

## **Impact du statut de requérante d'asile sur le suivi de grossesse**

Anne-Christine Cottier, Amaëlle Denys, Cecilia Soldini, Valentine Wüthrich, Emilie Zhu

### **Introduction**

Ces dernières années, l'afflux migratoire est au centre de l'actualité. Dans ce travail, nous nous intéressons aux femmes requérantes d'asile ayant vécu une grossesse sous ce statut. Les requérants sont des migrants souhaitant acquérir la protection de la Suisse<sup>1</sup>; ils bénéficient d'une assurance maladie, d'un hébergement et d'une aide financière. Les recommandations helvétiques du suivi de grossesse conseillent : une consultation toutes les six semaines chez le gynécologue, un bilan de santé de la mère, un dépistage de certaines maladies, des vaccins et des séances de préparation à la naissance. Dans le canton de Vaud, les prises en charge sociale, administrative et médicale des migrants sont assurées par le Réseau de Santé et Migration (RESAMI) et par l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM). RESAMI inclut l'Unité de Soins aux Migrants (USMi), représentant la porte d'entrée des migrants dans le système de santé vaudois. Les études menées sur le sujet démontrent que les femmes requérantes d'asile sont plus exposées aux complications durant la période périnatale et mettent en évidence une mortalité infantile et maternelle, un taux de faible poids de naissance et de prématurité plus élevés<sup>2,3,4,5,6,7</sup>. Le vécu et les conditions de vie actuelles, parfois traumatiques, sont des facteurs de stress supplémentaires<sup>4,7</sup>. Les recherches dévoilent plusieurs obstacles à une prise en charge optimale : la différence de langue<sup>2,3,4,6,7</sup>, le faible niveau socio-économique<sup>2,4,7</sup> et parfois de formation de ces femmes ainsi que le manque de formations transculturelles des professionnels de la santé<sup>3,5,6</sup>. Dans ce projet, nous n'étudions qu'une partie de l'ensemble des migrants : les femmes requérantes d'asile enceintes, qui représentent un nombre restreint de sujets. Au travers de ce travail, nous désirons aborder l'influence d'une variable sociale, soit le statut politique, sur l'un des aspects de la santé de la communauté requérante. Notre problématique est la suivante : quel est l'impact du statut de requérante d'asile sur le suivi de grossesse par rapport aux recommandations en vigueur dans le canton de Vaud ?

### **Méthode**

Les objectifs de notre travail consistent à retracer la prise en charge d'une requérante d'asile enceinte une fois la grossesse déclarée, à aborder les différents points de vue des professionnels encadrant la grossesse, à identifier les facteurs influençant la qualité du suivi, à évaluer les lacunes potentielles du système de santé local, ainsi qu'à proposer des perspectives d'amélioration et des éventuelles modifications. Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons fait une revue de la littérature (scientifique et officielle) et mené treize entretiens semi-structurés auprès de divers professionnels tant du monde gynécologique et obstétrique que du domaine associatif et administratif, ainsi qu'auprès de théoriciens de la migration. Pour ce faire, nous avons consulté deux psychiatres travaillant avec des femmes requérantes, une assistante sociale et une gynécologue de la maternité du CHUV, une infirmière de la petite enfance, deux sages-femmes (USMi et PROFA), une professeure d'anthropologie, un sociologue linguistique, un coordinateur de l'EVAM, deux interprètes et une Conseillère aux États du canton de Genève. Ces entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien abordant les thèmes suivants : accès aux soins, compréhension du système, obstacles et propositions futures. Par la suite, nous avons effectué une analyse qualitative de nos résultats en comparant les points de vue des intervenants. Nous proposons de communiquer par courrier le résultat final de notre travail à tous les participants et informateurs clés. Nous nous mettons aussi à disposition pour faire part de nos recherches et de nos conclusions. Nous rappelons que dans la mesure où notre projet n'est pas soumis à la Commission cantonale d'éthique, nous n'avons pas pu rencontrer des requérantes enceintes ou l'ayant été.

