu que le fait d'être discriminé et stigmatisé peut négativement influencer la santé. L'individu qui perçoit être discriminé va souffrir d'une augmentation de stress qui va mener à un comportement défavorable à la santé (par exemple par la prise de substance nocives) et/ou une détresse psychologique (par exemple de l'anxiété ou une privation de sommeil) (Terui, 2015).

La barrière de la langue est corrélée à la littératie en santé par l'influence à l'accès aux soins de santé. La littératie en santé se définit par « the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions. » (Terui, 2015).

Améliorer la littératie en santé peut apporter une meilleure communication dans les soins, une capacité décisionnelle du patient plus éclairée ainsi que la délivrance de soins de qualité (Paasche-Orlow & al., 2010).

Un grand nombre de causes de disparités en santé sont extérieures au système de soins ce qui souligne l'importance de considérer les facteurs culturels, sociaux et environnementaux dans les politiques de santé.

2.7 Les disparités en santé existants chez les femmes

Selon une étude menée à Genève, 61% des migrantes sans papiers ignorent l'existence de la contraception d'urgence contre seulement 9% du groupe contrôle représenté par des femmes en période de grossesse munies d'un permis de séjour légal. 37% de migrantes ne consultent pas durant le premier trimestre de la grossesse, contre 4% chez le groupe contrôle et 75% des grossesses sont involontaires chez la population sans papier, contre 21% des femmes avec papiers légaux. Enfin, les femmes sans papiers sont davantage exposées à la violence (11%) durant leur grossesse que le groupe contrôle (1%) (Wolff & al. 2008). Les femmes migrantes ont moins accès aux ressources du pays et aux informations de prévention de la santé que les femmes ressortissantes du pays d'accueil (Kurth, 2010).

Dans les centres de requérants d'asile en Suisse, les femmes en période de grossesse ne participent que rarement aux cours de préparation à la naissance pour des raisons de distance et transport (Cignacco & al. 2017).

Les migrantes et migrants n'utiliseraient que peu les soins de santé du pays, ceci est dû à (Blanc & Monnais, 2007) :

- Une barrière culturelle
- Une mauvaise maîtrise de la langue
- Une représentation sociale différente du corps humain, de la maladie et du corps médical
- Une faible intégration socio-économique

Cette sous-utilisation de soins médicaux du pays serait la raison d'une augmentation d'automédication ou encore d'une utilisation de services de santé parallèles chez les migrants. Ce qui est vu par le système de santé d'un pays comme étant un danger pour la santé, ne l'est pas forcément aux yeux de chacun. Ceci s'expliquerait par les différences culturelles et de représentation (Blanc & Monnais, 2007). En ce sens, la santé peut être envisagée comme étant un phénomène social car elle n'est pas seulement vécue à travers des critères biologiques mais également à travers l'environnement dans lequel on vit, que ce soit l'environnement naturel ou social. Non seulement les différences culturelles impactent notre perception de la santé humaine, mais il y a également les facteurs économiques et professionnels qui influencent l'intégration dans un nouveau pays, et donc une perception de la santé socialement plus proche de l'autochtone.

La santé maternelle est partiellement influencée par la prise de décision et le comportement de la mère : des stratégies utilisées communément dans un pays d'origine influencent les décisions relatives aux traitements et les actions liées à la santé dans le pays d'accueil. Les facteurs de risques individuels, les aspects structurels déterminant l'accès aux soins ainsi que les prises de décisions façonnées culturellement sont des facteurs d'influence de la santé maternelle qui doivent être considérés au même niveau (Merten & al., 2007).

Un statut légal provisoire confronte les migrantes à une exacerbation de stress dû à l'accumulation de difficultés d'obtention d'un permis et ainsi la femme est fragilisée sur

le plan psychologique. Selon une étude canadienne, la transition associée à la migration engendre des risques élevés de dépression chez les migrantes en période de grossesse ; 38 à 50% de femmes migrantes présentent un état dépressif après l'accouchement contre 10 à 15% chez les femmes de la population générale (Zelkowitz et al., 2008). Plusieurs études démontrent que les difficultés psychologiques augmentent les complications obstétricales (Ratcliff & al. 2015). Les migrantes peuvent avoir vécu des événements traumatiques avant l'arrivée en Suisse et présentent un stress post-traumatique non traité (Gagnon et al. 2010). Le suivi post-partum dans les centres pour requérants d'asile est effectué par des prestataires de service externe et par conséquent, le suivi du post-partum ainsi que la manière dont sont gérées les maladies psychiques est ignoré par les centres (Cignacco & al., 2017).

En Suisse, 32.3% des accouchements se font par césarienne. Ce chiffre est l'un des plus élevés d'Europe (OFS, 2019). Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 25% des naissances se font par césarienne (HUG, 2020). Effectivement le taux de césarienne en Suisse est en augmentation depuis plusieurs années. Ceci suggère un nombre plus élevé de césariennes chez les requérantes d'asiles en Suisse. En outre, la césarienne est associée à un risque plus élevé de mortalité maternelle et morbidité ainsi qu'une probabilité diminuée d'initiation à l'allaitement après la naissance. Chez les femmes initiées à l'allaitement, la durée de l'allaitement exclusif est plus courte chez les femmes non-Suisse (Merten & al., 2007).

Les femmes réfugiées et migrantes sont davantage exposées à des grossesses à risque ; les taux de mortalité maternelle, de mortinatalité et de mortalité infantile sont plus élevés chez les femmes étrangères que chez les Suissesses (OFS, 2014).

Selon une revue systématique, plus de la moitié des études analysées démontre qu'en comparant les migrantes et les femmes du pays d'accueil, ces deux groupes présentent environ les mêmes résultats en termes de naissance prématurée, faible poids de naissance et comportement favorable à la santé (Gagnon & al., 2009). Cependant, cette étude démontre également que les femmes qui migrent dans un pays développé de l'ouest de l'Europe et d'origine subsaharienne présentent des risques plus élevés de naissances prématurées que les femmes ressortissantes du pays d'accueil (Gagnon & al., 2009).

Le faible poids de naissance du nouveau-né est une caractéristique importante de sa santé. Un nouveau-né présentant un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance est plus à risque de complications, de mortalité ainsi que de maladies tout au long de sa vie (Barker, 1994 ; Reime & al., 2005). Selon une étude menée en Allemagne, les femmes de classe ouvrière, sans emploi ou encore célibataires, sont plus à risque de présenter un faible poids de naissance de leur nouveau-né (Reime & al., 2005). Cette étude n'a en revanche pas relevé de disparités sur ce point au niveau de la population migrante.

2.8 Les besoins spécifiques des mères issues de la migration

Deux tiers des migrantes en Suisse sont en âge de procréer et le taux de natalité est plus élevé chez cette population que chez les autochtones. De plus, cette population (mère et nourrisson) est particulièrement vulnérable du fait des violences subies lors de la fuite du pays d'origine. Alors, en raison des expériences traumatisantes vécues, ces femmes nécessitent des professionnels spécialisés et sensibles à la diversité culturelle (Cignacco, 2017).

Le type de permis de séjour qui découle du motif de l'immigration va avoir un important impact sur les conditions de vie et de santé des migrantes. Le permis est soit provisoire (réfugiées, requérantes d'asile, clandestines), soit durable (permis d'étude, de travail ou motif de regroupement familial). En principe, les requérantes d'asiles bénéficient d'une assurance-maladie grâce aux aides sociales (Ratcliff & al., 2015), toutefois la structure des soins diffère selon les cantons et des barrières structurelles peuvent empêcher les femmes de recevoir des soins adéquats dans les centres pour requérants d'asiles (Cignacco, 2017). Une étude révèle une forte limitation dans les soins prodigués aux requérantes d'asile, malgré la gratuité des soins en santé sexuelle et reproductive (Cignacco & al., 2017). Alors que les clandestines n'ont souvent pas assez de moyens pour se procurer une assurance-maladie, ces dernières ne sont également pas suivies régulièrement en période de grossesse (Ratcliff & al. 2015).

Selon une étude bernoise, surmonter les obstacles linguistiques, obtenir le soutien nécessaire pour comprendre le système suisse de santé et le déroulement des soins et recevoir des informations adéquates sur les processus périnataux, sont les trois priorités pour les migrantes (Cignacco, 2017).

3. Problématique

Selon plusieurs études menées dans les pays développés de l'ouest de l'Europe, il existe des disparités en santé entre les migrants et les ressortissants du pays d'accueil (Gagnon & al., 2009). Au niveau international, les femmes représentent la moitié de la population migrante (Nations Unies, 2006). Dans un contexte de croissance migratoire et d'augmentation du nombre de naissances chez les migrantes, ces disparités en santé ainsi que le statut de santé périnatal sont déclarées par plusieurs gouvernements comme étant des priorités en recherche et action afin de réduire les inégalités en santé (Gagnon & al., 2009). C'est seulement en 1987 durant la Conférence sur la Maternité sans Risque que l'on considère la mortalité maternelle comme un problème de santé publique (Bergström & Goodburn, 2001).

Le taux de mortalité maternelle a baissé de 44% ce qui montre une encourageante mobilisation. Malgré cet intérêt, il reste aujourd'hui un nombre important de risques liés à la grossesse et à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes dans le monde sont décédées suite à une grossesse (OMS, 2020).

En Suisse, le risque de mortalité maternelle est quatre fois plus élevé chez les femmes migrantes que chez les Suissesses (Bollini, 2006). Les femmes migrantes en situation précaire ont plus tendance à abandonner la « chaîne thérapeutique », elles se sentent souvent inhibées en raison d'un manque de soutien social (Kurth, 2010). Selon le Conseil Fédéral (2015), le système de santé est plus difficile à appréhender pour les femmes migrantes que pour les Suissesses et ce phénomène reste aujourd'hui peu étudié.

Les déterminants sociaux de la santé selon Dahlgren et Whitehead (1993) ont permis de considérer les inégalités en santé dues à des caractéristiques sociales. Il existe un lien entre les inégalités sociales et l'accès aux soins de santé périnatal (Balaam, 2013). Dans cette perspective on peut estimer que l'accès aux soins périnataux doit être amélioré afin de répondre aux besoins des migrantes. Les Nations Unies considèrent l'égalité sociale en santé comme un pilier fondamental du développement, « les inégalités représentent une menace pour le développement économique et social » (Nations Unies, 2020). Elles affirment aussi que « nous ne pouvons pas parvenir au développement durable et rendre la planète meilleure pour tous si des personnes n'ont pas accès aux possibilités, aux services et à la chance d'avoir une vie meilleure. » (Nations Unies, 2020).

Dans un contexte de croissance migratoire à Genève et la nécessité d'intégration sociale pour éviter des écarts socio-économiques et ainsi une augmentation des inégalités sociales en santé, les femmes migrantes en période de grossesse sont particulièrement vulnérables et de ce fait nécessitent un suivi de santé plus prononcé.

3.1 Question et hypothèses de recherche

Afin de comprendre la situation actuelle à Genève concernant les facteurs sociaux de la santé des femmes issues de la migration, le questionnement de ce travail repose sur l'idée qu'une approche basée sur les inégalités sociales en santé dans le système de soins permettrait une meilleure santé de la population en question. Cette recherche vise à apporter un éclairage sur le type d'action à envisager afin de diminuer les écarts de santé dans la population et ainsi diminuer le coût de la santé.

