

Progetto co-finanziato da



UNIONE
EUROPEA



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico 2: Integrazione / Migrazione legale • Obiettivo Nazionale 3: Capacity building / Scambio di buone Pratiche

D.I.S.CO.R.S.I.

migranti



DIALOGO INTERREGIONALE sui SERVIZI in tema di COMPETENZE, RESIDENZA e SALUTE
per l'INTEGRAZIONE dei MIGRANTI in Piemonte, Auvergne-Rhône-Alpes e Catalogna

Progetto 275 – CUP H19D17000780005

OBSERVATIONS SUR L'ACCÈS DES POPULATIONS MIGRANTES AUX SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Auteure: Cécile Ponthieux,

Decembre 2017



مؤسسة عامل الدولية
amelassociationInternational

Cette recherche a été réalisée grâce à la contribution de l'Union européenne et du Ministère italien de l'Intérieur dans le cadre des activités du projet "D.I.S.Co.R.S.I. Migrants".

Le contenu de cette publication relève de la responsabilité de l'auteur(e) ou des auteur(e)s et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'opinion de l'Union européenne et/ou du Ministère italien de l'Intérieur.

Tous les matériaux du projet "D.I.S.Co.R.S.I. Migrants" sont disponibles sur le site:
<https://migrazioniacop.wordpress.com/>



in partenariato con



con la collaborazione di



OBSERVATIONS SUR L'ACCÈS DES POPULATIONS MIGRANTES AUX SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Abstract

L'accès des femmes migrantes à la santé maternelle et infantile en région Auvergne Rhône-Alpes

On constate en France un état de santé moins bon chez les personnes migrantes que pour le reste de la population, et qui tend à s'aggraver avec la durée de séjour dans le pays. Sujettes à de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, les autorités reconnaissent la nécessité de porter une attention particulière à ces populations sur le plan médical.

La question de la santé des femmes enceintes et des jeunes mamans migrantes est pertinente à poser. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe indique que les femmes migrantes présentent des problèmes de santé périnatale plus importants que les femmes non migrantes, et un taux de mortalité maternelle et infantile plus haut.

Sur la région Auvergne Rhône-Alpes, les professionnels intervenant dans le domaine de la santé maternelle et infantile font souvent le constat suivant au sujet des femmes migrantes, en comparaison au reste de la population : manque de suivi, déclaration de grossesse tardives et consultations tardives. Cela pousse à s'interroger sur la perception des femmes concernant le recours aux soins de santé. D'autre part, la population migrante en croissance dans la région amène à questionner les capacités des services à répondre aux besoins de manière adaptée.

Cette recherche, effectuée dans le cadre du projet DISCORSI Migranti portée par le Consortium des ONG du Piémont (COP), s'intéresse, à l'échelle d'une région, ici Auvergne-Rhône-Alpes, aux questions d'accès des femmes migrantes, en situation régulière, aux soins et services de santé maternelle et infantile. Elle s'appuie sur des publications existantes sur le sujet et sur les témoignages d'un certain nombre d'acteurs de la région (services publics, de santé, et associations).

Plusieurs difficultés sont ainsi mises en avant. Parmi elles, les conditions socio-économiques ainsi que les aspects linguistiques et interculturels sont très régulièrement évoqués par les professionnels, rejoignant les observations faites au niveau national et européen. La recherche s'est particulièrement attardée sur les pratiques adoptées par différents professionnels vis-à-vis des publics migrants, et plus précisément des femmes, en lien avec les obstacles rencontrés.

On remarque notamment que la question de l'interculturalité est de plus en plus prise en compte, et placée au centre de la démarche de certains acteurs.

L'importance de repenser l'espace et le temps dans un souci de proximité est également soulignée, les professionnels observant un besoin d'écoute et de créer des liens de confiance chez les femmes réfugiées ou immigrées, et soulevant la nécessité de prendre en compte la souffrance psychique pouvant résulter de leurs parcours et expériences.

Ces éléments, qui représentent un enjeu dans l'intégration des femmes migrantes, rappellent que les problématiques d'accès à la santé doivent être pensées par l'ensemble des acteurs, dans un esprit de coordination et collaboration.

Sommaire

Liste des abréviations	4
Méthodologie de recherche	5
Introduction	6
1. Acteurs de la santé maternelle et infantile	9
2. Les freins et difficultés observés dans le recours aux services	12
a. Questions linguistiques et de communication	13
b. L'interculturalité.....	13
c. Le parcours et les conditions de vie	14
3. Observations sur les pratiques	15
a. Pratiques autour des aspects linguistiques et de communication	15
b. Pratiques autour de l'interculturalité	17
i. Le recours à la médiation.....	18
ii. Formation et sensibilisation des professionnels	19
iii. Activités autour de l'interculturalité	20
4. Penser l'espace et le temps	20
5. Conclusion	23
6. Annexes	24

Liste des abréviations

AME – Aide Médicale d’Etat

ARS – Agence Régionale de Santé

CAF – Caisse d’Allocation Familiale

CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie

CPEF – Centre de Planification et d’Education Familiale

INSEE – Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OFII – Office Français de l’Immigration et de l’Intégration

OFPRA – Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONG – Organisation Non Gouvernementale

PASS – Permanence d’Accès aux Soins de Santé

PMI – Protection Maternelle et Infantile

PUMA – Protection Universelle Maladie

VIH – Virus de l’Immunodéficience Humaine

Méthodologie de recherche

Public cible de la recherche : femmes migrantes en situation régulière.

Les données et informations réunies dans le cadre de cette recherche proviennent :

- d'une part, d'une analyse théorique, s'appuyant sur la littérature existante sur le sujet (non exhaustive), au niveau international, national et régional ;
- d'autre part d'entretiens réalisés auprès d'un certain nombre d'acteurs de la région Auvergne Rhône-Alpes intervenant sur la santé maternelle et infantile et/ou auprès des populations migrantes.

Il est à noter que cette étude ne reflète pas le point de vue de l'ensemble des acteurs de la région de manière exhaustive.

Les entretiens se sont déroulés de manière physique ou par téléphone. Leur durée moyenne a été d'une heure environ. Une trame pour accompagner les entretiens a été utilisée.

Limites et difficultés rencontrées :

- Le rôle de l'entraide communautaire, qui faisait partie des aspects à analyser dans le cadre de cette étude, a été difficile à identifier et évaluer. Il n'est donc que peu abordé dans ce rapport.
- Les informations données dans ce document sont majoritairement d'ordre qualitatif, peu de données quantitatives concernant les femmes migrantes dans la région Auvergne Rhône-Alpes ayant été trouvées.

Remerciements

Remerciements aux collaborateurs du projet Discorsi Migranti, à RESACOOOP, ainsi qu'aux acteurs interrogés dans le cadre de cette recherche pour leur disponibilité et leur participation.

Introduction

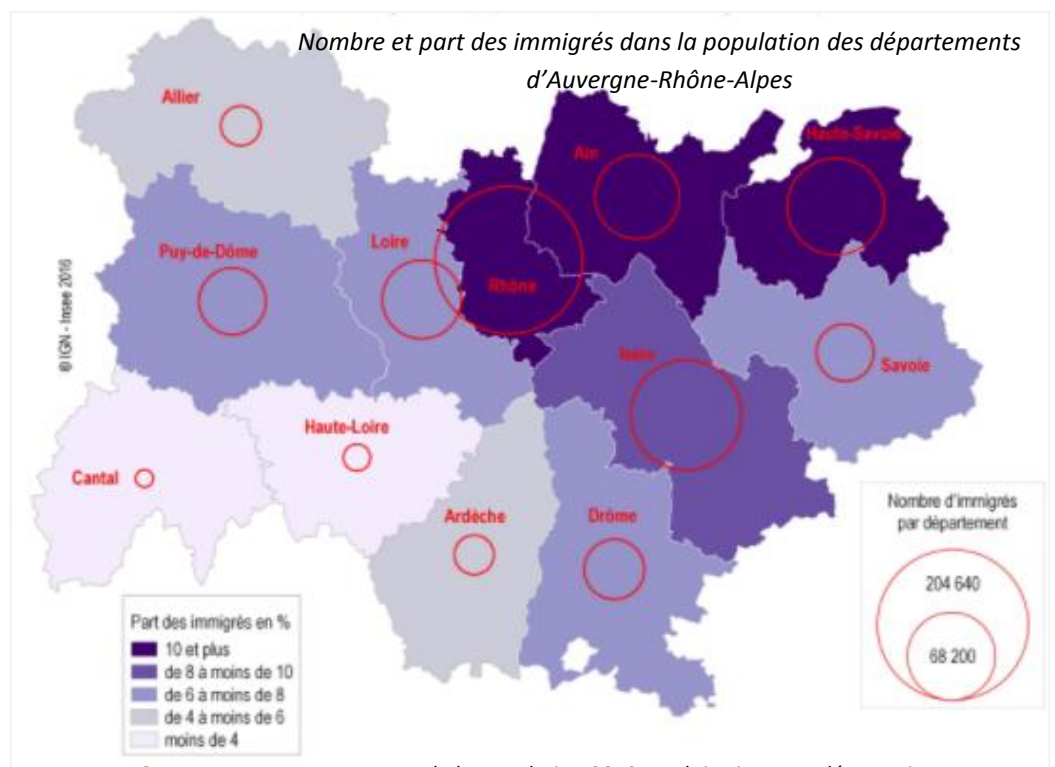
Avec 7 820 966 d'habitants, la région Auvergne Rhône-Alpes rassemble 12% de la population française.