### **Résultats**

L'ensemble des professionnels rencontrés s'accorde sur ce point : l'accès aux soins est théoriquement garanti de la même manière pour une requérante d'asile enceinte que pour toute autre femme résidant en Suisse. Toutefois, en pratique, ceci ne s'avère pas toujours exact. La langue ainsi que les différences culturelles sont les difficultés majeures mentionnées par les intervenants. Selon le sociologue linguistique, l'accès aux services d'interprétariat est facilité pour les requérants d'asile comparé aux autres migrants. Cependant, les professionnels de la santé n'ont pas toujours connaissance de cette offre. Lorsqu'aucun interprète n'est disponible, le droit de la femme au consentement éclairé ne peut pas être respecté. Par soucis de confidentialité, certaines femmes refusent la présence d'un interprète issu de la même communauté, bien qu'il soit tenu au secret de fonction. Les cliniciennes (gynécologue et psychiatre) relèvent que cet échange à trois complexifie la relation médecin-patient traditionnelle et rallonge la consultation. Il existe des formations pour améliorer la collaboration entre interprètes et cliniciens ainsi que des formations "Santé migration" proposées par l'USMi. Malheureusement, le taux d'adhésion des cliniciens est relativement faible. Ce peu d'intérêt des cliniciens contribue au manque de soutien psycho-social de ces femmes et a un effet négatif sur leur prise en charge ; par exemple, le corps médical ne parvient pas toujours à adapter son discours au niveau d'éducation de l'interlocutrice. A l'exception du coordinateur de l'EVAM, tous les intervenants ont mis en évidence l'existence de barrières administratives et financières : les frais de transport sont

payés pour les rendez-vous médicaux agendés, mais pas les rendez-vous avec les assistants sociaux externes à ceux de l'EVAM. Y aurait-il un manque de moyens financiers ? L'EVAM mentionne des problèmes pratiques uniquement en post-partum : après la naissance, des poussettes sont fournies aux femmes mais pas de landaus, ce qui est inadapté pour un nouveau-né. L'EVAM ne possède pas non plus de poussettes pour jumeaux ; de ce fait, la mère reçoit deux poussettes individuelles. En cas d'urgence, les femmes requérantes d'asile n'arrivent pas à convenir d'une nouvelle consultation si celle-ci n'a pas été organisée lors de la précédente entrevue avec le médecin à cause de la barrière de la langue. L'USMi étant l'un de leurs points de repère, elles s'y rendent spontanément, et les soignants les prendront en charge. Malgré l'obligation des professionnels de fournir les informations nécessaires à la compréhension des soins et du système de santé local, toutes les patientes ne saisissent pas l'ensemble de cette organisation. Bien souvent, les professionnels ne donnent pas suffisamment d'explications sur les raisons de leurs actes ; les diagnostics et traitements existants leur sont communiqués plus tardivement. La recherche et l'accès à l'information leur est plus difficile dû au manque de maîtrise de la langue et à la méconnaissance des informations qu'elles ont besoin de recevoir. Certaines recommandations de prévention ne sont pas suffisamment communiquées aux migrantes selon la Conseillère aux États. La gynécologue ajoute que, parfois, les interprètes omettent volontairement des informations, par paternalisme ou par manque de vocabulaire. Outre cela, le niveau d'éducation, le milieu social des femmes et la (non)-médicalisation de la grossesse selon les cultures jouent aussi un rôle dans la compréhension. Les informations transmises par l'interprète doivent être adaptées aux capacités de compréhension de ces femmes.