Quelle est l'intégration d'une approche tenant compte des inégalités sociales de santé par le système de soins genevois auprès des femmes issues de la migration en période périnatale ?

Ainsi, deux hypothèses sont établies et tentent de répondre à cette question, H1 et H2.

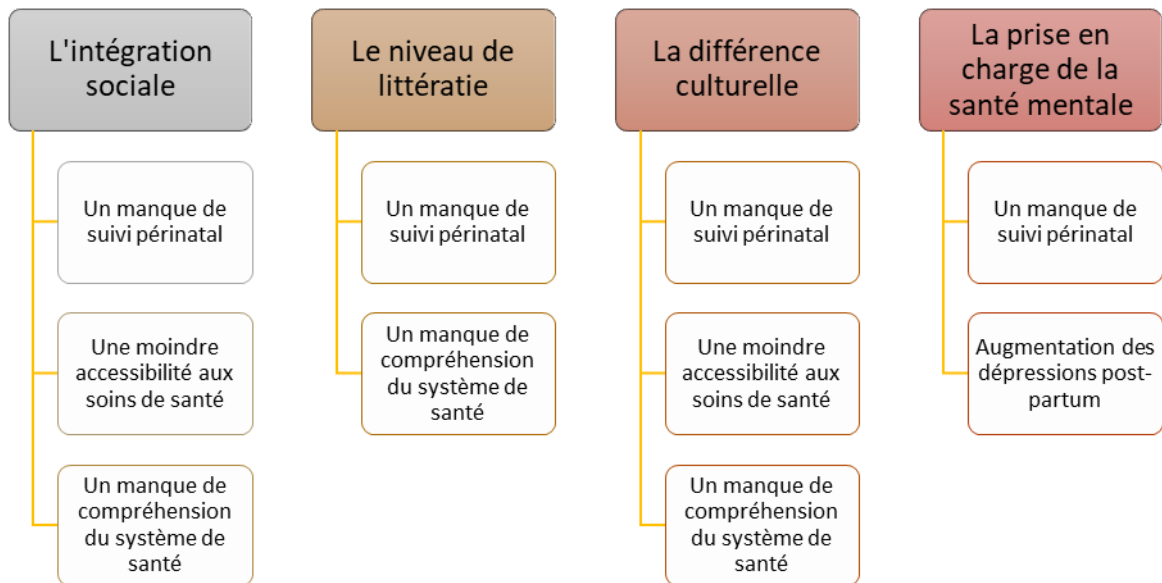
H1 : L'intégration d'une approche par les inégalités sociales de santé demeure très limitée, tant au niveau des facteurs d'inégalités que les conséquences que ces derniers produisent. Parmi les facteurs d'inégalités peuvent être mentionnés :

- Un manque d'intégration sociale dans la communauté genevoise
- La barrière de la langue et des compétences limitées en santé (littératie en santé)
- La différence culturelle en termes de santé humaine et des soins de santé
- L'intégration des différences culturelles en santé par les professionnels
- Un manque de prise en charge de la santé mentale fragilisée par la migration

Parmi les conséquences qui en découlent, peuvent être mentionnées :

- Un suivi périnatal inégal
- Une moindre accessibilité aux soins
- Une augmentation des états dépressifs chez cette population
- Un manque de compréhension du système de santé genevois et son processus des soins périnataux

Le tableau ci-dessous illustre l'influence des facteurs d'inégalités et les conséquences qui en découlent.



H2 : Les impacts des facteurs susmentionnés peuvent être considérablement limités ou éliminés par une action concertée des structures de santé, des médecins et des autres soignants.

Ces hypothèses sont le résultat d'une réflexion sur les données récoltées à travers la revue de la littérature.

3.2 Objectifs de recherche

Ce travail a pour objectif de :

- Comprendre le ressenti des femmes migrantes en période de soins périnatales et définir leurs besoins spécifiques
- Mettre en lien avec les déterminants sociaux de santé et expliquer les causes d'inégalités sociales en santé
- Pallier un manque de connaissances sur le sujet à Genève
- Elaborer des recommandations pour améliorer la prise en soins de la santé périnatale des femmes migrantes au sein du système de soins genevois.

4. Méthodologie

4.1 Introduction

La présente étude vise à comprendre le vécu des mères face à la différence culturelle et la barrière de la langue dans les soins périnataux, et ceci par leur ressenti. Ainsi, mesurer l'intégration sociale des mères issues de la migration dans la communauté genevoise. L'étude cherche également à comprendre le niveau d'intégration des différences culturelles dans la prise en soins par les professionnels de santé ainsi que l'importance de la santé psychique de la mère, qui est démontrée comme problématique par la littérature. Selon Jean-Claude Kauffmann (2016), la méthode qualitative par l'entretien compréhensif « s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus (...). » (p.24).

L'entretien compréhensif et semi-directif permettrait de comprendre le vécu de cette population afin de mettre en place des programmes sociaux et des stratégies politiques adaptées aux besoins. Comme déjà mentionné, la CDSS démontre que les inégalités sociales en santé sont dues à une insuffisance de programmes sociaux au niveau politique (OMS, 2008).

De plus, le cadre conceptuel de la CDSS affirme que l'état de santé peut être expliqué à 70% par les déterminants structurels (stratification sociale), alors l'entretien compréhensif pourrait faire émerger un ensemble de conséquences plus large dû aux différences de revenu, de formation ou d'emploi par « la richesse contenue dans un entretien compréhensif » (p.18, Kauffmann). Jean-Claude Kauffmann (2016) affirme que « l'entretien support d'exploration est un instrument souple aux mains d'un chercheur attiré par la richesse du matériau qu'il découvre » (p.17).

Deux grilles d'entretien (cf. annexes : Guides d'entretiens 1 & 2), la première destinée à l'échange avec les femmes issues de la migration et l'autre avec les professionnels de santé, comportent des questions ouvertes semi-directives. La nature des questions reflète d'une mise en lien entre la revue de la littérature, le cadre conceptuel retenu et les hypothèses de recherche qui en découlent. Ces données permettant de justifier l'importance ou non d'une approche intégrée dans la prise en soins ainsi que la nécessité ou non d'une approche par les inégalités sociales dans le système de soins genevois.

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés avec le consentement oral de l'interviewée. Les données sont récoltées suite aux retranscriptions intégrales de l'ensemble des entretiens. De plus, les prises de notes dans un carnet de bord ont été utilisées pour soulever les difficultés rencontrées ainsi que les idées et réflexions émergentes tout au long de la recherche.

À la suite des entretiens, le témoignage d'une interprète Iranienne dans le cadre d'un enseignement à la Haute Ecole de Santé a permis d'apporter un nouveau regard sur la récolte des données.

4.2 La réalisation des entretiens avec les femmes issues de la migration

L'association *CAMARADA* accueille et propose des formations aux femmes et leurs enfants en âge préscolaire à travers divers ateliers d'intégration. Madame Mayte Sanchez, adjointe pédagogique de l'association, a accepté d'échanger lors d'une première rencontre dans les locaux de l'association. A cette occasion, l'approche relationnelle à entreprendre auprès des femmes a été discuté ; l'importance du pouvoir décisionnel pour la participation aux entretiens a été soulignée. Une présentation de l'association, des employés ainsi que ces bénéficiaires ainsi qu'une visite des salles de cours, garderie, réception et bureaux a permis une familiarisation des lieux. Cette rencontre a apporté quelques modifications à la grille d'entretien, comme la simplification du langage et une introduction bienveillante de l'entretien.

Pour la mise en relation avec les sujets, une première mise en contact dans les salles de cours de l'association a permis une présentation de cette recherche aux femmes issues de la migration. Durant ce premier contact, les mères se sont également présentées, ce qui a permis de connaître les différents lieux d'origine en amont, permettant une meilleure préparation du chercheur par la connaissance des différences culturelles. Un total de cinq femmes de cette association sur les huit au total ont participé à cette recherche, soit à domicile, soit à l'Association *Bien-être Famille* qui a mis à disposition une pièce avec chaises et canapé. Cette dernière s'adresse aux parents en situation de précarité et issues de la migration ; elle propose des rencontres dans le but de favoriser l'intégration des migrants. Cette association a également ouvert ces portes à ce travail par le prêt des locaux et la mise en relation avec des bénéficiaires. Au total, trois mères fut rencontrées au sein de cette deuxième association, soit dans les locaux, soit à la *Maison de la créativité* à Conches. Cependant, cette fois-ci il n'y a pas eu de premier

contact en amont de la récolte des données entre le chercheur et l'interviewée. Une difficulté fut ressentie ; les mères semblaient être davantage sur la réserve.

Au total, huit femmes ont participé à la recherche. Ces femmes sont d'origines variées ; afghan, albanaise, indienne, congolaise et iranienne, elles sont toutes issues de la migration il y a moins de cinq années et partagent le vécu d'une grossesse et d'un accouchement à Genève. Le nombre de participantes est restreint, effectivement les conditions de vie particulières de cette population sont ressenties lors de la rencontre avec les femmes ; plusieurs mères rencontrées ont renoncé à participer à cette recherche en disant qu'elles n'avaient pas le temps ou même sans donner aucune raison. Afin d'augmenter le nombre d'entretiens, ceux-ci se sont toujours déroulés avec la présence des enfants de l'interviewée et également parfois du chercheur. Cette présence est vécue comme une difficulté par le dérangement, le manque de concentration de la mère et le temps de l'entretien parfois raccourci. Mais il y a eu également des observations avantageuses comme un échange plus naturel et plus ouvert, un sentiment de confiance et d'une relation symétrique entre la femme et le chercheur lorsque les enfants s'entendent. Deux entretiens se sont déroulés en anglais et un entretien a été particulièrement limitée dans la récolte des données dû à la barrière de la langue et n'a duré seulement 14 minutes, la durée moyenne de l'ensemble des entretiens étant de 32 minutes ce qui est peu, la durée prévue étant 1 heure. Malheureusement plusieurs facteurs comme la présence et les besoins des enfants, la barrière de la langue, le manque de confiance ressenti, ont limité la récolte des données.

Les questions des entretiens avec les femmes issues de la migration ont porté sur le suivi de la grossesse, l'accouchement et le post-partum jusqu'à un an après la naissance.

4.3 La réalisation des entretiens avec les professionnels de santé

Quatre entretiens avec cinq professionnels de santé ont permis de vérifier les données récoltées auprès des femmes. Trois sages-femmes de *l'Arcade Sage-femme* ainsi qu'une infirmière et une cheffe de clinique du Centre Ambulatoire Mobile de Soins Communautaire - CAMSCO ont collaboré pour cette recherche. Ces professionnels sont tous expérimentés dans le domaine des soins communautaires et échangent avec des mères issues de la migration de manière régulière dans le contexte de leurs activités professionnelles. Deux entretiens avec les sages-femmes se sont déroulés dans les locaux de *l'Arcade Sage-femme* à Plainpalais et le troisième s'est déroulé en distanciel,

par appel vidéo. La rencontre avec la cheffe de clinique et l'infirmière s'est effectuée en même temps dans les locaux du CAMSCO. La durée moyenne des entretiens avec les professionnels de santé est de 49 minutes.