Selon L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), en 2014, la région comptait 713 104 immigrés, dont 367 753 femmes, soit une proportion un peu plus importante par rapport aux hommes (345 351)¹. Il est à noter que ces chiffres se rapportent à une définition large du terme *immigré*, empruntée au Haut Conseil à l'Intégration : une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique de la personne. Ainsi, en 2012, 41% de la population immigrée avait acquis la nationalité française.

D'un point de vue géographique, on constate que la population immigrée se retrouve majoritairement concentrée dans les grands pôles urbains et les zones frontalières. Les zones frontalières concentrent principalement des ressortissants suisses, résident en France et travaillant en Suisse

(expliquant la proportion assez importante en Haute-Savoie). Mais la majorité de la population immigrée, 92%, est présente dans l'espace des grandes aires urbaines, principalement en Isère et dans le Rhône, départements plus urbanisés².

Les données de L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) nous donnent plus d'informations quant aux personnes engagées dans une procédure d'asile. En 2016, la région Auvergne Rhône Alpes a reçu 6621 demandes d'asile (hors mineurs accompagnants), soit 10,4 % des demandes déposées en France, ce qui en fait la deuxième région qui concentre le plus de demandeurs d'asile après l'Île-de-France. On note par ailleurs



Source : Insee, Recensement de la population 2012, exploitation complémentaire

¹ INSEE, RP2014.

² INSEE Analyse – Auvergne Rhône-Alpes Septembre 2016 – n°21

pour cette région une évolution de la demande d'asile entre 2015 et 2016 de 34,6%³. En région Auvergne Rhône-Alpes, les professionnels rencontrés notent une augmentation du nombre de femmes en cours de procédure d'asile ou en situation irrégulière. Les motifs de l'exil diffèrent selon les cas : exil politique, regroupement familial, ou migration économique. Cela donne une idée de la dynamique des mouvements dans la région.

Concernant les femmes immigrées, le tableau ci-contre montre qu'en Auvergne-Rhône-Alpes la majorité ont entre 25 et 54 ans et sont principalement originaires, après les pays de l'Union Européenne, de pays d'Afrique. La majorité des femmes étrangères ayant donné naissance vivante en 2016 étaient originaires d'Afrique du Nord et autres pays africains⁴ (représentant 6311 naissances).

Cela reflète la tendance au niveau national. L'INSEE révèle qu'en 2015, 22% des naissances vivantes en France venait de femmes nées à l'étranger : 8% était d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc ou Tunisie), 6% d'Afrique subsaharienne⁵.

La question de la santé des femmes enceintes et des jeunes mamans immigrées est pertinente à poser.

On constate en France un état de santé moins bon chez les populations migrantes que pour le reste de la population, et qui tend à s'aggraver avec la durée de séjour dans le pays. Elles sont sujettes à de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, et sont identifiées comme l'une des populations qui nécessite de « bénéficier d'une attention particulière du point de vue médical »⁶.

Au niveau régional, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé a été identifiée comme un des grands enjeux de santé pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Par ailleurs, dans le cadre de la Loi de lutte contre les exclusions⁷ chaque région doit mettre en place un programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS). Il s'attache aux publics les plus éloignés du système de santé. A l'intérieur du PRAPS, le PRIPI, Programme régional d'intégration des populations immigrées est mis en œuvre spécifiquement en faveur des populations immigrées, dans le cadre des orientations nationales de la politique d'intégration, et présente deux axes : soutenir l'accompagnement

IMG1B - Pays de naissance regroupé - Sexe : Femmes

	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus	Ensemble
Portugal	1 748	1 799	18 929	17 429	39 905
Italie	1 179	857	4 945	23 781	30 762
Espagne	733	494	4 285	11 506	17 019
Autres pays de l'Union Européenne à 27	2 742	3 459	20 570	11 967	38 738
Autres pays d'Europe	5 708	4 644	17 197	6 615	34 165
Algérie	1 796	4 182	32 556	20 931	59 466
Maroc	469	2 681	19 293	9 188	31 631
Tunisie	370	1 207	9 613	6 060	17 250
Autres pays d'Afrique	2 301	4 857	21 390	3 395	31 943
Turquie	340	1 446	15 138	5 000	21 922
Autres pays	3 294	6 514	27 195	7 949	44 952
Ensemble	20 680	32 141	191 110	123 822	367 753

Source : Insee, RP2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016.

³ Etat des lieux 2017 de l'asile en France – Forum réfugié

⁴ Source : INSEE 2016 – Nés vivants selon la nationalité de la mère

⁵ Source : Insee 2015. Nés vivants selon le pays de naissance détaillé des parents et leur situation matrimoniale.

⁶ Eclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France rapport très récent, publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé »

⁷ Loi 98-657 du 29 juillet 1998

socio-sanitaire des immigrés âgés en foyer ; et promouvoir les actions facilitant l'accès à la prévention et aux soins en faveur de la population immigrée vivant en habitat diffus.

En termes de droits à la santé, les personnes en situation régulière (qui ont déposé une demande d'asile et placées en procédure normale, ou ont obtenu une protection sur le territoire français), peuvent prétendre à la protection universelle maladie (PUMA). Il est pour cela nécessaire de fournir une attestation de domiciliation (il est possible d'être domicilié par le CCAS ou une association agréée en cas d'absence de logement). Il est également nécessaire de résider en France depuis au moins trois mois pour pouvoir prétendre à l'ouverture des droits à la PUMA. La demande se fait auprès de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). La PUMA permet la prise en charge des frais médicaux et hospitaliers pour le bénéficiaire, son conjoint et ses enfants. Pour les aider et les accompagner dans les démarches, les migrants peuvent se tourner vers les plateformes d'accueil pour demandeurs d'asile, les directions territoriales de l'OFII, les associations, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, et le service social de l'hôpital. Pour information, les personnes en situation irrégulière ne peuvent pas prétendre à la PUMA. Elles peuvent prétendre à l'Aide médicale de l'Etat (AME). La demande se fait auprès de la CPAM, sous la condition de justifier de trois mois de résidence en France. Cette AME offre cependant un accès à un panel de soins plus restreint.

Concernant l'état de santé des femmes migrantes, l'ONG Médecins du Monde met en avant certains éléments caractéristiques : premiers contacts tardifs, nombre de consultations prénatales insuffisantes, risques de pathologies non dépistées.

Sur la région Auvergne Rhône-Alpes, plusieurs professionnels font le même constat en comparaison au reste de la population : déclaration de grossesse et consultations tardives, manque de suivi, et peu de connaissance de ce qui a été fait ou non précédemment en termes de suivi de grossesse.

Ces observations rejoignent celles faites au niveau international. Dans l'Union Européenne, on constate chez les femmes migrantes que la continuité des soins et le suivi anténatal et postnatal fait souvent défaut. Parmi les obstacles rencontrés par les populations migrantes dans l'accès aux soins, l'OIM⁸ cite deux aspects principaux que sont les conditions socio-économiques et les difficultés linguistiques. Les parcours de migration, les procédures de demande de protection, les conditions de vie précaires et les problèmes d'intégration sont sources de stress chronique, identifié comme un facteur spécifique affectant la santé des femmes migrantes. Une étude menée dans les Etats de la région européenne de l'OMS⁹ présente les aspects linguistiques et de différences culturelles comme deux des aspects les plus importants à prendre en compte, évoquant également des facteurs tels que les discriminations.

Les mêmes types de difficultés sont observés en Auvergne Rhône-Alpes, mises en avant dans la documentation existante sur le sujet et par les professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude.

Ce document présente un aperçu des pratiques d'un certain nombre de professionnels de la région Auvergne Rhône-Alpes mis en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des femmes migrantes, enceintes et jeunes mamans. Plusieurs types de structures ont

⁸ Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations, IOM background paper, 2009

⁹ Health Evidence Network synthesis report 45, "What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region", OMS 2016.

été pour cela interrogées. Mise à part les services intervenant spécifiquement sur la santé maternelle et infantile, d'autres services et structures, travaillant auprès des populations migrantes et des populations en situation de vulnérabilité de manière plus générale, ont été pris en compte. Leurs pratiques apparaissent utiles à observer, notamment concernant les difficultés d'aspects linguistiques et interculturels communes à tous les professionnels recevant un public étranger.

1. Acteurs de la santé maternelle et infantile

En France, sept visites médicales sont prévues durant la grossesse : la 1^{ère} est censée avoir lieu avant la fin du 3^{ème} mois et permet d'établir la déclaration de grossesse (qui se fait auprès de la CPAM et la CAF). Des examens médicaux sont prescrits à la suite de cette 1^{ère} visite (détermination du groupe sanguin et du rhésus ; recherche de certaines maladies (rubéole, syphilis, toxoplasmose, ...) ; première échographie (de datation) ; dépistage VIH ; frottis (si pas à jour)). Ensuite, un examen est prévu chaque mois à partir du 4^{ème} mois. Un entretien prénatal précoce (ou « du 4^{ème} mois »), réalisé par une sage-femme ou un médecin est proposé aux femmes enceintes. Sept séances de préparation à la naissance (prises en charge par la sécurité sociale) leurs sont également recommandées. Après la naissance, une consultation postnatale, 6 semaines après l'accouchement, est obligatoire. Le suivi de la grossesse peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.

Globalement, pour l'ensemble des soins liés à la santé maternelle et infantile, les femmes peuvent s'adresser à des professionnels exerçant en libéral, ou à des services publics et de santé de différents types. Le désavantage de recourir à un professionnel du libéral est premièrement économique. Le dépassement d'honoraires pratiqué par certains spécialistes peut représenter un frein pour les personnes en situation financière précaire. Il en est de même pour les professionnels ne pratiquant pas le tiers payant, requérant une avance de frais de la part du patient. Deuxièmement, certaines zones de la région, rurales, et en petite zone urbaine telle qu'à Albertville, enregistre une pénurie dans la médecine de ville, causant pour les usagers des difficultés à trouver un médecin généraliste disponible et à proximité. On constate alors que la grande majorité des personnes migrantes se dirigent vers des services pratiquant le tiers payant, et la gratuité des consultations, et parfois de certains actes médicaux, pour les personnes ne disposant pas de protection sociale. Des services qui, en complément de l'offre de soins, fournissent un accompagnement sur le plan social, en ce qui concerne notamment les démarches administratives d'accès aux droits.