### **Discussion**

Le suivi de grossesse proposé aux femmes requérantes d'asile en Suisse est le même que celui de toute femme résidant en Suisse. Dans la pratique, plusieurs barrières sont rencontrées ; les problèmes de langue rendent la communication parfois difficile, mais peuvent être surmontés par la présence d'un interprète. Ce dernier est aussi d'une précieuse aide pour les différences culturelles et fait partie intégrante du quotidien des requérantes d'asile. Parmi les entrevues que nous avons pu mener, le manque de formation transculturelle du personnel soignant est la lacune majeure du système ; et pourrait faire l'objet d'améliorations. D'autres propositions ont été citées : la possibilité d'une formation des professionnels sur la collaboration avec les interprètes, la mise en place d'une systématique de la prise en charge pour toutes les requérantes d'asile, le développement d'un suivi individualisé et continu, adapté à chacune et par une seule personne dotée de connaissances spécifiques (médicales et culturelles). Une meilleure communication entre les diverses structures encadrant ces patientes, une évaluation systématique du besoin d'un suivi psychologique en explorant le vécu émotionnel, un système d'échange de poussettes et landaus au sein de l'EVAM et une meilleure préparation à l'accouchement (à Genève, contrairement au canton de Vaud, ces cours sont donnés en présence de sages-femmes, psychologues et interprètes, ce qui permet d'explorer la dimension psychosociale) ont aussi été relevés. Finalement, il faudrait améliorer l'accès aux services d'interprétariat lors de situations d'urgence, en particulier le recours à l'interprétariat téléphonique. Nous pensons qu'il serait aussi nécessaire de donner des cours obligatoires de base au personnel soignant durant la formation spécialisée, en plus de la formation pré-graduée, toujours dans le but de valoriser l'ouverture d'esprit des professionnels de la santé afin d'éviter les idées préconçues et d'apporter une attention particulière aux représentations de la grossesse des patientes. Ces nuances interculturelles, aussi multiples et étendues qu'il y a de femmes requérantes d'asile, peuvent être surmontées en se tournant vers la culture de l'autre, afin de mieux comprendre sa façon de réagir, d'appréhender la grossesse et d'accueillir le bébé.

### **Références**

1. Définition de requérant-e d'asile : <https://www.osar.ch/droit-dasile/statuts-juridique/requerant-dasile.html>; <https://www.evam.ch/faq>
2. Akerjordet K, Balaam MC, Ensel A, Fredriksen AM, Kaiser B, Lyberg A, et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*. 2013 Sep. 69(9):1919-30. Anglais.
3. Bischoff A, Jaeger FN, Kurt E, Tschudin S, Zemp E. Reproductive health care for asylum-seeking women-a challenge for health professionals. *BMC Public Health*. 2010 Nov 1;10:659. Anglais.
4. Bollini P, Wanner P, & Institut S. Santé reproductive des collectivités migrantes : disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel : Swiss Forum for Migration and Population Studies. 2006.
5. Gari S, Merten S. La santé reproductive de la population migrante en Suisse et dans d'autres pays d'accueil. Résumé. 2013 Mars.
6. OFSP. Stratégie-Migration et santé-(Phase II : 2008-2013). 2017 Juin.
7. OFSP. Santé maternelle et infantile des populations migrantes : Rapport du conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (12.3966). Berne. 2015 Juin 24.
8. Bodenmann P, Cornuz J, Dory E, Monnat M, Ninane F, Pahud-Vermeulen B, et al. Afflux des migrants, une responsabilité médicale et sanitaire. *Bulletin des médecins suisses*. 2015.
9. Hermann M. Offres tenant compte de la population migrante en matière de santé reproductive et de petite enfance en Suisse. Office fédéral de la santé publique, Section Migration et Santé. Juin 2013.

**Mots-clés** : requérante d'asile (asylum-seeker), grossesse (pregnancy), suivi (follow-up), Suisse (Switzerland).

# QUALITE DU SUIVI DE LA REQUERANTE D'ASILE ENCEINTE

Anne-Christine Cottier, Amaëlle Denys, Cecilia Soldini, Valentine Wüthrich, Emilie Zhu

“Culturellement, la grossesse n'est pas vécue pareillement”  
- anthropologue

## I. INTRODUCTION

- Afflux migratoire au centre de l'actualité depuis quelques années.
- Femmes requérantes particulièrement **vulnérables**<sup>1</sup>.
- Question de recherche: quel est l'impact du statut de requérante d'asile sur le suivi de grossesse?

### Qu'est ce qu'un requérant d'asile ?

Il s'agit d'un **migrant** qui souhaite acquérir la **protection** du pays d'accueil<sup>2</sup>. En Suisse, il possède une **assurance maladie**, un **hébergement** et une **aide financière**.