4.4 Codification et catégorisation des données

À la suite du recueil des données, s'ajoute un travail d'interprétation et d'explication : les retranscriptions des entretiens ont été intégralement fragmentées en verbatims codifiés, qui ont ensuite été organisés en catégories (cf. annexes : codages et catégorisations 1 & 2). Ces verbatims se présentent sous forme de phrase ou paragraphe et le code attribué relève du concept principal qui s'en dégage. Cette codification a été effectuée premièrement avec la récolte des données auprès des femmes issues de la migration et dans un deuxième temps avec celle des professionnels de santé. Cet ordre d'analyse paraît être le plus juste ; l'ensemble de ce travail – mise en contact avec les sujets, rencontre et récolte des données – fut effectué dans ce même sens. Cet ordre n'est pas ignoré et a pu influencer la perception de l'importance des différents concepts soulevés du chercheur et de ce fait le résultat de l'analyse des données récoltées. Il est également soulevé que le choix des codages est particulièrement influencé par le domaine d'expertise ; les soins de santé. Lors de la phase de codage plusieurs fragments de texte ont également été surlignés en vue d'être spécifiquement mis en avant dû à l'expression marquante et la représentativité de l'idée présente.

La catégorisation des codages engendre une relecture des verbatims et une réévaluation des codes dans le but de favoriser une homogénéité à l'intérieur des catégories.

Le choix des catégories est influencé par les verbatims mais également par le cadre conceptuel et les objectifs de la recherche.

- Les composantes du modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (cf. p.10) qui émergent dans les catégories et codages des entretiens avec les mères :
 - Littératie en santé – Niveau de formation, L'accès à la formation & Connaissances médicales
 - Système de santé – Suivi médical & Financement
 - Santé humaine – Perception de la santé, Etat de santé de la femme & Stress de la situation de vie

- Intégration – Logement, Vie professionnelle et situation financière, Peur de demander de l'aide & Besoin d'exister
- Ethnie – Idéologie culturelle
- Communication – Utilisation d'un interprète
- Ainsi que l'un des objectifs additionnels de cette recherche qui vise à comprendre le ressenti et les besoins exprimés par les femmes durant les soins périnataux, particulièrement représentés dans les catégories et codages :
 - Littératie en santé – Le pouvoir d'agir
 - Système de santé – Suivi médical & Relation patient-soignant
 - La santé – Le stress de la situation de vie
 - L'intégration – Solitude, Peur de demander de l'aide & Besoin d'exister

Les entretiens auprès des professionnels de santé ont permis d'apporter un nouveau schéma d'analyse avec une catégorisation différente (cf. Schéma codage et catégorisation 2). La reprise des mêmes codes et catégories a permis une analyse homogène de l'ensemble des entretiens. Des différences ont tout de même émergé avec deux nouvelles catégories : *la prise en soins par les soignants* et *le profil professionnel du soignant*. La sélection des codages suivants sont également influencés par le cadre conceptuel et font particulièrement référence aux déterminants intermédiaires de santé de la CDSS : le parcours professionnel, la surmédicalisation, l'accès à la contraception, le risque dépressif de la mère et les besoins de la mère perçus par les soignants.

5. Analyse & Résultats

5.1 Introduction

Ce chapitre a pour but une mise en visibilité et une compréhension des données analysées à partir des retranscriptions d'entretiens auprès des mères issues de la migration ainsi qu'auprès des professionnels de la santé. Chez les mères, il en ressort que l'arrivée en Suisse apporte un sentiment de sécurité, mais cette assurance est rapidement remplacée par de l'inquiétude et de l'angoisse qui impact fortement le bien-être et la santé de la mère. Elles montrent une forte motivation à vouloir s'intégrer socialement, dans le monde du travail ou des études. Alors l'attente et une réponse négative concernant la demande d'un permis de séjour est vécue comme une injustice.

Chez les professionnels de la santé, c'est surtout la formation reçue qui est questionnée. Selon eux, celle-ci ne semble pas préparer efficacement les professionnels à faire face aux situations de soins périnataux auprès des femmes issues de la migration.

5.2 La Suisse comme pays d'accueil

Le parcours migratoire est soulevé comme étant extrêmement difficile. Il est mentionné que l'arrivée en Suisse et à Genève donne un sentiment de sécurité à la mère : « Nous sommes allés en Grèce avec mon mari, puis je suis venue en premier avec le passeport à une autre personne et mon mari m'a rejoint à Genève. (...) Au départ j'étais contente d'arrivée ici, car j'ai eu beaucoup de problème en Grèce et en Turquie. (...) J'étais rassurée par l'égalité entre homme et femme que j'ai trouvé ici à Genève, mais en même temps j'avais peur. » (Entretien 1). Plusieurs des entretiens démontrent un sentiment de sécurité et de liberté éprouvé par la mère lors de l'arrivée en Suisse. En effet, en comparaison avec certains des pays d'origine, la Suisse permet une sécurité sociale et ainsi participe au bien-être de la population et une économie plus forte, la raison pour laquelle les mères et familles d'ailleurs décident de venir en Suisse.

Les mères démontrent ressentir le besoin d'exister qui se traduit par le besoin d'être intégré socialement dans le pays d'accueil : « Car nous sommes venues ici pour une vie meilleure mais nous ne pouvons pas avoir une vie meilleure si nous n'avons pas les papiers. Je ne veux pas aller chez une assistante sociale, dans une association pour gagner juste de l'argent. Maintenant je veux travailler, je veux étudier je veux tout faire ici, pour moi et pour ma fille. » (Entretien 2).

5.3 L'incertitude face à l'attente d'un permis de séjour et son effet sur la santé

Après l'arrivée en Suisse, le sentiment de peur et d'incertitude prend rapidement le dessus du fait de la difficulté à obtenir les papiers.

L'obtention d'un permis de séjour est soulevée comme le facteur prédominant à l'intégration dans l'ensemble des entretiens. Une attente prolongée pour enfin recevoir une réponse négative concernant l'obtention d'un permis est ressentie comme une injustice : « J'ai attendu huit mois pour une réponse. Ils m'ont dit que je peux retourner en Italie. On a demandé un avocat. Elle a fait quelque chose. Elle a envoyé une lettre et

c'est bon on peut rester en attendant la réponse. Après trois ans, ils ont dit une nouvelle fois qu'il faut sortir de ce pays dû à l'accord de Dublin. On a reçu une lettre. On est allé chez l'avocat, et elle a dit qu'on ne peut rien faire. Ce n'est pas normal, parce qu'ils ont volé trois années de ma vie, de la vie de mes enfants parce qu'ils ont appris bien le français, beaucoup d'énergie pour apprendre le français, pour travailler. Pendant ces trois ans on s'est intégré beaucoup. Ce n'est pas normal, j'étais désespérée. » (Entretien 4). La procédure de demande d'un permis de séjour est alors jugée trop longue par les mères, car elles vivent dans le pays, cherchent du travail et envoient les enfants à l'école ; le train de vie donne le sentiment d'être accueilli pour l'intégration alors qu'elles ne le sont pas. Une procédure trop longue peut alors porter à confusion, surtout si l'on considère la barrière de la langue qui limite la transmission d'information et aggrave cette incompréhension. En effet, la plupart des mères rencontrées sont arrivées allophones en Suisse et ont appris le français par la suite.

Lorsque la demande d'asile en Suisse est refusée, une aide d'urgence qui est représentée par une attestation de délai de départ – blanc papier – permettrait à cette population de vivre sur le territoire avec une aide financière *d'urgence* en attendant que la personne quitte le pays. Cette aide représente une petite somme d'argent qui est gérée par l'Office cantonal de la population et des migrations. Si une personne ne se présente pas, le blanc papier s'annule et la personne est alors sans-papiers. Cela arrive par peur d'être emmené de force hors du pays lorsqu'ils se présentent pour bénéficier de l'aide.

Ce système semble rendre la vie difficile des titulaires d'un blanc papier : « Les enfants allaient à l'école, j'ai dû absenter mes enfants de l'école pour aller à chaque fois refaire le papier car sans les enfants ils ne refont pas les papiers. (..) Si j'avais de la chance, quelquefois c'était tous les deux jours, trois jours » (Entretien 4).

Les familles sont alors amenées à trouver des moyens étonnants pour tenter de rester en Suisse, comme donner naissance sur le territoire afin de faciliter l'obtention d'un permis de séjour. En effet, l'immigration en Suisse semblerait avoir été aidée par une grossesse et une naissance d'un enfant sur le territoire pour une des mères interrogées : « Et après, à cause de ça (rejet de la demande d'un permis de séjour), j'ai décidé de tomber enceinte. Je ne voulais pas avant mais j'ai décidé parce que je voulais étudier ici mais je ne peux pas avec blanc papier (...) Après j'ai accouché (...) en revenant de l'hôpital, j'ai

trouvé mon permis à la poste. C'était super. » (Entretien 4). Effectivement, le droit des enfants semble être défendu : « Je pense que j'ai obtenu ce permis grâce aux enfants, car l'avocat a écrit quelque chose par rapport aux droits des enfants. Deux enfants en bas âge. » (Entretien 4). L'obtention du permis peut dans certains cas être facilitée par la naissance d'un enfant sur le territoire, grâce aux droits de l'enfant. Dans ce cas, le principe de l'article 7 de la Convention internationale pour les droits de l'enfant a été respecté.

L'angoisse et l'état de stress que fait subir le sentiment d'incertitude dû à la demande d'un permis est importante et sérieuse. En effet dans l'entretien 2, la mère explique avoir vécu une fausse couche peu de temps après l'arrivée en Suisse dû à la situation de vie incertaine qui entraîna une forte angoisse : « Je pense que cela a provoqué la fausse couche, beaucoup de stress » (Entretien 2). Il est alors démontré que la politique de migration et d'asile a un effet direct sur la santé de cette population.

En effet, la situation insécure de l'attente d'une réponse concernant la demande d'un permis de séjour présente un lien répétitif avec la santé.

Les mères ont tendances à se présenter rapidement aux urgences de la maternité qui s'explique par la peur d'accoucher dans le foyer : « All that time I was in a foyer in Anières. Ones I felt a pain at night, so I asked a taxi and went to hospital, and they told me everything was normal, and I went back home, they just gave me Dafalgan. Ones again I felt pain and went to hospital and this time they told me to stay » (Entretien 7). La situation de vie est défavorable à un accouchement de qualité et mène à davantage de risque pour la santé chez la mère et le nouveau-né.

L'angoisse due à l'attente d'un permis va également influencer la santé de la mère et du nouveau-né, « Mon stress durant la grossesse c'était à cause du permis » (Entretien 4).

5.4 La situation précaire des mères

Les conditions de logement traduisent une situation précaire et instable : « j'ai rencontré mon mari il habitait chez une dame dans une chambre, moi j'ai accouché et nous étions quatre dans une chambre. C'était très petit. Et maintenant nous habitons dans un mobil home dans un camping, c'est un peu mieux » (Entretien 8). Cette précarité est un sujet difficilement abordable et n'a pas été mentionné dans l'ensemble des entretiens, en effet il est soulevé durant les échanges que le questionnement sur le lieu de vie et

d'habitation éprouvait parfois un renfermement chez la mère et ce qui semblait être un sentiment d'inquiétude, cet effet démontre que cette information reste personnelle et délicate à questionner chez cette population.