En première ligne se trouve les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Gérés et financés par les départements, ils ont une mission médico-sociale, assurant des actions de prévention, de dépistage et d'accompagnement des parents et enfants de moins de six ans. Ils fournissent notamment un accompagnement pré et post natal. Les sages-femmes de PMI peuvent assurer le suivi de grossesse jusqu'au 7^{ème} mois (le relais est ensuite pris par la maternité) et dispensent des séances de préparation à l'accouchement. Destinataire des avis de grossesses et des certificats de naissance, la PMI assure le suivi des nourrissons. Les puéricultrices dispensent les visites post-natales. Les professionnels de la PMI, en particulier sages-femmes et puéricultrices, se déplacent régulièrement à domicile et également sur des lieux d'accueil (de types foyers ou Centres d'accueil pour demandeurs d'asile par exemple). Les consultations y sont gratuites lorsque les personnes ne disposent pas de protection sociale.

Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) jouent également un rôle en termes de santé maternelle et infantile. Ils entrent dans le cadre des missions de la PMI et sont, au même titre que celle-ci, une responsabilité du département qui souvent délègue cette compétence à d'autres structures. Les CPEF peuvent ainsi avoir différents statuts (communaux, hospitaliers, ou associatifs). Les consultations y sont gratuites pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale. Les CPEF mènent des activités autour de la contraception, de la planification de grossesse et de l'IVG, et ont un rôle d'accompagnement sur les questions conjugales et familiales, et d'éducation à la vie affective et sexuelle. Le suivi de grossesse jusqu'au 7^{ème} mois peut être réalisé au sein des CPEF par une sage-femme.

Les maternités des établissements hospitaliers et des cliniques sont les services les plus visibles lorsque l'on aborde la grossesse. Mais elles ont un rôle plutôt ponctuel dans le parcours de grossesse de la femme, intervenant sur le suivi à partir du 8^{ème} mois, l'accouchement, et les urgences.

D'autre part, cinq réseaux de santé périnataux couvrent la région. Ils rassemblent professionnels du médical et du social, et ont pour objectif d'améliorer et renforcer la coordination multidisciplinaire parmi les acteurs et services (maternités, cliniques et hôpitaux, PMI, médecins généralistes, sages-femmes, etc.) afin d'assurer la continuité des soins. Ainsi toute maternité est reliée à un réseau périnatal. Opérateurs logistiques des politiques de santé périnatales, ils jouent un rôle transversal, représentant l'interface entre les décideurs et les professionnels du terrain. Ils travaillent notamment sur des aspects organisationnels et d'évaluation. Une réflexion est menée sur les parcours de soins et la précarité, selon les objectifs définis par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Néanmoins, et selon le témoignage d'un professionnel du Réseau périnatal des 2 Savoie, malgré la prise de conscience de la problématique de la santé maternelle des femmes migrantes, il n'y a pas d'activités spécifiques mises en place.

D'autres services, moins directement impliqués dans la santé maternelle et infantile, peuvent être mentionnés ici car ils reçoivent, parmi leurs publics, une part importante de personnes étrangères. Les centres de santé, pouvant être départementaux, communaux ou associatifs, représentent un service de proximité. Dans certains centres les médecins généralistes réalisent le suivi gynécologique et de grossesse des femmes. Ils réalisent aussi un travail de réorientation des patients vers des services adaptés, dont les PMI, CPEF et maternités pour les femmes enceintes.

D'autre part, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des services dédiés aux personnes sans protection sociale. Elles reçoivent en ce sens des publics en situation de précarité, ne sachant pas où s'orienter, dont des femmes migrantes. On en compte 61 en Auvergne Rhône-Alpes, dont une spécialement dédiée à la pédiatrie à Lyon. Les PASS ne sont généralement pas équipées pour les soins gynécologiques et périnataux, mais fournissent un appui aux usagers pour qu'ils entrent dans le système de droit commun et accèdent aux droits de santé, et orientent les patients vers les services adaptés après une première consultation. Nous pouvons également citer le travail d'associations telles que Médecins du Monde qui reçoit dans ces centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) une majorité de patients étrangers.

La précarité est une problématique prise en compte au sein de ces différents services, qui apportent une aide administrative et juridique et réalisent un travail d'orientation parmi les structures compétentes. La PMI se veut par exemple être un service à caractère universel, donnant priorités aux publics vulnérables. Des évolutions dans la structuration des équipes vont en ce sens. Pour exemple, au sein du centre de planification et de consultation prénatale de Grenoble, un poste d'infirmière, pour compléter le service de soin, et un poste d'assistante sociale, pour la prise en compte de la dimension sociale des patientes, ont été spécifiquement

créés il y a une dizaine d'années. Autre exemple avec la PMI du centre de santé départemental de Grenoble où des créneaux de consultations dédiées aux personnes à situation administrative complexe ont été mis en place.

La coordination entre acteurs est identifiée par les professionnels rencontrés comme un élément indispensable pour une prise en charge adaptée des femmes migrantes. Les PASS et autres services non impliqués directement dans la santé maternelle et infantile font un travail de réorientation des patientes, le plus souvent vers la PMI et les CPEF concernant le suivi de la grossesse, et vers les maternités concernant les urgences et l'accouchement. Les services de PMI, les CPEF et les maternités travaillent en lien, et des procédures sont ainsi mises en place pour assurer un suivi des personnes. Le fait que toutes les grossesses soient déclarées à la PMI est un moyen d'identifier les femmes ayant besoin d'un accompagnement spécifique. Quelques exemples: à Villefranche sur Saône, des réunions partenariales régulières ont lieu entre la PASS, les CPEF, la Maison du Rhône, et l'hôpital, permettant l'identification des cas vulnérables. A la maternité de Grenoble, des fiches de liaison sont réalisées à destination des sages-femmes de PMI, afin d'assurer un suivi des personnes en situation compliquée. Notons également, au sein des maternités, la présence d'une puéricultrice de liaison, rattachée à la PMI, réalisant un travail de coordination avec les sages-femmes des services de PMI de proximité.

Pour favoriser cette coordination, le centre de planification et de consultation prénatale de Grenoble a par exemple réalisé 5 ans en arrière un travail de communication auprès des acteurs de la ville (principalement auprès des associations et des PASS des établissements hospitaliers) afin de faire connaître son rôle et permettre une coordination entre acteurs en mettant l'accent sur les populations vulnérables. Beaucoup d'acteurs travaillent ainsi en lien avec les associations, concernant notamment des problématiques annexes à la santé, pour des questions concernant des besoins matériels, d'intégration sociale, des problèmes de violences, etc. Sur l'aspect matériel par exemple, certains services fournissent ponctuellement un dépannage. La Maternité de Grenoble dispose d'un « vestiaire de layette », alimenté par des dons de particuliers et notamment l'association Amis sans frontière qui à travers son action « de fil en aiguille » fournit des pièces de layette tricotées par des personnes à la retraite. Autre exemple avec la PASS de Chambéry qui se procure des trousseaux de naissance auprès d'associations comme la Croix-Rouge et le Secours populaire.

Au niveau des grandes villes, plusieurs professionnels abordent la nécessité d'améliorer la coordination entre acteurs. La PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon évoque des difficultés à avoir des relais avec d'autres acteurs dans un secteur qui regroupe pourtant un nombre important de services et structures : « il faut peut-être penser à moins de structures mais plus de coordination ». La multiplication des intervenants et des partenariats complexifie l'orientation. L'importance de rappeler le rôle et les responsabilités de chaque acteur et dispositif est soulignée à plusieurs reprises.

Comparée aux grandes villes, la coordination entre acteurs semble plus simple et efficace dans les petites localités. Les entretiens avec des services de petites villes mentionnent « un secteur plutôt restreint par rapport aux grandes villes » (PASS de Villefranche sur Saône) et révèlent « de bons liens avec la maternité, une problématique assez bien intégrée concernant la situation des femmes migrantes » (PASS de Chambéry) et « une PMI bien en lien avec la maternité, ce qui est l'avantage d'une petite ville » (PMI d'Albertville). De la même manière, il apparaît plus facile, dans les établissements recevant peu de publics migrants, de gérer les potentielles situations compliquées : « les migrants ne représentent pas la majorité de la patientèle, ce qui permet de s'adapter au cas par cas et de trouver des solutions adaptées »

(CPEF du Groupe Hospitalier Mutualiste- Grenoble). On pourrait en déduire que le taux de fréquentation des services par les femmes migrantes, plus ou moins élevé, est un élément déterminant dans les capacités de prise en charge par les professionnels. Au centre de planification familiale et de suivi périnatal de Grenoble, « l'augmentation du nombre de patients suivis, qui va avec une augmentation de la précarité », est vu comme l'un des enjeux principaux à venir.

2. Les freins et difficultés observés dans le recours aux services

L'objectif ici est d'identifier les types de difficultés et obstacles que l'on peut rencontrer concernant l'accès des femmes migrantes à la santé maternelle et infantile. Cette partie se base sur des données générales, au niveau national, qui concerne la santé et l'accès aux soins des migrants de manière générale, et des données plus spécifiques observées au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes, s'appuyant notamment sur les témoignages des professionnels rencontrés.