## 2. METHODE

- **Revue de la littérature (médicale, OFSP...)**
- **Entretiens semi-dirigés** avec divers corps de métiers: gynéco-obstétriques, associatifs, administratifs, théoriciens de la migration et politicien.
- **Analyse qualitative** des résultats.

“Considérer le patient dans sa **globalité**, prendre en compte son **parcours**, ses **perspectives** et ses **besoins**. Adapter les limites à chaque individu.” - assistante sociale CHUV

« Ce sont des personnes, pas des cultures. Il faut prendre cela en considération pour **pouvoir bien les aider**. »  
interprète Appartenances

## 3. RESULTATS

- ◆ **Accès aux soins identiques.**
  - ◆ **Associations** qui facilitent le suivi.
  - ◆ **Interprétariat** disponible.
    - ◆ Surmonte les obstacles de communication et de cultures.
    - ◆ **facilité** par rapport aux autres migrants.
- MAIS...**

### ◆ 3A. Plusieurs Obstacles : Pour les patientes

- **Langue et communication :**
  - Si pas d'interprète : perte du droit d'accepter et de comprendre son traitement.
- Présence d'un **tiers** lors de la consultation.
- Problèmes **financiers** et **administratifs** :
  - L'EVAM paie les consultations médicales agencées **mais pas les rendez-vous avec les assistants sociaux**.
  - A la naissance : EVAM offre des poussettes mais pas des landaus.

### Pour les professionnels

- Faible connaissance de la possibilité de **bénéficier d'un interprète**.
- Manque de **formations transculturelles et de formations améliorant la collaboration cliniciens /interprètes**.
- **Non adhérence** des professionnels à ces **formations**.
- Manque de **temps** à disposition (dû à l'interprétariat).
- Manque d'**individualisation** dans la prise en charge des patientes.

### ◆ 3B. A quel point comprennent-elles notre système de santé ?

- Obligations des professionnels de fournir les informations nécessaires à leur compréhension... Mais en réalité, n'en donnent pas assez sur les raisons de leurs actes.
- Impossibilité de la part des patientes de faire des recherches actives de leur côté, car :
  - Barrière de la langue.
  - Méconnaissance de ce dont elles ont le droit de savoir.
- Prendre en compte leur niveau d'éducation, leur milieu social et la (non)-médicalisation de la grossesse selon les cultures.

Faire une recherche active de leur niveau de compréhension.  
Un accompagnement de près est donc nécessaire !



## 4. DISCUSSION

- Théoriquement, **même suivi** pour les requérantes que pour les autochtones.
- Dans la pratique, **plusieurs barrières** sont rencontrées.
- L'**interprète** permet de surmonter la barrière de la **langue** et les **différences culturelles**.
- Obstacles aussi **matériels, géographiques et sociaux**.
- Le manque de **formation transculturelle** du personnel soignant est la lacune qui est le plus nommée par les intervenants interrogés.

## 5. PROPOSITIONS FUTURES

- Meilleur **dépistage**, systématique, de la grossesse par l'USMi.
- Adopter un **suivi de grossesse continu et étroit** par une unique personne spécialisée dans le domaine.
- Améliorer la **préparation à l'accouchement**.
- Améliorer la **collaboration** entre **cliniciens et interprètes**.
- Développer une meilleure **coordination** entre les **structures hospitalières et l'EVAM**.
- Intégrer les **visions culturelles** sur la grossesse pour éviter les **idées pré-conçues**.
- Intégrer une évaluation d'un besoin de suivi psychologique en intégrant le vécu émotionnel.
- Adapter aux situations le **matériel fourni** (landaus et poussettes).
- Instaurer une **formation de base commune** à tous les professionnels concernés.

**Remerciements :** Nous remercions sincèrement tous les professionnels ayant pris le temps de répondre à nos questions. Notre gratitude va droit à notre tutrice, la Dre. Bickle-Graz, pour nous avoir suivies durant ce travail.

**Références :** 1. Bischoff A, Jaeger FN, Kurt E, Tschudin S, Zemp E. Reproductive health care for asylum-seeking women-a challenge for health professionals. BMC Public Health. 2010 Nov 1;10:659. Anglais  
2. <https://www.evam.ch/faq/>

**Contact :** asile.et.grossesse.imco@gmail.com