Le travail est vécu comme une obligation vitale mais la loi l'interdit. Cette contradiction provoque des situations financières difficiles : « Moi à cause de lui je ne peux rien faire. Mais tous les problèmes viennent à cause de sans-papiers. Maintenant je ne travaille pas je n'ai rien, j'ai seulement 300.- d'allocation pour ma fille. Moi oui j'habite avec mon mari mais il ne paye pas tout » (Entretien 2).

Cette situation engendre également des obstacles dans la prise en soins par les professionnels de santé : « le fait de travailler avec une communauté qui est invisible mais qui travaille et travaille dans des conditions absolument atroces ; dans l'économie domestique, travailler beaucoup plus que les autres pour pouvoir prouver leur droit d'existence alors qu'ils ont aucun droit autre c'est très dur. » (Entretien 4b).

Il est alors constaté que la politique de l'emploi et de la migration rend difficile, voir impossible, la prise en soins de la population précaire par les professionnels de santé. Les personnes précaires et/ou sans-papiers négligent la santé face à la nécessité de travailler pour survivre.

5.5 Les mères et l'utilisation du réseau de soins

Plusieurs des sujets expliquent une peur de demander une prise en soins sans permis de séjour, cependant une situation critique pousse les mères à prendre le « risque » et se présenter à l'hôpital ; « Je suis allée en octobre 2018 car j'ai fait une fausse couche, cela était ma première rencontre avec les soignants ici à Genève. (...) Avant quand j'avais mal quelque part j'avais peur d'aller à l'hôpital. Une fois j'avais très mal aux oreilles car je suis allée dans l'eau au lac et je suis restée à la maison pendant toute une semaine j'avais mal aux oreilles et j'avais peur d'aller à l'hôpital, je ne savais pas que je pouvais aller à CAMSCO, c'est aussi pour cela que j'ai fait la fausse couche. Toutes les personnes que je connaissais ils m'ont dit : vous êtes sans papiers, où vas-tu accouché ? qui va t'aider ? Vous n'avez pas d'argent ? Moi toute la nuit je suis restée sans dormir en pensant à tout cela » (Entretien 2). Il existe un manque de connaissances, une ignorance du réseau de soins à disposition pour ces femmes précaires. Cette ignorance va alors engendrer une peur des institutions.

La peur de l'utilisation du réseau de soins et associatif est une information qui se répète, en effet il est souvent répété que les mères ont peurs pendant plusieurs années avant d'oser se présenter par exemple dû à une situation de santé critique et ensuite seulement elles développent une confiance avec l'institution : « Je suis allée là-bas avec beaucoup de sang, dépression. Après je suis allée aux HUG pour un contrôle. Puis ils m'ont envoyé la facturation à la maison et je suis allée à CAMSCO avec les factures (...) maintenant, après avoir trouvé que je peux aller à CAMSCO, ça va » (Entretien 2). Une aide financière est allouée à cette population démunie, ainsi le patient ne paye qu'une partie du soin, comme une assurance maladie. Cependant malgré cette aide, ils se soucient de la somme qui leur sera demandé. Comme mentionné plus loin, la situation précaire est également un frein face à la prise en soins de sa santé.

5.6 La relation patiente-soignant & l'utilisation d'un interprète

L'ensemble des femmes affirment être satisfaites par le suivi médical dans les soins périnataux. Il est soulevé cependant que ce contentement est influencé par la comparaison avec le pays d'origine. Mais la relation patient-soignant est partagée entre un sentiment de satisfaction et d'un sentiment de manque d'explication et de compréhension. Il est soulevé que cette incompréhension est fortement influencée par le manque de communication et la barrière de la langue.

L'utilisation d'un interprète est majoritairement appréciée et renforce la relation patient-soignant, cependant il ressort également qu'il y a un manque de présence d'interprètes et ceci influencerait négativement la relation patient-soignant.

Les mères montrent un intérêt positif pour la présence d'un interprète, mais elles n'en bénéficient pas de manière régulière : « Parce que parfois quand je prends un rendez-vous auprès de la secrétaire on peut demander un traducteur, on peut le demander et je demandais à chaque fois. Et la secrétaire me disait « non vous n'avez pas besoin d'un traducteur, vous parlez un peu français ». Donc quand je n'avais pas de traducteur c'était difficile » (Entretien 4). Elles évoquent que même si elles comprennent un peu le français, il y a beaucoup d'information données par les professionnels de santé qu'elles ne retiennent pas : « c'était très difficile de ne pas comprendre et de ne pas parler la langue » (Entretien 3). Elles ne peuvent également pas s'exprimer comme elles le

souhaitent sans un interprète : « In fact, I am a silenced person » (Entretien 7). Le témoignage d'une interprète iranienne démontre le besoin de reconnaître l'existence de cette population qui dit « être personne ici » dû en partie au manque d'écoute.

Cependant, des expériences négatives avec des interprètes ont également émergé : « Parfois, je comprends quand même bien le français, et parfois je remarque que le traducteur dit n'importe quoi. Le traducteur ne traduisait pas bien et cela m'a stressé. Et au prochain rendez-vous nous nous étions mal compris, on a compris après » (Entretien 4). Les sujets indiquent que la disponibilité des interprètes est pendant les horaires de bureau, alors qu'elles peuvent accoucher à tout moment de la journée et séjournent à l'hôpital jours et nuits : « We have a real problem with refugee people because the women need a translator, unfortunately the translator working just in morning and afternoon, no one helps the refugee people at night, so the big problem is how we can understand a nurse a doctor who is trying to help us at night ? » (Entretien 7). Ce manque de disponibilité en interprètes serait source de stress chez la mère et conduirait à des actions défavorables à son bien-être et sa santé: « A friend, she lost her water, she started to deliver but she was scared to go to hospital, because it was at night and she would not have a translator, so she stayed in her home feeling the pain until morning » (Entretien 7).

Si la mère parle anglais, la présence d'un interprète ne lui a pas été proposée : « No, no one asked me because I talk English. I never have a translator » (Entretien 7). Cependant, les professionnels de santé ne parlent pas tous anglais: « I always talked in English, unfortunately some nurses did not talk in English, so I just waited for a change of shift, to understand what the nurse says. I would need to wait another nurse » (Entretien 7).

Il a été plusieurs fois relevé que le manque de communication a une conséquence négative sur le pouvoir d'agir de la mère : « J'aurais voulu qu'on me dise que je peux faire une césarienne, j'aurais choisi tout de suite la césarienne pour ne pas être trois jours en douleurs sans manger (...). Maintenant je n'ai plus peur pour payer les factures mais j'ai peur de l'accouchement. » (Entretien 2).

Les femmes interrogées n'ont pas mentionné avoir été submergées d'information par le professionnel de santé afin de profiter au maximum de la présence de l'interprète. Cependant, il a été mentionné plus d'une fois que la traduction de l'interprète n'était pas toujours exacte ; quelquefois l'interprète rajoute ces commentaires et son avis personnel dans la traduction donnée. Les mères ont mentionné ne pas apprécier le manque de neutralité de l'interprète.

5.7 La formation des professionnels

Comme mentionné dans la littérature, pour que les femmes puissent oser parler et évoquer leurs questionnements avec les professionnels de santé, la construction d'une relation de confiance ainsi qu'une continuité des soins avec ce dernier est primordiale. Il y a un manque de formation sur la culturalité et le comportement à adopter face à ces différences dans la prise en soins. En effet, l'ensemble des données collectées relatives à la formation de base des professionnels en santé démontrent un manque concernant la prise en soins de cette population : « On n'est pas du tout préparé à cela » (Entretien 4b), « je suis assez peu formée sur ces questions-là » (Entretien 1b), « Je pense que nous avons eu un ou deux cours de sensibilisation par rapport au parcours de migration ou en tout cas la multiculturalité de la patiente, mais pour vous dire franchement pas beaucoup plus. » (Entretien 3b).

Ce manque au niveau de la formation est mis en lien avec la qualité de la relation patient-soignant ainsi que le pouvoir décisionnel de la mère : « Toutes les 15 minutes, les soignants sont venus lui proposer la péridurale. Jusqu'à ce que finalement il la mette et pour elle ça a été un sale souvenir car cela lui a stressé, ils ont mis la péridurale alors qu'elle dilatait super vite, et elle bougeait et elle se faisait engueuler car elle bougeait. Elle était victime dans le passé et avait du mal à prendre la parole. Ça je pense qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau » (Entretien 1b). L'importance de respecter la différence culturelle afin de préserver ce pouvoir décisionnel est relevé : « Oui je pense qu'il y a quand même ce truc ou s'il y a une maman, une grand-mère, une tante, qui a de l'expérience au sein de la communauté, elles doivent choisir qui elles écoutent. Nous notre travail c'est de donner le message de prévention, après elles font ce qu'elles veulent. Après moi je respecte le choix de la maman, je reste dans l'autodétermination. » (Entretien 3b).

Également, la plupart des professionnels rencontrés expliquent qu'ils identifient les ressources de la mère pour prendre en soins selon ses besoins : « souvent dans la première consultation c'est important pour moi d'identifier le réseau de la future maman, voir qui est présent autour d'elle, si elle a des amis, de la famille, des contacts avec sa famille pour voir ses ressources. Je trouve que ça c'est vraiment le truc important. Elles en ont souvent quand même heureusement, quand il n'y en a pas ou très peu, c'est là qu'on est un peu plus inquiet » (Entretien 1b), « J'attends de voir ce dont les gens ont besoin » (Entretien 2b). Également, les choses qui peuvent paraître acquises sont importantes à considérer : « la spécificité c'est plus que jamais ; partir de là où elles ont besoin et ne pas leur apporter « une formule » toute faite. Et avoir la conscience qu'il y a beaucoup de femmes qui ont déjà vécu cette maternité dans leurs pays, soit qui sont entourées de beaucoup de femmes. Donc il faut vraiment être à l'écoute et se préoccuper de choses basiques, comme le lait, les couches. » (Entretien 3b).

Il a également été relevé que la confiance est primordiale pour une prise en soins adéquate et que cela est plus difficile à obtenir chez cette population : « Ça prend du temps et demande une relation de confiance. Dans les consultations avec les sages-femmes on peut développer cette relation de confiance. » (Entretien 2b), « je pense que l'enjeu principal de la prise en charge de ses personnes issues de la migration c'est vraiment ce truc de se décentrer des normes culturelles qu'on peut avoir et puis réussir à vraiment offrir un soin qui soit dédié à leurs besoins, très large, s'adapter à eux. (Entretien 4b).

6. Discussion

6.1 Introduction

Ce chapitre argumente l'importance de considérer les ISS dans plusieurs secteurs politiques : ce n'est pas seulement le secteur des soins qui influence la prise en soins et la santé de cette population, plusieurs domaines politiques englobent le système des soins. S'ajoute à cela une contradiction entre la politique de migration et le système d'intégration. Enfin, les concepts défendus par la CDSS ne sont pas forcément pris en compte dans le système de soins et d'intégration genevois.