La majorité des professionnels rencontrés désigne, parmi les plus grandes difficultés observées, les aspects d'ordre juridique et administratif. Plusieurs sources évoquent la complexité à entrer dans le système de soins. Le rapport « Migration droits et santé » de Médecins du Monde¹⁰ met en avant le fait que les migrants en France sont confrontés à de nombreuses difficultés à l'ouverture des droits relatifs à la santé, mentionnant la complexité des démarches administratives, les demandes abusives de pièces justificatives par les caisses d'assurance maladie, la multiplication des conditions d'accès à l'aide médicale d'État ou les difficultés d'accès à la domiciliation. Une étude réalisée en Rhône-Alpes sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées¹¹ mentionne la complexité des pièces et justificatifs à fournir l'ouverture de droits à la CMU. Il est par exemple difficile de fournir la garantie de sa présence depuis plus de 3 mois sur le territoire français, en l'absence de logement ou d'hébergement « légal », d'emploi déclaré ou de recours à des services qui permettrait d'attester de la présence sur le territoire. On observe également des délais de traitement d'ouverture des droits à la CMU qui sont parfois très long, retardant ou compliquant l'accès aux soins.

Cela amène, de manière plus large, au fonctionnement du système de santé qui est souvent perçu comme complexe. Des travailleurs sociaux de la maternité de Grenoble disent éprouver des difficultés pour par exemple faire comprendre l'intérêt d'avoir une sécurité sociale, de choisir un médecin référent, ou la différence entre les spécialistes. Les difficultés à comprendre et naviguer de manière autonome dans le système soin¹² français sont régulièrement mentionnées par les études et les professionnels de la région, montrant la nécessité d'un accompagnement administratif et juridique.

Ces premières difficultés, d'aspect juridique et administratif, concernent le plus souvent les femmes en situation irrégulière, qui sont perçues comme les cas les plus compliqués à prendre

¹⁰ Migration droits et santé, publication de Médecins du Monde, juin 2017.

¹¹ Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées IREPS ARA et ISM CORUM Septembre 2012

¹² Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins
 Pilote du groupe de travail : Michel LEGROS EHESP-ONPES Rapporteurs : Denise BAUER DGOS
 Nathalie GOYAUX DGS
 2012

en charge. D'autres types de freins à l'accès à la santé sont mis en avant, rejoignant les observations des institutions internationales mentionnées en introduction. Parmi eux, les aspects linguistiques et interculturels apparaissent au premier plan.

a. Questions linguistiques et de communication

Bien qu'une part importante de l'immigration en France soit francophone, pour beaucoup de professionnels, l'aspect linguistique est une difficulté principale spécifique aux personnes immigrées par rapport au reste de la population. La barrière de la langue peut représenter un obstacle lorsque les démarches administratives doivent être réalisées en français. Cela a un impact sur l'ouverture des droits à la sécurité sociale. Mais la barrière de la langue est généralement évoquée dans la pratique même du soin. Les difficultés linguistiques peuvent limiter ou déformer les informations données par le patient ne parlant pas français (sur son état, ses douleurs, sa médication...) et mener à un diagnostic médical moins précis¹³. Elle peut également être la source d'une mauvaise observance des prescriptions de la part du patient.

La question de l'interprétariat est alors soulevée. Les professionnels observent que les femmes sont souvent accompagnées d'un proche pour jouer le rôle d'interprète. Cela pose d'une part des problèmes quant à la confidentialité et au respect du secret médical. Se dévoiler devant une personne que l'on connaît est d'autant plus délicat lorsqu'il faut aborder certaines pathologies (problèmes gynécologiques, cancers, maladies sexuellement transmissibles, etc.) pour lesquelles les patients peuvent avoir des réticences à dévoiler certains aspects de leur état de santé à leurs proches¹⁴, notamment les aspects intimes. Des questions se posent également quant à la fiabilité de la traduction réalisée par un pair, qui n'a pas forcément la même perception de la santé que le soignant, et risque parfois d'interpréter selon ses propres représentations. Le recours à l'interprétariat professionnel est assez courant. En Auvergne-Rhône-Alpes, ce type de service est bien présent sur les aires urbaines (Lyon, Grenoble et Saint-Etienne), mais l'on note un manque sur les territoires périphériques de la région. La principale difficulté observée quant à l'utilisation de services d'interprétariat professionnel est la question du financement. Les budgets des collectivités territoriales ou établissements hospitaliers dans ce domaine se réduisent, et les associations trouvent difficilement des financements pour ce genre de programme.

b. L'interculturalité

Une professionnelle du Service Communal d'Hygiène et de Santé de Fontaine fait quelques remarques quant aux questions d'interprétariat et d'interculturalité : la question du genre peut poser problème, lorsque l'interprète présent physiquement est un homme et que la patiente est une femme par exemple. Elle observe également des enjeux par rapport à la nationalité et l'appartenance des personnes à différentes communautés pouvant amener une certaine

¹³ Carde E, Mbodj F, Querre M (2009). Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante, Rapport d'étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé.

¹⁴ Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées IREPS ARA et ISM CORUM Septembre 2012

méfiance chez la patiente (notamment pour les personnes originaires de pays de l'Est). Elle note que l'interprétariat par téléphone peut réduire la méfiance et l'hésitation à « se livrer ». Ces questions linguistiques nous amènent ainsi plus largement à la question de l'interculturalité. La rencontre de plusieurs cultures peut représenter un obstacle pour les femmes migrantes comme pour les professionnels de santé. Les perceptions et représentations de la santé, du corps, de la maladie, etc. diffèrent d'une personne à l'autre. Des professionnels de la maternité de Grenoble parlent d'un « décalage culturel » et de « difficultés à s'adapter aux connaissances du patient ». Les professionnels du Centre de planification et de suivi prénatal de Grenoble donnent pour exemple les patientes originaires du Maghreb, presque systématiquement accompagnées par leur mari pour la première consultation. Ils observent ainsi que la relation de confiance entre le soignant et soigné se crée dans ce cas différemment. Ces différences culturelles se remarquent notamment sur les pratiques envers le nourrisson, sur des questions d'alimentation, d'hygiène ou de couchage par exemple. Ces différences de perception peuvent mener à une incompréhension mutuelle et impacter la qualité des soins et des services délivrés.

L'interculturalité pose d'autre part la question de la discrimination dont beaucoup de femmes font l'expérience, selon les témoignages des professionnels rencontrés.

On rencontre un phénomène de stigmatisation, à la fois du fait de l'origine étrangère des femmes migrantes, et du fait de leur potentielle situation précaire. A cela peut s'ajouter le sexisme. Cela peut amener à une réticence, de la part des femmes, à fréquenter les institutions et services publics. Cela s'observe d'autre part du côté de certains professionnels de santé qui refusent les patients bénéficiaires de la PUMA.

c. Le parcours et les conditions de vie

Certains professionnels rencontrés notent qu'il est plus facile de mobiliser les femmes lorsqu'elles ont des enfants ou sont enceintes, source d'inquiétudes pour certaines. Elles sont plutôt en demande, réceptives aux étapes de suivi de grossesse. A la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon, on observe par exemple que plusieurs femmes migrantes fréquentent les cours collectifs de préparation à l'accouchement et des groupes de massage bébé (cela concerne néanmoins les femmes parlant français, les séances n'étant pas dispensées dans d'autres langues). Mais ils observent que la fréquence de recours des femmes migrantes aux services et aux soins de santé maternelle et infantile diffère selon les cas. Si certaines sur-sollicitent les médecins, d'autres, au contraire, y ont peu recours.

Ces différences d'attitudes peuvent s'expliquer par des raisons interculturelles, comme cité précédemment, mais pas seulement. Les femmes migrantes rencontrées par les professionnels sont souvent caractérisées par une situation socio-économique précaire. La thématique du logement est récurrente : problème de logement insalubre, voire d'absence de logement pour certaines malgré la régularisation de leur situation. Plus largement, les professionnels observent des situations où les besoins de base ne sont pas satisfaits (logement, alimentation, hygiène, etc.), avec une situation financière précaire (absence ou faiblesse des revenus). Ces problématiques pèsent sur la dimension morale. A cela s'ajoutent des traumatismes liés au parcours et expériences des femmes. Beaucoup de femmes se retrouvent isolée, déracinée. Le père de l'enfant est souvent absent. Certaines mamans ont laissé leurs premiers enfants dans leur pays d'origine, et tente de redémarrer une nouvelle vie en France. Certaines femmes ont subi ou subissent des violences. La plupart des professionnels indiquent que le parcours et les expériences passées des femmes sont des questions difficiles à aborder. Ils relèvent de

nombreux signes de dépression. Les professionnels de la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon évoquent le trouble du lien mère-enfant et la question de la disponibilité psychique de la mère. Ils remarquent que certaines femmes ont du mal à se concentrer sur leur bébé, préoccupées par d'autres problématiques, la santé n'est pas toujours perçue comme prioritaire : « la problématique du logement prend le dessus sur la santé, et il devient difficile de faire un suivi médical continu ».

Ces différents éléments liés aux conditions de vie et aux expériences montrent la nécessité de porter une attention particulière à l'état psychique des femmes migrantes. Il apparaît que les difficultés liées aux conditions socio-économiques de vie ne sont pas assez prises en compte dans le suivi médical de la grossesse¹⁵.