6.2 La contradiction perçue dans le système d'intégration sociale

Malgré une politique suisse assez restrictive en matière de migration, l'arrivée dans le pays donne un sentiment de sécurité, le voyage migratoire étant pour certains extrêmement difficile. Certains primo-arrivants se présentent aux autorités afin d'être pris en charge pour une demande d'asile. La Loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi) règle le statut des requérants d'asiles ainsi que les personnes à protéger. La procédure de demande d'asile peut prendre plusieurs mois et un permis N provisoire pour requérants d'asile permet de vivre légalement dans le pays jusqu'à plusieurs années. Au 31 mai 2021, environ 59% des personnes dans le processus d'asile en Suisse sont admis provisoirement jusqu'à maximum sept ans dans le pays (SEM, 2021). Durant ce temps, les migrants font le nécessaire pour s'intégrer ; les enfants vont à l'école, la famille apprend la langue, les parents travaillent, etc. Alors recevoir une réponse négative après plusieurs années d'intégration est perçue comme une forte injustice et il y a une contradiction entre les services d'aides, les associations favorisant l'intégration et le Secrétariat d'Etat aux migrations. En effet, la vie sur le territoire pousse le requérant d'asile à trouver ses repères, prendre des habitudes de vie et interagir socialement avec la population en attendant une réponse. Le temps d'attente trop long est l'une des raisons de cette contradiction. Après l'angoisse vécue pendant l'attente et l'énergie dépensée pour favoriser l'intégration et ainsi peut-être une réponse positive, s'en suit un effondrement, un sentiment de rejet et une destruction des repères. Le bien-être de l'individu est fortement touché et sa bonne santé est alors mise en péril. Cela défend le besoin de devoir raccourcir le délai d'attente des requérants d'asile.

Suite à la réponse négative, c'est alors que l'aide d'urgence entre en jeu afin de ne pas rompre le lien avec le SEM. La LAsi régit cette aide d'urgence, autrement dit le « blanc papier ». Ce blanc papier permet l'accès à une aide financière de 10.-CHF/jour en attendant l'expulsion du pays. Ceci provoque une forte angoisse chez les sujets. En effet, ces bénéficiaires n'ont plus aucun droit et doivent quitter le pays, en résulte une situation incertaine et instable. C'est à ce moment que les personnes désertent le cadre institutionnel et vivent illégalement dans le pays, ce sont ces mêmes personnes sans papiers qui se présentent des années plus tard à la CAMSCO pour une problématique de santé grave et avancée. Par peur des institutions, cette population se force à vivre avec ses problèmes de santé et se présente trop tardivement. Ce phénomène augmente

finalement le coût des soins de santé par une prise en soins plus lourde. Une meilleure prévention et promotion de la santé auprès de la population sans-papiers permettrait non seulement une égalité dans la prise en soins mais diminuerait les coûts de la santé.

La CDSS défend l'importance de considérer l'équité durant la grossesse, étant un facteur important au développement du fœtus. Pourtant, le vécu du stress de la mère, une malnutrition ou dénutrition, le milieu de vie incertain et instable sont vécues à Genève par la population issue de la migration et représentent des facteurs d'inégalités sociales en santé.

Une pratique équitable en matière d'emploi ainsi qu'un travail décent sont défendus par la CDSS comme pouvant fortement influencer l'équité en santé. Pourtant, la population sans-papiers est amenée, par l'absence de droit, à effectuer une activité lucrative peu décente.

Il a été entendu que ce phénomène se traduit par de l'esclavage moderne au sein du canton de Genève, les sans-papiers acceptent d'être rémunéré au plus bas. Il est alors urgent d'agir sur cette tendance qui émerge du manque de droit par une meilleure protection légale des sans-papiers. Une action politique favorisant une diminution de l'écart social dans la population par le renforcement de la protection de cette population permettrait un mode de vie plus sain et favoriserait les sans-papiers à considérer leurs besoins en soins de santé. C'est alors le premier pas vers une prise en charge préventive des éventuelles problématiques de santé et ainsi une diminution du coût de la santé.

6.3 L'influence du système de soins genevois sur les ISS

L'intégration des ISS dans cette population par le système de soins se décline à travers plusieurs points. Premièrement les mères expriment un contentement face au suivi médical au sein du système de soins genevois, ceci en comparaison avec le système de soins de santé du pays d'origine. Puis, l'apport d'une aide financière favorise la bonne santé mentale de la mère en diminuant l'état de stress et d'angoisse. De plus, lors de présence d'interprète, la compréhension des soins est meilleure et ceci favorise le pouvoir décisionnel de la mère. Et enfin, les professionnels de santé identifient les besoins et les ressources de la mère ce qui permet de lutter contre les ISS.

Cependant, le système de soins participe aux ISS chez la population issue de la migration. Les professionnels de santé ne bénéficient pas d'une formation suffisante pour une prise en soins optimale de la population précaire, vulnérable et issue de la

migration. Il existe également un manque de compréhension de la part des mères dans les échanges avec les professionnels qui n'est pas toujours soulevé par ces derniers, de plus ce manque influence négativement le pouvoir décisionnel de la patiente. La présence des interprètes lors des échanges avec les professionnels n'est pas suffisante et ceci diminue la qualité de la prise en soins. Les mères ressentent un manque de reconnaissance et d'existence dû à la barrière de la langue et au manque de littératie en santé.

Ce manque de compréhension engendre chez cette population une peur face à l'utilisation du réseau de soins, ceci engendre une prise en soins tardive et un coût de la santé plus élevé. Pour finir, les femmes sans-papiers et donc sans assurance maladie ne bénéficient pas d'un suivi continu assuré par un seul professionnel de santé (sage-femme), s'expliquant par une première prise en soins à la CAMSCO et une éventuelle reprise en soins à l'Arcade Sage-femme. Cela contrairement aux femmes assurées directement prises en soins à l'Arcade Sage-femme.

Une formation des professionnels spécifique à la prise en soins de la population précaire, vulnérable et d'origine étrangère est nécessaire afin de bénéficier d'outils et astuces pour s'assurer que la patiente comprend ce qui lui est dit, maintenir une relation de confiance et une continuité du suivi. Dans le cadre de la stratégie « Santé2020 », l'OFSP propose en 2014 une formation sur la prise en soins des personnes issues de la migration, gratuite et en ligne, destinée aux professionnels de santé (Confédération suisse, s. d.).

Il n'existe cependant que peu de dispositifs permettant de suivre en permanence les offres de formation du domaine de l'interaction ainsi que la prise en soins sociale et sanitaire des personnes issues de la migration, les professionnels ciblés allant des agents de sécurité aux assistants sociaux, infirmiers, médecins et d'autres. Le sujet d'actualité sur la violation des droits humains dans les centres d'asile montre l'état d'urgence dans le domaine de la formation des professionnels travaillant auprès de la population issue de la migration, afin de lutter contre les inégalités sociales (Amnesty International, 2021).

Aussi, la présence d'un interprète semble être négligée par le système de soins ; les interprètes ne sont pas disponibles 24/7 alors que le système de soins fonctionne en

continu. Une présence plus importante des interprètes permettrait de diminuer le temps du professionnel auprès de la patiente par une meilleure compréhension et ainsi un échange plus efficace.

La peur de l'utilisation du réseau de soins est justifiée par l'ignorance d'un accès aux services de santé pour les sans-papiers. Avec un plus grand soutien de l'Hospice Général, les professionnels interprètes peuvent diminuer cette ignorance par un accès facilité à ces communautés parfois isolées.

Lors d'une grossesse, le CAMSCO prend en charge la femme sans-papiers pour un suivi par une sage-femme du centre. Cependant ce suivi est d'une durée plus courte que le suivi remboursé par les assurances maladie et donc prodiguées par l'Arcade Sage-femme. Si les femmes sans-papiers veulent un suivi plus long, la continuité d'une prise en soins par le même professionnel de santé n'est pas garantie et ceci influence négativement la continuité des soins ainsi que la relation de confiance avec la patiente.

Les aspects cités ci-dessus répondent au troisième principe d'action de la CDSS concernant le besoin d'un personnel formé ainsi que la nécessité de sensibiliser sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008).

Concernant les interprètes communautaires, des standards de formation ont été établis et cela apparaît à travers les résultats. Il est mentionné par l'ensemble des professionnels de santé et la population migrantes interviewées que la présence d'un interprète n'est que bénéfique, il est rare de rencontrer un interprète qui soit déplacé ou qui manque de professionnalisme. Depuis 1999, l'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle établit une certification reconnue au niveau suisse (Fierro-Mühlemann & al., 2014).

6.4 Les limites de l'étude

L'ensemble des femmes interviewées sont la plupart actives au sein du réseau de santé et associatif genevois et donc sont des femmes avec un accès à des ressources et aides sociales, même si les professionnels de santé rencontrés ont partagé leurs savoirs et expériences du terrain avec la population sans-papiers, il y a un manque de représentativité de l'échantillon. En effet, plusieurs mères confirment avoir des amis et connaissances qui sont effrayés par les institutions par peur d'être dénoncés et renvoyés dans leurs pays. Cette population est alors extrêmement difficile d'accès.

Lors d'une première rencontre avec les mères avant l'entretien, celle-ci sont plus détendues et sont plus ouvertes à la discussion permettant un échange plus libre et favorise une récolte des données plus riche. Plusieurs entretiens n'ont pas bénéficié de ce premier échange ce qui a pu limiter la récolte de données. Un autre point qui a pu limiter la récolte de données est la présence des enfants durant les entretiens ; les enfants ont toujours été invités à venir aux rendez-vous avec les mères, en sachant qu'elles n'ont souvent aucun moyen de garde, ceci était nécessaire pour rencontrer cette population. Dans ces cas, les entretiens se sont toujours déroulés dans un lieu avec des jouets à disposition pour les enfants.

7. Conclusion

Plusieurs points énumérés dans les hypothèses sont existants dans les résultats, mais la plupart que partiellement et certains sont infirmées. Il est certain qu'il existe une problématique au niveau de la santé mentale chez cette population et ceci se confirme autant par les échanges avec les professionnels de santé que les échanges avec les femmes issues de la migration. La santé mentale est effectivement perçue comme une problématique par les professionnels de santé et la mise en relation avec un professionnel spécifique (psychiatre ou psychologue) est établie. Mais les professionnels de santé confirment que c'est grandement dû à la situation de vie que la santé mentale est fragilisée, ainsi leurs compétences sont limitées. C'est alors au niveau de la politique de migration et de l'asile qu'une action peut être menée en faveur d'une meilleure santé mentale des mères issues de la migration – par la lutte contre la stratification sociale par exemple (OMS, 2006) - et non au sein du secteur de soins. Effectivement, il existe une contradiction au niveau politique entre les services d'aides, les associations favorisant l'intégration et le Secrétariat d'Etat aux migrations.

Alors, l'hypothèse comme quoi il existe un manque de prise en charge de la santé mentale dans le secteur de soins est fautive ; la prise en soins est bien existante mais reste limitée. Cependant, il existe un manque de considération de l'impact du secteur politique de la migration et de l'asile sur la santé mentale ; état dépressif & angoisse dû à l'incertitude.

Un facteur d'inégalité sociale en santé émerge de ce travail de manière importante ; il existe un manque de droit et un manque de protection notamment dans les activités

lucratives pour la population sans-papiers et une désertification du cadre institutionnel de ces derniers. Il est mentionné comme hypothèse que les conséquences du manque d'intégration sociale sont : une moindre accessibilité aux soins et un manque de compréhension du système de santé genevois. Ces dernières peuvent expliquer une volonté de désertification du cadre institutionnel. Cette hypothèse peut alors être partiellement confirmée.