Pour terminer, abordons ici la question de l'entraide communautaire. Son rôle, difficile à évaluer, a peu été pris en compte durant cette recherche. Nous pouvons tout de même donner quelques informations quant au soutien qu'elle peut apporter aux femmes. Bien que des organisations issues des migrations existent, les professionnels interrogés relèvent que la solidarité communautaire est plus ou moins présente selon les communautés et s'opère en grande majorité de manière informelle. D'après certains professionnels de la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon, il est « difficile d'en identifier le fonctionnement ». Au sein de plusieurs services, on observe que les femmes sont souvent accompagnées d'un pair. Les pairs apportent une aide en termes d'orientation et d'interprétariat. Ils jouent un rôle sur les questions de logement également. « Les patients qui arrivent au centre sont souvent orientés par quelqu'un du quartier, chez qui ils sont hébergés » (Village 2 Santé, Echirolles). Néanmoins, une professionnelle de la maternité de Bron rapporte que beaucoup de femmes sont hébergées par des pairs durant leur grossesse, mais que cela devient plus complexe après la naissance, le nourrisson représentant « une bouche de plus à nourrir ».

3. Observations sur les pratiques

Les difficultés abordées dans la partie précédente sont ici mises en lien avec les informations recueillis auprès des professionnels interrogés en Auvergne Rhône-Alpes en ce qui concerne leurs pratiques vis-à-vis des femmes migrantes, et plus globalement des personnes migrantes.

a. Pratiques autour des aspects linguistiques et de communication

Lorsqu'ils font face à des obstacles d'ordre linguistique, il est courant que les professionnels recourent à une langue tierce commune, le plus souvent l'anglais, quand cela est possible. La communication se fait parfois par gestes et mimes, et à l'aide de dessin, au cas par cas selon les consultations.

Le recours à l'interprétariat professionnel, dont les services sont facturés, va dépendre des capacités des structures à le financer. Certains services disposent d'un budget spécifique à l'interprétariat, parfois soutenus par l'ARS ou le département, d'autres non. Beaucoup font appel à l'ISM (Inter Service Migrant), qui fournit un interprétariat par téléphone. Il s'agit d'un service national, facturé, disponible en continu, adapté aux demandes d'interprétariat urgentes ou

¹⁵ Dossier Santé action 437 septembre 2016

ponctuelles, couvrant environ 140 langues et dialectes. Ce service travaille en direct, sans prise de rendez-vous, ayant l'avantage de la rapidité et de la disponibilité. Les professionnels font également appel à certaines structures pour un interprétariat physique. Nous pouvons citer l'ADATE sur la région de Grenoble, et l'ADDCAES en Savoie. Néanmoins, l'interprétariat professionnel posant des questions quant aux moyens de financement et à la disponibilité, il n'est pas forcément un outil utilisé systématiquement ou en premier recours. Généralement, ils se tournent d'abord vers les ressources disponibles en interne.

Au sein de tous les établissements hospitaliers rencontrés, une liste interne est établie, recensant les membres du personnel maîtrisant une langue étrangère et volontaires pour faire de l'interprétariat en cas de besoin. Le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble compte par exemple une trentaine de personnes sur sa liste. Les professionnels reconnaissent que cela sert souvent de dépannage en cas de besoin rapide, mais pose des questions de disponibilité, impliquant que les personnes sollicitées quittent leur poste le temps de l'interprétariat.

Des outils de traduction sont régulièrement utilisés. L'ensemble des professionnels questionnés ont recours à des traducteurs en ligne (« Google traduction » et « Reverso traduction » sont les deux outils cités). D'autre part, à l'exception d'une personne, tous les professionnels rencontrés connaissent l'outil TraducMed. Il s'agit d'une application créée par un médecin, en partenariat avec l'association Respects 73 de la ville de Chambéry, spécifiquement développé pour l'aide à la prise en charge médicale des patients migrants. Elle permet la traduction orale de phrases complètes et termes médicaux proposée en 30 langues, disponible par internet et sur smartphone. Les avis sont partagés quant à l'efficacité de cette application. Certains estiment qu'elle n'est pas forcément adaptée, ne permettant pas un dialogue complet entre le soignant et le soigné, et donc insuffisant pour mener une consultation complète dans une autre langue. Mais d'autres la considère comme un outil de dépannage pratique, notamment en cas d'urgence, ou pour débiter une consultation et établir un diagnostic général de la situation. Bien qu'elle ne réponde pas de manière exhaustive aux besoins en termes d'interprétariat, cette application est mise en avant en tant que bonne pratique en annexe de ce rapport. Outil en constante évolution depuis sa création, il est intéressant de l'étudier pour son aspect innovant, et surtout son potentiel en termes de développement et d'amélioration.

En poursuivant sur le type d'outils pouvant être utilisés pour améliorer la communication, on observe l'existence de supports sur lesquels s'appuient les professionnels. On remarque que la traduction des supports à destination des usagers n'est pas encore systématique, mais que cela se fait de plus en plus.

On peut citer quelques exemples :

- Le « Livret de santé bilingue », disponible en 22 langues, lancé à l'initiative du Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et le Comité médical pour les exilés (Comede). Abordant les principales questions liées à la santé, l'intérêt de cet outil est notamment de présenter les informations en deux langues (la langue du pays d'accueil, ici le français, et la langue du pays d'origine du patient).
- Des fascicules présentant les lieux ressources, utiles pour l'orientation des personnes, produits par les départements en plusieurs langues.

Certains établissements développent leurs propres supports en interne. C'est par exemple le cas à la Maternité de Bron, où depuis 2015, des documents d'information et de conseils (exemple : « Conseils après un accouchement par césarienne ») sont traduits par des membres

du personnel de l'hôpital en plusieurs langues (principalement arabe, roumain, anglais et russe).

On note également l'utilisation de supports imagés, principalement pour la prévention et l'explication des soins. Ce type d'outil semble être utilisé surtout par les professionnels de PMI et de CPEF, sur des thèmes tels que l'allaitement, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité de l'enfant, etc. Certains de ces supports sont développés en interne par les professionnels eux-mêmes. A la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon, un imagier a été réalisé par une puéricultrice (abordant des questions d'alimentation, de sommeil, de prévention aux écrans, d'éveil de l'enfant, de suivi médical), accompagné d'un lexique traduit en anglais. Mis en place depuis septembre suite à l'observation de difficultés linguistiques rencontrées avec les personnes étrangères, les professionnels disent l'utiliser régulièrement et le considère comme un outil facilitant la communication avec les patientes non francophones. Les personnels des services rencontrés ont d'autre part recours à des supports et outils produits par d'autres services ou associations.

Quelques exemples :

- Dépliants explicatifs composés d'images explicites sur le corps et l'éducation à la santé, développé par l'association Point Précarité Santé (POPS) ;
- Supports imagés, sous forme de dépliant ou d'affiche, de sensibilisation à l'allaitement (exemple : « 1^{er} jour de l'allaitement », document expliquant la mise en route de l'allaitement par des dessins). Développés par l'association Information Pour l'Allaitement (IPA) basé à Lyon, ces outils, à destination des professionnels, sont payants ;
- Outils produits par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS). Matériel à destination des professionnels pour les aider dans la prise en charge des patients (Exemple : mallette pédagogique sur le thème « Migration santé : grossesse et accouchement ».)

Il est enfin intéressant de mentionner l'initiative observée à la maternité de Grenoble, où un livret imagé a été produit par des auxiliaires de puériculture en collaboration avec des médecins du « pôle sourd ». L'idée ici est d'adapter des supports, qui sont à l'origine à destination de personnes sourdes, pour les personnes non francophones, permettant d'optimiser le matériel déjà existant et disponible.

b. Pratiques autour de l'interculturalité

On observe que certains professionnels réfléchissent à adapter leur approche de la santé et du soin et leurs pratiques en lien avec l'environnement interculturel dans lequel ils exercent. Au Village 2 Santé (Echirolles), une soignante dit tenter de ne pas interférer dans les pratiques des patientes, parlant « d'acceptation des pratiques différentes d'ici », et de « reconnaissance des savoirs de la maman ». D'autre part, elle relève que les usagers d'origine étrangère apprécient la possibilité de pouvoir choisir le genre du médecin qu'ils consultent (Femme ou Homme), ce qui n'est pas une pratique courante dans les autres établissements de santé. Ces petits exemples nous amènent à s'interroger sur la manière dont les professionnels tentent de répondre aux possibles décalages dus aux différentes représentations et déterminants culturels de chacun autour de la santé.

i. Le recours à la médiation

Nous pouvons ici aborder la question de la médiation. On observe que certains services et structures font appel à des médiateurs culturels ou des médiateurs en santé.

Quelques exemples :

- un poste de médiateur en santé créé au sein du Service Communal d'hygiène et de santé de Fontaine.

- un poste de médiateur pair en santé créé depuis Aout 2017 au sein du Centre Village 2 Santé d'Echirolles, subventionné par l'ARS : considéré comme « pair » de par son parcours passé (« a connu des difficultés et a connaissance de la vie en quartier populaire »).

Les professionnels de ce centre considèrent que c'est un outil efficace, et une « aide importante sur la prise en charge des cas les plus complexes ».

- Une médiatrice en santé au sein de l'antenne de Médecins du Monde de Lyon intervenant auprès des populations Rom.

Selon les professionnels, la présence d'un médiateur en santé est bénéfique et améliore la prise en charge des patients. Il permet l'accompagnement, la mise en confiance des patients, consacrant du temps à l'explication : « le médiateur en santé a le temps que le médecin n'a pas pour décoder ce qui a été dit » (Service Communal d'hygiène et de santé de Fontaine). Mais bien que la question de la médiation en santé se développe et se professionnalise, on observe encore peu de recours à la médiation culturelle et/ou en santé. Au niveau national, l'importance du rôle de la médiation est soulignée dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, mais le métier de médiateur ne dispose toujours pas d'un statut reconnu en France. Un projet d'élaboration d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la médiation en santé a été confié à la Haute Autorité en Santé (HAS)¹⁶ avec l'objectif d'en préciser le cadre d'intervention. Un premier document provisoire a été publié¹⁷, mais le processus est toujours en cours.