Cependant, le manque de protection de cette population dans les activités lucratives a un fort impact sur la santé, effectivement cette population doit apporter énormément d'importance à l'emploi pour une question de survie et ceci impact négativement la santé. Ce point manque dans les hypothèses de départ.

Il est nécessaire de prodiguer des formations aux professionnels qui soient spécifiques à la prise en soins de la population précaire, vulnérable et d'origine étrangère. Ceci par un dispositif permettant de suivre en permanence les offres de formation. En effet, l'intégration des différences culturelles en santé par les professionnels comme facteurs d'inégalité sociale en santé figure dans les hypothèses de départ mais reste difficile à confirmer à travers ce travail. La considération de la différence culturelle est spécifique à chaque professionnels et impossible à évaluer dans ce travail de recherche qualitatif auprès d'un si petit échantillon. Il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche sur le niveau d'intégration des différences culturelles par les professionnels de santé dans les soins à grande échelle afin d'évaluer la nécessité d'un projet d'action au sein de la formation des professionnels.

De plus, effectuer un recensement du parcours de formation des professionnels en contact avec la population issue de la migration permettrait d'apporter des données nécessaires à la bonne qualité des formations offertes.

La barrière de la langue et des compétences limitées en santé - littératie en santé - comme facteurs d'inégalités sont des hypothèses de départ partiellement confirmées par ce travail ; il existe des interprètes engagés par le Bureau d'Intégration des Etrangers et l'Hospice Générale pour améliorer la prise en soins aux HUG, cependant la présence d'un interprète semble être négligée dans l'échange patient-soignant.

Au sein du système de soins genevois, il existe une différence dans la continuité de la prise en soins entre les femmes sans assurance maladie et les femmes porteuses d'une

assurance. Effectivement les femmes avec une assurance maladie ont la garantie d'être suivi par une seule sage-femme en post-partum alors que les femmes sans-papiers n'ont pas cette même garantie ; elles sont premièrement suivies par la CAMSCO et ensuite, si besoin, elles peuvent continuer un suivi auprès de l'Arcade Sage-femme. Ceci représente un suivi périnatal inégal dû au statut de la mère et confirme l'hypothèse de départ.

Au sein du secteur des soins, une approche participative permettant à la patiente d'être davantage impliquée dans le soin prodigué par le professionnel de santé et ainsi permettrait une meilleure compréhension du soin et une amélioration de la littératie en santé, directement rattachée aux facteurs d'inégalités sociales en santé. Cependant, la barrière de la langue est une problématique, et donc nécessite des outils et moyens de communication afin de surmonter cette difficulté. C'est alors que l'utilisation d'un interprète rentre en jeu, ce dernier est bénéfique et primordial à la relation patiente-soignant, qui prend alors une dimension triangulaire, patiente-soignant-interprète, et rajoute des obstacles à la prise en soins. Enfin, le secteur de soins genevois en lui-même fait preuve d'une bonne prise en soins de la population migrante, celui-ci n'impacte négativement que peu l'égalité sociales en santé chez cette population. Des plus fortes sources d'impacts sur la santé des mères migrantes sont perçues par les secteurs de la migration, de la formation et de l'emploi. En effet, ce travail montre l'importance de considérer une vision globale de la santé par la considération de l'entière des domaines politiques dans la lutte contre les inégalités sociales en santé.

Il serait intéressant d'étendre cette étude aux effets sur la santé de l'enfant afin de discuter des déterminants sociaux de la santé d'enfants de parents issues de la migration. En effet, plusieurs études démontrent que les enfants issues de familles défavorisées sur le plan socio-économique sont victime d'inégalités en santé (Burger & al., 2017). Ceci est une problématique de la population migratoire. En plus, la CDSS défend que les effets du parcours de vie soient une explication majeure des variations en santé selon le statut socio-économique. Pour favoriser une meilleure santé de la génération future, il faut prendre des mesures pour limiter les effets négatifs des antécédant de la mère sur son enfant.

8. Recommandations pour les décideurs

8.1 Introduction

Selon la CDSS, le parcours de vie et les antécédents familiaux sont une explication majeure des variations en santé. C'est alors par la mise en place de programmes et d'actions publiques avec comme objectif d'améliorer la santé de la population précaire et vulnérable de la génération d'aujourd'hui, que nous pourrions constater une diminution des écarts en santé chez la génération future.

Ci-dessous figurent des recommandations qui permettraient d'intégrer davantage une approche tenant compte des ISS au sein du système de soins genevois dans la prise en charge des femmes migrantes en période périnatale. Ces recommandations font références au concept théorique de la CDSS.

8.1 Qualification et professionnalisation du personnel

Augmenter l'accès et la qualité de la formation des professionnels en contact avec la population issue de la migration et donner davantage d'outils aux professionnels sur permettrait d'améliorer la qualité de la prise en soins et ainsi favoriser la bonne santé de cette population.

Egalement concernant les professionnels interprètes, il est nécessaire d'augmenter l'effectif et instaurer des horaires de présence également le soir, la nuit et les week-ends afin d'assurer la présence d'un interprète durant tout accouchement, à la même hauteur que le corps médical. Ce qui demanderait de valoriser davantage la profession d'interprète.

8.2 Intégration d'une approche politique fondée sur les déterminants sociaux

« Une action cohérente de l'ensemble des instances gouvernementales, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé. » (CDSS, 2008). Inclure l'équité en santé dans les critères de performance du Secrétariat d'Etat aux migrations permettrait de limiter les écarts en matière d'égalité en santé chez la population issue de la migration ; ceci par une prise en soins plus précoce et une augmentation des soins préventifs. En effet, les différents secteurs politiques doivent privilégier les facteurs protecteurs de la santé à l'ensemble des niveaux sociaux.

Différents niveaux d'exposition aux dangers de la santé sont l'un des mécanismes de la société vers les ISS démontré par la CDSS.

De plus, le soutien de la famille par la mise en place d'un modèle politique familial permettrait une meilleure intégration des mères au marché du travail et ainsi une meilleure qualité de vie familiale. En effet, le congé parental dans les autres pays européens montre un résultat économique positif du fait de l'augmentation de productivité des employeurs hommes et femmes engagés. De plus, cette stratégie permettrait un meilleur revenu à la famille ce qui peut mener à une diminution des écarts socio-économiques dans la population.

8.3 Reconnaissance de la présence des sans-papiers sur le territoire en renforçant leur protection

La présence de sans-papiers sur le territoire ne peut pas être ignorée et cette population doit bénéficier d'une protection sociale pour une égalité en santé. « Les instances gouvernementales doivent instaurer des systèmes garantissant un niveau de vie suffisant pour que la population soit en bonne santé et au-dessous duquel aucun individu ne doit passer en raison de circonstances sur lesquelles il n'a aucune prise. » (CDSS, 2008). L'esclavage moderne existe à Genève dû au manque de droits des sans-papiers. Cette population est extrêmement vulnérable et accepte toute demande rémunérée, qu'elle soit acceptable ou non. Le travail est une nécessité vitale mais non protégée par la loi, alors l'inquiétude face au travail est largement plus importante et la santé est alors oubliée. Cette population ne se présente au CAMSCO que en cas de problème de santé sévère et cela a un effet négatif sur les coûts de la santé du système de soins Genevois.

9. Références bibliographiques

- Amnesty International. (2021). *Asile en Suisse*. <https://www.amnesty.ch/fr/themes/asile-et-migrations/asile-en-suisse/asile-en-suisse>
- Balaam, M. C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A. M., Ensel, A., Gouni, O., Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of advanced nursing*. doi.org/10.1111/jan.12139
- Bergström, S., Goodborn, E. (2001) The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality. Accès <http://jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2933e/s2933e.pdf>
- Boivin, I., C.B., Leanza, Y., Brisset, C. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane Écoutes psychothérapeutiques*. 20(2) :107—22.
- Bollini, P., Fall, S. et Wanner, P. (2010). Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique.
- Burger, K., Neumann, S. & Brandenburg, K. (2017). Studien zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme erstellt im Auftrag der Jacobs Foundation. Accès <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:117824>
- Cantoreggi, N. (2010). Étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Étape 1 : Rapport final. *Université de Genève*.

- Chatelard, S., Vaucher, P., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., Panese, F., Bodenmann, P. (2012). General practitioners facing social inequalities in health: which power to act ? *Rev Med Suisse*, 8(341), 1061-1062, 1064-1066.
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., & Hurni, A. (2017). Soins de santé sexuelle et reproductive dispensés aux femmes et soins à leurs nourrissons dans les centres d'hébergement pour requérants d'asile en Suisse (RÉFUGIÉES) : Analyse de la situation et recommandations. *Haute école spécialisée bernoise*.
- Confédération Suisse (2015). Santé maternelle et infantile des populations migrantes. Rapport du conseil fédéral en réponse au postulat de Maury Pasquier. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/00/06.html>
- CPHA (2008). A vision for Health Literate Canada : Report of the Expert Panel on Health Literacy. ISBN: 978-1-897485-00-2
- Dahlgren, G. (1995) Intersectoral Action for Health. In : European Health Policy Conference opportunities for the future. *World Health Organization*. Copenhagen.
- Fierro-Mühlemann, I. & al. (2014) Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande. *Monografias de çédille*, 4, 49-61.
- Forney, Y. (2004) Les inégalités devant la mort : longévité différentielle en Suisse selon les catégories socio-professionnelles. Thèse de doctorat : Université de Genève, 2011, no. SES 746
- Gagnon, A. J., Zimbeck, M., & Zeitlin, J. (2010). Migration and perinatal health surveillance: an international Delphi survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 149(1), 37-43. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.12.002

- Hancock, T., Duhal, L. (1988). *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*. WHO *Healthy Cities*. Copenhagen.
- Intissar, S. & Rabeb, C. (2015). Etapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Muchielli, une revue de la littérature. ScienceDirect. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>.
- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10, 659. doi:10.1186/1471-2458-10-659
- Merten, S., Wyss, C., & Ackermann-Liebrich, U. (2007). Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *Int J Public Health*, 52(4), 210-222. doi:10.1007/s00038-007-6035-8
- Michael K. Paasche-Orlow, Elizabeth A. H. Wilson & Lauren McCormack (2010) The Evolving Field of Health Literacy Research, *Journal of Health Communication*, 15:S2, 5-8, DOI: 10.1080/10810730.2010.499995
- OFS (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007 : enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel.
- OMS (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*, Adélaïde. Accès https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1
- OMS (2009). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*.