D'après les professionnels interrogés, le travail de médiation est plutôt endossé par le personnel, qu'ils soient médecins, sages-femmes, secrétaires, assistantes sociales, etc. Quelques exemples sont donnés par le Centre de planification familiale et de suivi prénatal de Grenoble quant aux pratiques des membres du personnel qui peuvent aller au-delà de leur mission première : « écoute, explications, prise de rendez-vous pour la patiente, orientation géographique, accompagnement des mères pour des soins autres que liés à la santé maternelle et infantile. On note également qu'un accompagnement physique est parfois réalisé, par les infirmières ou assistantes sociales notamment, en interne entre les différents services d'un même établissement.

¹⁶ Autorité publique indépendante contribuant à la régulation du système de santé.

¹⁷ *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*, octobre 2017 - Haute Autorité de Santé.

ii. Formation et sensibilisation des professionnels

Au Centre de planification familiale et de suivi prénatal de Grenoble, lors du recrutement du personnel, une attention particulière est portée à l'empathie des candidats vis-à-vis des questions d'interculturalité et des populations vulnérables. On note par ailleurs que les équipes de certains services se composent de professionnels qui ont une expérience à l'étranger, ont voyagé ou sont nés à l'étranger. Et comme en témoigne une professionnelle de la PASS de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon, « la sensibilité des membres du personnel aux aspects interculturels va avec leur souhait de travailler au sein d'une PASS », et plus largement, au sein de services accueillant des publics vulnérables et étrangers. Beaucoup de professionnels disent, de plus, s'informer et « se former » par eux-mêmes, à leur initiative personnelle, à travers des lectures et la participation à des congrès et conférences par exemple.

En interne, les questions de sensibilisation à l'interculturalité et à la prise en charge des personnes migrantes sont prises en compte au sein des services. On peut citer comme exemple le Village 2 Santé d'Echirolles, où une formation en interne a été réalisée, par des professionnels compétents du centre, à destination de leurs collègues, sur la communication dans la santé. Autre exemple à la PASS de l'Hôpital Edouard Herriot (Lyon) : les professionnels du service social disposent d'une expertise en droits des étrangers et sont référentes sur les questions liées à la prise en charge des migrants. Ils ont parmi leurs missions celle d'apporter une aide technique aux personnels des autres services des Hospices de Lyon, à travers l'édition de fiches et de guides et la mise en place de formation (exemple : formation sur la nouvelle Loi Asile en France).

Enfin, on note des temps de formation ponctuels, souvent concentrés sur une journée, réalisés par des intervenants externes, pour quelques uns des professionnels interrogés (au sein de la maternité de Grenoble, de la PMI du Centre de santé départemental de Grenoble, et de la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon), sur des thématiques telles que la « place de la culture dans l'accueil des familles » la souffrance abordée à travers des récits de parcours migratoires. Parmi les acteurs intervenant sur la formation des professionnels, l'association Migration Santé Rhône-Alpes (Lyon) dispense des formations auprès de professionnels et étudiants intervenants ou amenés à intervenir dans le domaine de la santé maternelle et infantile (auprès de services de protection maternelle et infantile, d'établissements hospitaliers, d'école de sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture notamment). Ces formations ont la particularité de s'appuyer sur la démarche anthropologique et cherchent à questionner les différentes représentations de la santé, du corps, de la maladie... afin de comprendre d'autres schémas de pensées, insistant sur l'importance de la connaissance mutuelle. La responsable observe que les demandes en termes de formations de ce type de la part des établissements de formation et des professionnels des services est en augmentation et parle d'une « prise de conscience de plus en plus forte des problématiques qui concernent les femmes migrantes ». Le travail de Migration Santé Rhône-Alpes est présenté plus en détail en tant que bonne pratique en annexe de ce document.

iii. Activités autour de l'interculturalité

Nous pouvons prendre l'exemple de deux structures mettant en place des activités abordant les questions d'interculturalité dans la région Auvergne Rhône-Alpes :

Le Village 2 Santé (Centre de santé communautaire à Echirolles), réalise un travail d'éducation populaire à travers la mise en place d'ateliers et de groupes de parole. L'objectif est de faire participer les usagers et de favoriser l'échange des connaissances et des pratiques des différentes cultures. Ces temps d'échanges abordent divers sujets tels que la douleur, l'éveil des enfants, la santé féminine, les questions de discrimination et de violence, etc. en s'adaptant à la demande des usagers. La mise en place, par une orthophoniste, d'un atelier autour des « comptines en langues maternelles ». Le personnel du centre note que les ateliers sont « assez bien remplis », ne rencontrant pas de problème de participation de la part des usagers, et que ces activités favorisent la rencontre et l'échange entre mamans. Il est cependant observé que : les femmes ayant fait l'expérience de racisme hésitent davantage que les autres à venir participer aux activités de groupe.

Autre exemple avec l'ADDCAES (Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Etrangers de la Savoie) à Chambéry, association connue par les professionnels du secteur médical et social pour sa spécificité culturelle. L'équipe apporte un soutien aux professionnels sur des problématiques liées à l'interculturalité, à travers notamment deux dispositifs d'appui et d'écoute : APSI (Appui à la parentalité en situation interculturelle), et EFSI (Ecoute Femmes en situation d'interculturalité). Cela se traduit par des séances de groupes, réunissant femmes ou familles, soignants ou travailleurs sociaux, et psychologues de l'ADDCAES. Ils échangent ainsi collectivement sur les problématiques rencontrées par les personnes, croisant les aspects culturels avec la dimension psychique. Le caractère innovant de ces dispositifs réside dans la manière de les solliciter. En effet, les psychologues de l'ADDCAES sont interpellés par d'autres professionnels, notamment assistantes sociales, puéricultrices ou sages-femmes, qui rencontrent ou observent des difficultés avec des patients en situation d'interculturalité. L'entrée ici n'est donc pas le patient mais le professionnel. Une attention particulière est portée à la diversité de l'équipe psychologue, en termes d'origine et de genre.

La professionnelle de l'ADDCAES explique d'autre part que pour le déroulement de ces séances, l'équipe tente de recourir à l'interprétariat le plus souvent possible, même quand les personnes maîtrisent les bases du français, observant que cela permet de libérer considérablement la parole. Ces deux structures citées ci-dessus sont présentées en annexe parmi les bonnes pratiques identifiées, notamment pour leur approche développée autour de l'interculturalité.

4. Penser l'espace et le temps

Des professionnels de la maternité de Grenoble soulignent l'importance de penser la question du temps : « « il y a tout à construire, pour une personne ne connaissant pas le système français. Cela demande du temps, de la patience pour expliquer, accompagner ». On observe ainsi une réorganisation des temps de consultations en faveur des femmes migrantes au sein de la majorité des services, allant vers plus de flexibilité.

Quelques exemples : au Centre de planification familiale et de consultation prénatale de Grenoble, les temps de la première consultation est rallongé à 45 min pour les patientes étrangères et/ou à situation administrative complexe, avec un temps prévu en amont avec l'assistante sociale, et un temps prévu après avec l'infirmière (si besoin d'examen tel que prise de sang). Des créneaux de consultation d'urgence ont également été mis en place. A la maternité de Grenoble, les temps de consultation sont parfois doublés. Au CPEF du groupe hospitalier Mutualiste, les temps de consultation sont également rallongés selon le profil de la patiente. Une sage-femme prend également le temps de faire visiter la maternité aux futures mamans étrangères, et de faire un point sur les besoins matériels liés à l'accouchement, permettant d'avertir les puéricultrices en cas de manques). Dans le service de maternité, après accouchement, certaines femmes sont parfois gardées plus longtemps que la moyenne, afin de laisser un peu plus de temps pour trouver des solutions aux besoins de base non couverts (notamment concernant les problèmes de logement). Un créneau de consultation sans rendez-vous a également été mis en place à la PMI du 7^{ème} arrondissement de Lyon. La PMI d'Albertville tient une permanence d'accueil sans rendez-vous pour des questions concernant le développement de l'enfant.

L'importance pour les femmes d'identifier un lieu « ressource », sécurisant, est d'autre part évoquée à plusieurs reprises. « Créer un lieu repère et un lien de confiance » (PMI Lyon 7). Les professionnels du Centre de Planification familiale et de consultation prénatal de Grenoble observent que ce dernier représente pour les femmes un lieu ressource, identifié, où les patients peuvent toujours rencontrer quelqu'un à l'écoute de leur demande et être orientés. De plus, le centre propose au sein d'un même bâtiment plusieurs types d'offre de soin, ce qui facilite l'identification d'un lieu de référence. Au Village 2 Santé (Echirolles), on présente le centre comme un lieu « refuge », qui est à la fois un lieu de santé, d'éducation, d'échange et de savoir. Les usagers comprennent que c'est un lieu où il n'y a pas de jugement porté par rapport à leur culture. Une attention particulière est portée à l'accueil, les agents d'accueil étant considérés comme les premiers « soignants ». Un médecin du centre relève l'importance de la proximité pour l'accès aux soins de gynécologie. Elle cite le cas de patientes sans aucun suivi gynécologiques depuis plus de 10 ans. Le recours à un gynécologue est freiné par l'avance de frais et des délais de rendez-vous souvent longs. Le fait d'avoir accès à différents types de soins dans un lieu unique, bien identifié, encourage le recours au service. Ici, les patientes considèrent que le suivi gynécologique, comme le suivi de grossesse, sont « plus pratique » à réaliser au centre. Il est noté de manière générale que la proximité favorise la mobilisation des patients et les rend actifs.

Ces réflexions sur la gestion du temps et de l'espace tentent de répondre à un besoin de proximité et de disponibilité, et notamment en termes d'écoute. Au Village 2 Santé, on note un manque de professionnels de l'écoute (psychologue, conseiller conjugal) pour répondre à ce genre de besoin, liés à des traumatismes connus lors du parcours migratoire où aux expériences discriminatoires par exemple. Une professionnelle du CPEF du Groupe Hospitalier Mutualiste (Grenoble) observe un besoin d'écoute, de considération, et de « chaleur humaine ». Elle relève l'importance « du temps pour écouter », et le besoin pour ces femmes qu'on leur « donne une parenthèse ».

Cela va avec la nécessité de prendre en compte la dimension psychique, et potentiellement la souffrance psychique, dans les soins apportés aux femmes migrantes. Plusieurs professionnels observent un trouble du lien mère-enfant chez certaines femmes. Une des psychologues de

l'ADDCAES, intervenant sur les dispositifs évoqués précédemment, souligne que « les femmes ont besoin de se vider ». Les séances d'écoute tentent de répondre à ce besoin, participant à redonner confiance aux femmes. Parmi les sujets abordés avec elles, elle donne pour exemple le travail qui peut être effectué sur les peurs que projette la mère sur son enfant. Mentionnons d'autre part l'existence d'une permanence téléphonique « Santé mentale et migration », gérée par l'Orspere-Samdarra (« Observatoire Santé Mentale Vulnérabilités et Sociétés ») hébergé par le Centre Hospitalier Le Vinatier de Bron), dont le rôle est d'apporter un soutien aux professionnels et bénévoles du secteur sanitaire et social rencontrant des difficultés dans l'accompagnement en santé mentale des migrants.

Plusieurs professionnels orientent alors les femmes vers des structures qui, au-delà de l'aspect purement médical, peuvent jouer un rôle dans leur bien-être, participant à rompre l'isolement et à favoriser l'échange en collectivité. Nous pouvons ainsi citer les Lieux Accueil Ecoute Parents Enfants (LAEP) qui reçoivent enfants et parents, favorisant les liens entre mamans, et propose un accompagnement à la parentalité. Autre exemple avec la Maison des Familles de Grenoble, dont la mission est d'accompagner les parents en situation de précarité, offrant un espace pour qu'ils puissent échanger entre eux, et avec le souhait qu'ils s'approprient cet espace. La professionnelle rencontrée parle de « personnes qui, de par leur situation de précarité, deviennent silencieuses et invisibles ». Les personnes fréquentant ce lieu sont avant tout considérées par leur qualité de parent, et non selon leurs critères de précarité. L'idée de ce lieu est alors de créer un sentiment d'appartenance pour aider les personnes à trouver un sentiment de sécurité pour aller ensuite vers plus d'autonomie. Elle remarque que les questions d'interculturalité sont très souvent au centre des échanges et souligne l'importance du temps donné à « l'explication », pour que les personnes réfléchissent à comment « articuler les valeurs du pays d'origine avec les valeurs d'ici ». Enfin, elle note que le public d'origine étrangère fréquentant ce lieu, majoritairement des mamans, est en augmentation.

5. Conclusion

La prise de conscience de la nécessité de repenser les pratiques dans l'accueil des femmes migrantes est partagée par tous les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude. Leurs avis se rejoignent sur les principaux obstacles rencontrés. La problématique doit être pensée par l'ensemble des acteurs, dans un souci de coordination et de collaboration.

On observe que les difficultés d'ordre linguistique et culturel sont récurrentes dans la relation entre le soignant et le soigné. On note ainsi l'importance de renforcer les compétences interculturelles des professionnels intervenants auprès de ce public. Les outils pour répondre à ces problématiques se développent progressivement.

La question de l'interculturalité est placée au centre de la démarche de certains acteurs qui insistent sur l'importante nécessité de la connaissance mutuelle et d'encourager chacun à prendre du recul sur ses propres représentations pour comprendre les attitudes et pratiques de l'autre.

L'importance de la proximité, qu'elle soit géographique ou relationnelle, a également été évoquée à de nombreuses reprises. Les professionnels observent chez la plupart des femmes migrantes qu'ils accueillent un besoin d'écoute et de considération. Certains soulignent le besoin de se poser la question de l'espace et de la rencontre, et notamment de la manière dont les publics sont accueillis. La prise en compte de la dimension psychique dans l'état de santé de ces femmes est un sujet de plus en plus abordé.

Ces éléments représentent un enjeu dans l'intégration des femmes migrantes, qui souffrent pour beaucoup d'isolement et de déracinement. Les espaces de rencontres et d'échanges en collectivité ont un rôle à jouer dans le bien-être social des femmes enceintes et jeunes mamans.

Les bonnes pratiques présentées en annexes de ce document ne proviennent pas d'acteurs travaillant exclusivement sur la santé maternelle et infantile, mais ont été choisies principalement pour leurs approches intégrant la dimension interculturelle et les réflexions portées sur la relation à l'autre.

6. Annexes

BONNE PRATIQUE N°1	Approche anthropologique dans les formations à destination des professionnels
	⇒ <i>Action qui croise santé et anthropologie, participant au renforcement des compétences interculturelles des professionnels de la santé.</i>
Lieu	Lyon
Structure/organisation	Association Migration Santé Rhône-Alpes
Description	<p>Association qui dispense des formations à destination des étudiants et professionnels de la santé (notamment auprès de services de protection maternelle et infantile, d'établissements hospitaliers, d'école de sages-femmes...) en abordant la santé à travers l'angle anthropologique. Ces formations proposent de questionner les différentes représentations de la santé et de la maladie, des migrations, et d'accompagner la réflexion à la compréhension d'autres schémas de pensée et de faire évoluer les pratiques professionnelles.</p> <p>En ce qui concerne la santé maternelle et infantile, voici quelques exemples de thématiques de formations abordées avec sages-femmes, puéricultrices, et auxiliaires puéricultrices, professionnels ou étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les soins interculturels de la femme enceinte, à la parturiente, à l'accouchée et au nouveau-né » ; - « Introduction à la sociologie et accueil des familles dans leur diversité pour prodiguer des soins interculturels » ; - « Approche Sociologique de la santé : Famille et Groupes d'Appartenance » ; - « Handicap et cultures » ; - « Mutilations sexuelles féminines » ; - « La santé des enfants ROMS » ; - « Mort et culture » ; - « Périnatalité et représentations : naissance, prématurité » ; - « Alimentation et culture » ; - « Impact de l'environnement culturel sur l'enfant dans sa prise en charge par les soignants en crèche et en milieu hospitalier: Religion, rites, habitudes, valeurs, coutumes». <p>L'association est sollicitée par les établissements eux-mêmes, et remarque une augmentation de la demande. Les formations sont dispensées par deux intervenantes, professionnelles de santé et diplômées d'anthropologie et d'ethnologie.</p>
Bénéficiaires	Etudiants et professionnels du secteur médical et social. En 2016, Les formations dispensées par l'association ont touché 1516 étudiants et 756 professionnels.
Supports à destination des bénéficiaires	Un centre de documentation créé autour de la santé des migrants complète l'activité de formation, croisant les thématiques de « médecines et sociétés » et de « cultures et sociétés ».
Coût du service pour les bénéficiaires	Services facturés 24

Difficultés/défis principaux

La diminution des subventions pour les acteurs de manière générale représente un enjeu dans la poursuite des activités. Cela impacte les capacités des instituts de formation dans le règlement des prestations réalisées par Migration Santé Rhône-Alpes. Les deux intervenants travaillent ainsi de manière bénévole.

Durabilité

L'enjeu de la mise en place de ce type d'activité sur le long terme est principalement d'ordre financier.
L'intérêt de la part des instituts de formation est grandissant pour ce genre de prestation, pouvant laisser supposer que la demande va continuer de s'accroître.

BONNE PRATIQUE N°2	Application TRADUCMED
Structure/organisation	L'application a été conçue par le Dr Charles Vanbelle, spécialiste en Médecine générale, en partenariat avec l'association Respects73 à Chambéry.
Description	<p>TRADUCMED est une application proposant une traduction sonore de phrases complètes et de termes médicaux en 30 langues.</p> <p>Son objectif est de permettre au personnel médical d'estimer une situation en l'absence de traducteur et d'évaluer les urgences médicales, sociales ou administratives. Elle permet aussi d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical.</p> <p>Disponible sous la forme d'un site internet, l'application est d'autre part aujourd'hui accessible sur tablette et smartphone Android et IOS.</p>
Bénéficiaires	Professionnels du domaine de la santé et intervenants auprès de personnes étrangères. D'après l'association Respects 73, environ 70 soignants utilisent l'application chaque jour.
Partenaires et donateurs	<ul style="list-style-type: none"> - ARS Auvergne Rhône-Alpes - Campagne de crowdfunding
Coût du service pour les bénéficiaires	Gratuit
Récompenses/reconnaisances	Coup de cœur du jury au Doc e'award en 2017 (concours organisé sur les outils digitaux visant à améliorer les pratiques en médecine générale).
Difficultés/défis principaux	Trouver des personnes bénévoles pour effectuer la traduction dans de nouvelles langues et continuer à développer l'application.
Durabilité	Facilement adaptable dans différents contextes, l'application, une fois mise en service, peut ne nécessiter qu'un léger travail de maintenance (excepté pour en développer le contenu).