- OMS (2016). Projet de déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 : assurer une santé et un bien-être durables pour tous. Accès <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-zero-draft-fr.pdf?ua=1&ua=1>
- OMS (2015). Tendances de la mortalité maternelle: 1991-2015: estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation. Organisation mondiale de la Santé. Accès <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204113>
- OMS (2020). Objectif du millénaire pour le développement 5 : améliorer la santé maternelle. Accès https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/fr/#:~:text=Le%20cinqui%C3%A8me%20OMD%20vise%20%C3%A0,accouchement%20d'ici%20%C3%A0%202015.
- OECD (2019). Skills Matter : Additional Results from the Survey of Adult Skills. *OECD Publishing*, Paris. doi.org/10.1787/1f029d8f-en
- Origlia Ikhilior, P. Hasenberg, G., H., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., Pehlke-Milde, J. (2017). Une communication sans barrière dans les soins obstétricaux aux migrantes allophones - BRIDGE : Résumé analytique. *Haute école spécialisée bernoise*.
- Pelchat, Y. (2005). La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire: un parti pris pour les femmes? *Recherches féministes*, 8, 155-164. doi.org/10.7202/057825ar
- Poretti, A., Anheier, T., Zimmermann, R., Boltshauser, E. (2008). Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007 : Are periconceptual folic acid recommendations being followed ? *Swiss Medical Weekly*. 138(41-42), 608-613.

- Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*, 31(9), 871-878. doi:10.1016/j.midw.2015.04.010
- Ratner, P. A., Green, L. W., Frankish, C. J., Chomik, T., & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. *J Public Health Policy*, 18(1), 67-79.
- Reime, B., Ratner, P. A., Tomaselli-Reime, S. N., Kelly, A., Schuecking, B. A., & Wenzlaff, P. (2006). The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Soc Sci Med*, 62(7), 1731-1744. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.08.017
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R., Applebaum, S. (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0862
- Terui, S. (2015). Conceptualizing the Pathways and Processes Between Language Barriers and Health Disparities: Review, Synthesis, and Extension. *Springer Science*. DOI: 10.1007/s10903-015-0322-x
- UNFPA (2006). State of World Population 2006. A passage to hope: women and international migration. Accès <http://www.unfpa.org/swp/2006/english/introduction.html>
- Vimpere, L. & Crevatin, C. (2020). L'interprète, un acteur essentiel dans la prise en soins infirmières des patients migrants allophones. Revue de littérature basée sur la théorie de Hildegard Peplau. DOI : 10.1016/j.refiri.2020.100191
- Whitehead M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health, *J Epidemiol Community Health*, 61(6): 473–478.

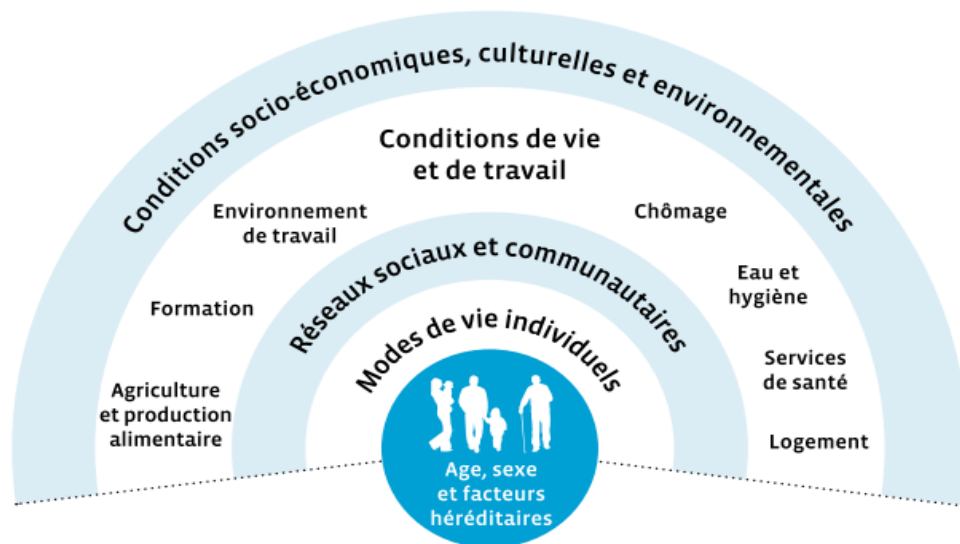
- WHO (2006). Levelling up (part 2) : a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Accès : https://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part2.pdf
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A. P., Costanza, M. C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8, 93. doi:10.1186/1471-2458-8-93
- Wolff, H., Gaspoz, J.M., Guessous, I. (2011) Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. doi.org/10.4414/smw.2011.13165
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R., & Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcult Psychiatry*, 41(4), 445-464. doi:10.1177/1363461504047929

10. Annexes

10.1 Tableau 1 : Les quatre éléments de la santé selon Lalonde (1974)

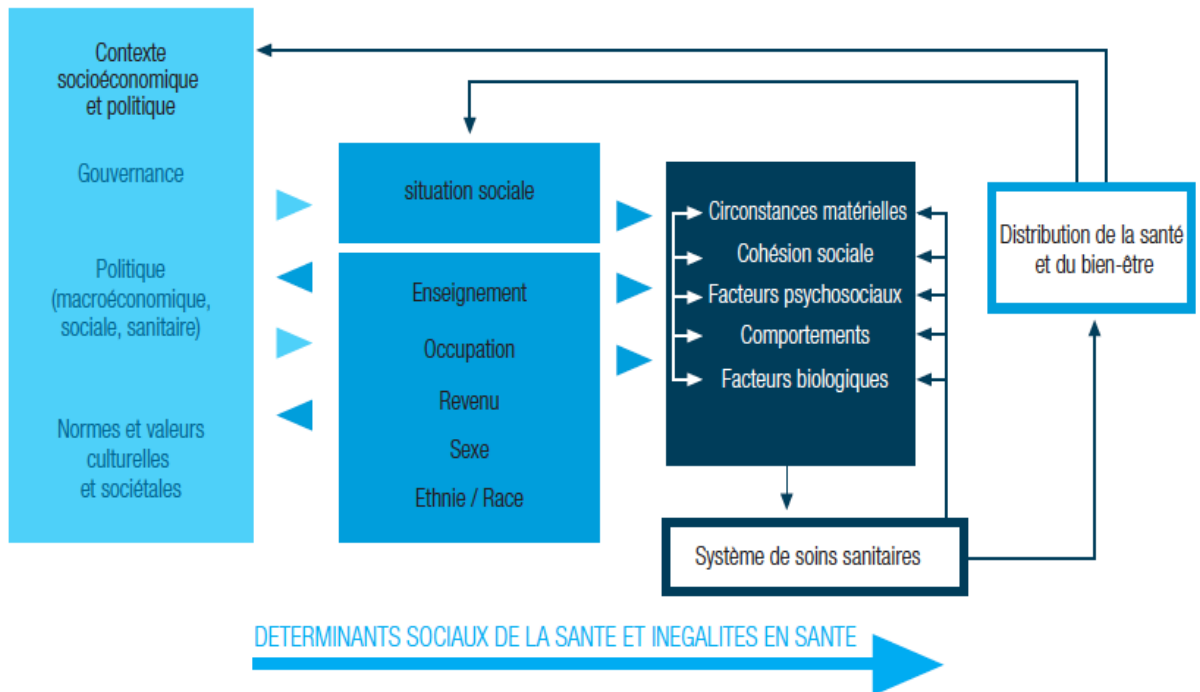
Biologie humaine	<ul style="list-style-type: none">- Patrimoine génétique- Maladie physique et mentale, originaire de l'intérieur de l'organisme
Environnement	<ul style="list-style-type: none">- Facteurs extérieurs au corps humain- Échappe à la maîtrise de chacun- Pollution de l'air, de l'eau, le bruit, aliments, produits pharmaceutiques, cosmétiques, appareils, eau potable.- Maladie transmissible- Milieu social
Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none">- L'ensemble des décisions prises avec répercussions sur la santé- L'individu exerce un contrôle- Comportement exposé à un risque pour la santé- Causes de maladie et/ou de mort direct ou indirect
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none">- Qualité, quantité, agencement et nature des soins- Le rapport entre la population et les ressources en soins de santé- Système de soins de santé- Pratique médicale, soins infirmiers, hôpitaux, établissement de soins, médicaments, services d'hygiène publique et de santé communautaire, service ambulancier, soins dentaires et autres.

10.2 Image 1 : Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)



(plateforme EIS, 2010 ; Dahlgren, 1995)

10.3 Image 2 : Modèle CDSS (2009)



(OMS, 2009)

10.4 Guide d'entretien 1

Guide d'entretien destiné à la récolte des données auprès des femmes issues de la migration

Rencontre et présentation de la démarche

- Accueillir l'interviewée, remercier pour sa disponibilité, sa collaboration et son temps.
- S'installer dans un endroit calme, installer enregistreur, bloc note et stylo.
- Présenter à nouveau l'objectif de ma recherche de manière simple : « Comprendre le vécu de sa grossesse à Genève : l'échange avec les soignant et l'accès aux soins (soins de la mère et du bébé en périnatal). Cette recherche se déroule dans le cadre de mes études. »
- Me présenter : je suis maman depuis un peu plus d'une année, j'ai travaillé comme infirmière à Genève. J'apporte beaucoup d'importance à l'égalité des chances et la bonne intégration des nouveaux arrivants dans un pays. J'aimerais améliorer la qualité des soins apportée aux femmes et aider les étrangers à s'intégrer à Genève, ce travail de recherche participe à cette démarche.
- Préciser à nouveau que l'entretien sera enregistré et transcrit intégralement de manière anonyme. Les données audios seront ensuite détruites. Une copie de la transcription peut être remis à l'interviewée si elle le souhaite.
- Préciser que l'interviewée n'est pas obligée de répondre à une question si elle ne le souhaite pas, je comprendrai sans autre.
- Finalement, m'assurer que l'interviewée à été mise en confiance et demander si elle est d'accord de démarrer l'entretien avant d'enclencher l'enregistrement.

Questions simples de départ (permettant de rompre la glace)

Combien avez-vous d'enfants un ou plusieurs ? et de quel(s) âge(s) ?

Comment vont vos enfants /va votre enfant ? Et Vous ?

Depuis combien de temps visitez-vous CAMARADA ?

Comment se passe ces visites pour vous ? En quoi ces visites sont-elles aidantes ?

Qu'est ce qui est plus difficile ?

Groupe de questions 1 : Parcours de vie de la maman

Question 1.1

Pouvez-vous me parler de votre parcours de vie, avant d'être arrivée en Suisse ?

Avoir une carte du monde si elle souhaite l'utiliser.

- Parcours de vie
- Origine et lieu(x) d'habitation(s), scolarité, formations, emplois
- Parents et fratrie : lieu(x) d'habitation(s), emplois, scolarités

Question 1.2

Pouvez-vous m'expliquer votre arrivée en Suisse ?

- La raison de la venue en Suisse, quand et comment
- Le niveau de satisfaction de la migration en Suisse

Question 1.3

Pouvez-vous me parler de votre parcours de vie en Suisse et à Genève ?

- Les démarches administratives
- Le sentiment de l'accueil dans le pays et à Genève
- Hobbys et rencontres
- Le niveau de satisfaction du lieu d'habitation
- Le niveau de satisfaction du parcours en Suisse
- Le suivi médical

Question 1.4

Pouvez-vous me parler de vos ressources ici à Genève ?

- Aides sociales
- Famille, amis, communauté
- Ressources financières

Groupe de questions 2 : la vision de la santé humaine de la maman

Question 2.1

Pouvez-vous me décrire vos habitudes de vie quotidienne ?

- Sommeil, alimentation, hobbys, sport, alcool, médicaments, cigarettes
- Autres

Question 2.2

Pouvez-vous me parler de votre santé ?

- Son avis d'être en bonne santé ou non
- Les antécédents médicaux connus
- La définition de la bonne santé
- Ses ressources à Genève pour sa bonne santé
- La santé mentale
- Ses habitudes appliquées en faveur d'une bonne santé
- Faire le lien avec les croyances et habitudes médicales du pays d'origine

Question 2.3

Quel est pour vous la bonne santé, la santé idéale ?

- Son avis des habitudes de vie idéales pour la bonne santé
- Faire le lien avec les croyances et habitudes médicales du pays d'origine
- Parler de la santé mentale

Groupe de question 3 : migration en Suisse et santé

Question 3.1

Parlez moi un peu de votre arrivée en Suisse et l'obtention des permis de séjour.

- L'attente de réponses d'obtention de papiers et le stress
- Lien avec la santé mentale
- Le lien avec la recherche de travail, la prise en charge chez une assurance maladie (AM)
- Le choix d'aller chez le médecin en cas de besoins ou non sans AM
- Le suivi médical

Groupe de question 4 : La prise en charge par les soignants - le système de santé

Genevois

Question 4.1

Racontez-moi votre prise en charge durant votre grossesse ?

- La première rencontre avec les soignants au sujet de la grossesse
- Les autres rencontres
- Votre ressenti des rencontres avec les soignants
- La prise en charge de la santé mentale, demande des ATCD médicaux de la santé mentale de l'interviewée
- La notion de la diversité culturelle
- La barrière de la langue
- Compréhension du système de santé Genevois

Question 4.2

Quelle serait pour vous une prise en charge optimale durant la grossesse, quelles ont été vos besoins ?

- Ses besoins durant la grossesse et la réponse à ses besoins
- Des suggestions pour une meilleure prise en charge

Question 4.3

Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

- La prise en charge par les soignants
- La barrière de la langue

Question 4.4

Racontez-moi maintenant l'année qui a suivi votre accouchement, votre prise en charge à nouveau.

- La planification de la prise en charge post-accouchement
- Votre ressenti des rencontres avec les soignants
- La prise en charge de la santé mentale, demande des ATCD médicaux de la santé mentale de l'interviewée
- La notion de la diversité culturelle
- La barrière de la langue
- Compréhension du système de santé Genevois

Question 4.5

Quel serait pour vous une prise en charge optimale après la naissance et l'année qui a suivi, quels ont été vos besoins au post-partum et les semaines qui ont suivi la naissance ?

- Ses besoins durant le post-partum et la réponse à ses besoins
- Des suggestions pour une meilleure prise en charge après l'accouchement

Question 4.6

Quelles sont les suggestions que vous pouvez faire aux professionnels ?

Fin de l'entretien

Remerciements

10.5 Guide d'entretien 2

Guide d'entretien destiné à la récolte des données auprès des professionnels de santé

Rencontre et présentation de la démarche

- Accueillir l'interviewé, remercier pour sa disponibilité, sa collaboration et son temps.
- S'installer dans un endroit calme, installer enregistreur, bloc note et stylo.
- Présenter à nouveau l'objectif de ma recherche : « Comprendre son ressenti face à la prise en charge de la population migrante et les différents obstacles face à une prise en charge globale et optimale. Cette recherche se déroule dans le cadre d'une maîtrise en Sciences de l'Environnement, mon mémoire vise à comprendre les inégalités sociales en santé vécues par cette population en soins périnataux à Genève. »
- Me présenter : Je suis diplômée infirmière depuis 2016, j'ai travaillé une année en soins à domicile, santé mentale. Parallèlement, je suis assistante d'enseignement à la Haute Ecole de Santé depuis bientôt 5 ans, je termine mon master prochainement. Je souhaiterai ensuite travailler dans le domaine de la recherche en promotion et prévention de la santé. »
- Préciser à nouveau que l'entretien sera enregistré et transcrit intégralement de manière anonyme. Les données audios seront ensuite détruites. Une copie de la transcription peut être remis à l'interviewé s'il le souhaite.
- Préciser que l'interviewé n'est pas obligé de répondre à une question s'il ne le souhaite pas.
- Finalement, demander s'il est d'accord de démarrer l'entretien avant d'enclencher l'enregistrement.

Question simple de départ (permettant de rompre la glace)

Décrivez-moi votre domaine de soins et votre parcours professionnel

- *Patient : population type*
- *Brièvement le parcours professionnel*

Groupe de questions 1 : Soins prodigués par les professionnels de santé

Question 1.1

Que pensez-vous de votre formation reçue concernant la prise en charge d'une femme migrante en période de grossesse ?

- Education sexuelle
- Violence sexuelle
- Mutilation génitale
- Contraception d'urgence
- Communication et accompagnement
- Instauration d'un climat de confiance
- La mise en visibilité des ressources de la ville de Genève (associations et autres)

Question 1.2

Décrivez-moi comment vous et vos collègues prennent en charge une patiente migrante en soins périnataux.

- Protocol de soins
- Accueil et accompagnement
- Communication, langage
- Santé mentale
- Connaissance système de santé
- Prévention et promotion de la santé
- Différences culturelles
- Pouvoir de décision de la patiente
- Les besoins de la patiente

Question 1.3

Quels sont les spécificités de la prise en charge d'une patiente migrante en soins périnataux ?

- Accueil de la patiente
- Spécifiquement les soins périnataux
- Communication, langage
- Promotion de la santé et prévention
- Différences culturelles
- Pouvoir de décision de la patiente
- Les besoins de la patiente
- Risque d'état dépressif

Question 1.4

Lors de la nécessité d'un interprète, parlez-moi de ce dialogue « triangulaire ».

- Les obstacles
- Les points positifs
- La compréhension de l'information transmise
- Le rôle de l'interprète
- Le ressenti du professionnel de santé

Question 1.5

Décrivez-moi le suivi de la patiente sur le long terme, durant toute la grossesse ?

- Volonté de la patiente
- Compréhension de la patiente
- Différences culturelles
- Pouvoir de décision de la patiente
- Les besoins de la patiente
- Automédication ou non

Question 1.6

Décrivez-moi le suivi de la patiente sur le long terme, cette fois-ci le post partum, jusqu'à 1 an après l'accouchement ?

- Volonté de la patiente
- Compréhension de la patiente
- Différences culturelles, croyances
- Pouvoir de décision de la patiente
- Les besoins de la patiente
- Automédication ou non
- Dépression post-partum et baby-blues

Question 1.7

Qu'allez-vous transmettre à la patiente concernant le déroulement/le processus périnatal à Genève ?

- Processus dans les soins cliniques
- Processus administratifs

Groupe de question 2 : Santé de la mère selon les professionnels de santé

Question 2.1

Que pouvez-vous me dire sur l'état de santé d'une patiente migrante ?

- Etat de santé mentale et physique
- Antécédents médicaux connus
- Hygiène de vie

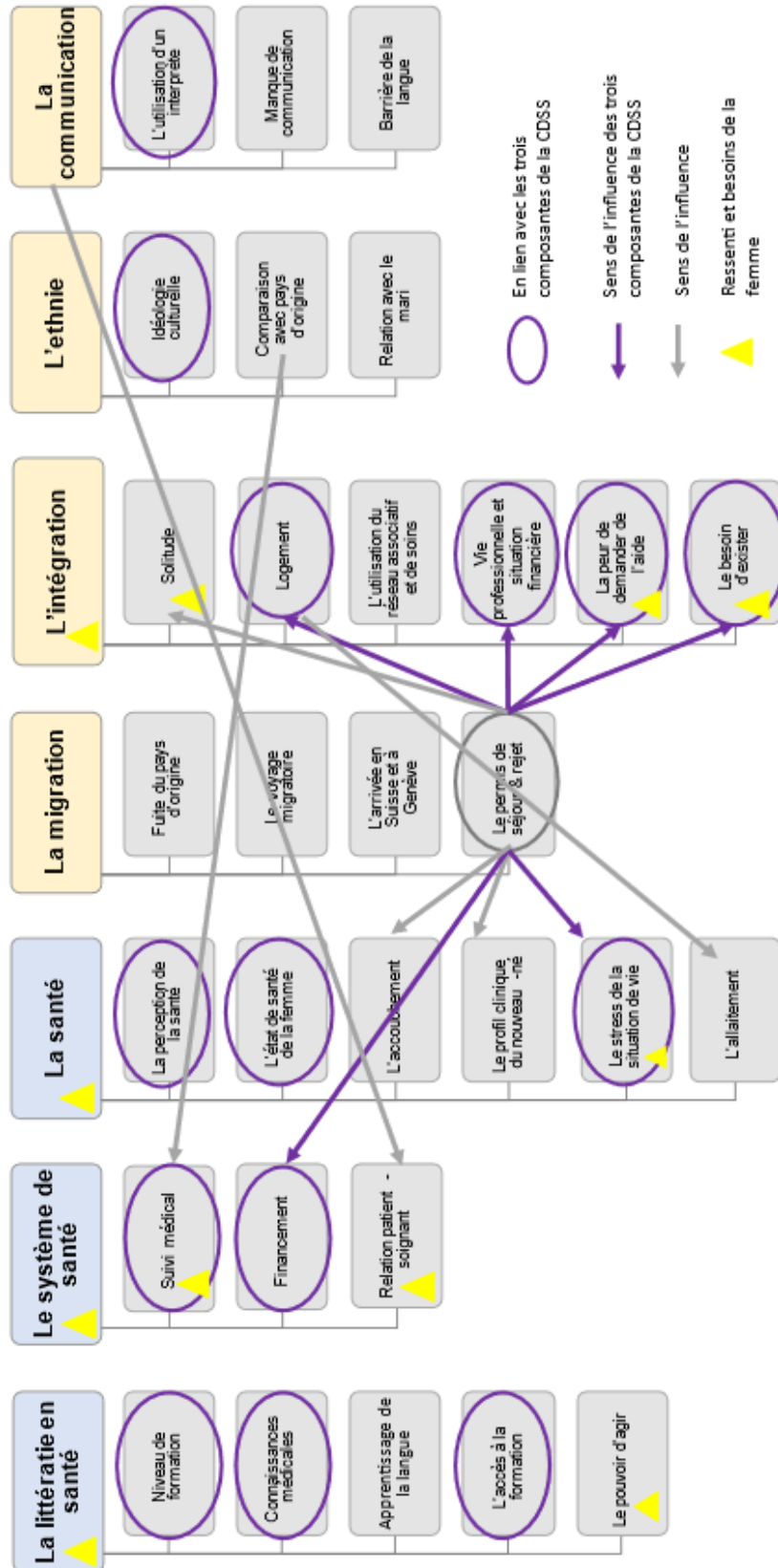
Question 2.2

Que pouvez-vous me dire du comportement en santé de la femme migrante en période de grossesse et en post-partum, les soins au nouveau-né ?

- Les habitudes de vie quotidienne de la patiente
- La notion de bonne santé selon la patiente
- Spécificités culturelles
- Acceptation des soins

10.6 Schéma des codages et catégorisations 1

Analyse des entretiens avec les femmes issues de la migration



10.7 Schéma des codages et catégorisations 2

Analyse des entretiens avec les professionnels de santé