BONNE PRATIQUE N°3	Dispositifs d'écoute et d'accompagnement
<p>⇒ <i>Activités qui croisent aspects culturels et dimension psychique, fournissant un service complémentaire aux professionnels des services du secteur médico-social.</i></p>	
Lieu	Chambéry
Structure/organisation	ADDCAES – Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Etrangers de la Savoie.
Description	<p>L'association a mis en place deux dispositifs, en 2000 et 2004 :</p> <p>APSI : Accompagnement à la parentalité en situation interculturelle ;</p> <p>EFSI : Ecoute Femmes en situation d'interculturalité, destiné aux femmes victimes de violences au niveau familial ou conjugal, et/ou en crise identitaire, et en difficulté de choix de vie.</p> <p>Grâce à l'intervention de psychologues spécialisés dans le champ de l'interculturalité, leur objectif est de fournir un accompagnement sur le plan psycho-socio-éducatif aux professionnels de santé et aux travailleurs sociaux rencontrant des difficultés avec leurs patients. L'équipe est composée de deux psychologues salariés, et de 3 étudiants stagiaires en psychologie et est mixte (origines diverses et genre). Elle apporte un soutien à l'identification des difficultés et un éclairage culturel.</p> <p>Ces dispositifs s'adressent en premier lieux aux professionnels, qui sollicitent par eux-mêmes l'association (notamment interpellée par des puéricultrices et des assistantes sociales). Ils accompagnent ainsi les personnes aux consultations dans les locaux de l'ADDCAES.</p> <p>Cela se traduit par des séances collectives, impliquant l'équipe psychologue de l'association, le professionnel et la personne/famille qu'il accompagne. Un temps long est accordé à ces séances (d'une durée d'environ 2h à 2h30). Les personnes accompagnées sont majoritairement des femmes. Il est observé que certaines d'entre elles sollicitent de nouveau l'ADDCAES quelques années après, par leurs propres moyens. Cela montre qu'une identification du lieu s'opère et qu'un lien se crée. Une importance particulière est donnée à l'échange en groupe (et aux différences de cultures à l'intérieur du groupe).</p> <p>Cette initiative est unique en Région Auvergne-Rhône-Alpes. L'ADDCAES a été sollicitée par le conseil départemental de Haute-Savoie pour la mise en place de séances à Annecy.</p> <p>Depuis leur mise en place jusqu'à 2016, ces deux dispositifs ont permis d'accueillir et accompagner 265 femmes et 289 familles.</p> <p>Des résultats positifs sont observés dans les relations entre</p>

	<p>les professionnels et les publics migrants et dans les témoignages des parents ayant suivi des séances dans le cadre de l'un de ces dispositifs.</p> <p>Il est noté que le fait que le professionnel accompagne et participe aux séances de groupe encourage les personnes à recourir aux dispositifs.</p>
Bénéficiaires	Professionnels de la santé et du secteur social et les personnes qu'ils accompagnent.
Partenaires et donateurs	Mairie et métropole de Chambéry, conseils départementaux de Savoie et Haute-Savoie, Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations de la Savoie, CAF, CGET, OFII.
Coût du service pour les bénéficiaires	Gratuit
Durabilité	L'association est soutenue par plusieurs partenaires institutionnels permettant une certaine sécurité financière pour la poursuite des activités des deux dispositifs d'écoute. L'exportation de ces activités sur un deuxième département de la région montre l'intérêt porté par les professionnels et institutions pour ce genre d'action.

BONNE PRATIQUE N°4	Approche communautaire et de proximité
<p>⇒ <i>Approche transversale du soin intégrant aspects sanitaires, sociaux, et éducation populaire, dans un souci d'implication des usagers dans la définition des orientations et des activités du centre de santé.</i></p>	
Lieu	Echirolles
Structure/organisation	Centre de santé communautaire – Le Village 2 santé. Statut actuel : associatif (volonté de se constituer en coopérative dans le futur).
Description	<p>Ouvert en 2016, le centre de santé affiche un caractère communautaire au sens de « communauté de territoire », avec la volonté de couvrir une zone définie. La population qui y est reçue est d'immigrations multiples. Environ 90% de la patientèle est issue de l'immigration (de 1ère, 2ème et 3ème génération). Il est implanté dans le quartier de Village 2 à Echirolles, qui compte 2369 habitant-e-s (Insee, 2010). Un diagnostic communautaire de 3 ans a été réalisé au préalable sur la zone identifiée (choisie pour le manque de professionnels de santé observé et son caractère populaire). La création de ce centre a été pensée dans un souhait d'avoir un lieu où les habitants puissent trouver les soins et les ressources nécessaires à leur situation, et des temps et des espaces pour la réflexion collective. Il ne s'agit pas seulement d'un lieu où l'on soigne, mais plus globalement d'un lieu de vie, mettant l'accent sur la participation et l'appropriation par les usagers. L'objectif est de permettre pour les habitants d'identifier un lieu « refuge ». Le Village 2 Santé se veut être un membre du quartier, à travers par exemple sa participation aux évènements qui y sont organisés, permettant de se faire connaître. Ce type de centre est encore rare en France.</p> <p>L'initiative vient répondre à un besoin de proximité, à la fois humaine et géographique. Cette proximité favorise la mobilisation des patients et les rend actifs.</p> <p>L'attention portée à l'intégration de tous se traduit dans les pratiques quotidiennes des professionnels du centre. L'accueil est pensé dans un souci de convivialité et d'écoute. Il est par exemple proposé aux patients de choisir le genre (femme ou homme) du médecin qu'ils vont consulter. Un travail d'éducation populaire est réalisé à travers la mise en place d'ateliers et groupes de paroles collectifs sur diverses thématiques autour de la santé, et également sur des aspects sociétaux telles que les questions de discrimination. Cela se fait par petits groupes (entre 5 et 10 personnes) afin de favoriser la prise de parole et l'échange.</p> <p>L'équipe est composée de médecins généralistes, d'une infirmière, d'une orthophoniste, d'un kinésithérapeute, de travailleurs sociaux, d'accueillants, et d'une médiatrice en santé. Dans un souci d'égalité, le salaire est le même pour tous les professionnels du centre, permettant de réduire la distance créée par la hiérarchisation des métiers.</p>

	<p>L'importance de la proximité est notamment observée en ce qui concerne l'accès aux soins de gynécologie, les femmes considérant qu'il est plus facile et pratique de réaliser ce genre de suivi dans un lieu proche et qu'elles connaissent déjà.</p>
Bénéficiaires	<p>Habitants du quartier d'implantation du centre.</p>
Partenaires et donateurs	<p>Le centre est financé d'une part par les recettes des activités de santé, et d'autre part soutenu par certaines institutions, notamment la CPAM et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.</p> <p>Il travaille en partenariat avec les autorités et les acteurs locaux.</p>
Coût du service pour les bénéficiaires	<p>Pratique du tiers-payant intégral (dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires d'une protection sociale).</p>
Durabilité	<p>L'établissement de ce type d'initiative requiert un temps long pour l'analyse du contexte. Mais le diagnostic communautaire permet la mise en place de services adaptés aux besoins de la population. L'identification comme lieu « refuge » et de ressources peut laisser penser que la fréquentation du centre par les usagers durera sur le long terme.</p>

Références

- Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations, IOM background paper, 2009.
- Health Evidence Network synthesis report 45, “What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region”, OMS 2016.
- Migration droits et santé, publication de Médecins du Monde, juin 2017.
- Etat des lieux 2017 de l’asile en France – Forum réfugié.
- Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l’expression française courante, Rapport d’étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé. Carde E, Mbodj F, Querre M (2009).
- Etude sur les problématiques d’accès à la santé et aux soins des personnes immigrées, IREPS ARA et ISM CORUM Septembre 2012.
- Groupe de travail - Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, novembre 2012.
- Eclairages sur l’état de santé des populations migrantes en France rapport très récent, publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé ».
- Dossier Santé action 437, septembre 2016.
- La santé et l’accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique BEH 19-20, 5 septembre 2017.
- Santé périnatale des femmes étrangères en France, BEH 2-3-4, 17 janvier 2012.

Liste des entretiens effectués

Structures	Personne(s) rencontrée(s)
Médecins du Monde – Antenne de Grenoble	1 chargée de projet
Médecins du Monde – Antenne de Lyon	1 coordinatrice régionale
Adate – Grenoble – association	1 travailleur social
Association Migration Santé Rhône-Alpes	1 responsable des formations (Infirmière puéricultrice, spécialisation en anthropologie-biologie humaine et sociétés)
Centre de planification et de consultation prénatale – Centre de santé départemental – Grenoble	1 coordinatrice des CPEF du département ; 1 médecin départemental ; 1 sage-femme.
Service social de la Clinique Mutualiste – Grenoble	1 assistante sociale
Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) – Fontaine	1 médecin responsable du service santé
Permanence d'accès aux soins de santé – Villefranche sur Saône – Hôpital Nord-Ouest	1 assistante sociale
Réseau périnatal des 2 Savoie	1 médecin coordinateur ; 1 infirmière de coordination.
Association Information pour l'allaitement- IPA	1 chargée de projet
Maternité– Hôpital Femme Mère Enfant - Bron	1 sage-femme coordinatrice
Permanence d'accès aux soins de santé – Hôpital Edouard Herriot – Lyon	1 médecin responsable du service
PMI Lyon 7 Nord – Maison de la métropole	1 sage-femme 1 puéricultrice 2 infirmières puéricultrices 1 médecin 1 infirmière
PMI – Centre de santé départemental – Grenoble	1 infirmière puéricultrice (coordinatrice CHU-PMI)
Centre de santé communautaire : le Village 2 santé – Echirolles	1 coordinateur 1 infirmière
Approche de santé communautaire (basé sur un territoire : quartier politique de la ville)	1 assistant de service social
Hôpital couple-enfant - Grenoble	2 assistantes sociales
PASS Chambéry	1 infirmière
Centre de planification et d'éducation familiale – GHM Mutualiste	1 sage-femme
ADDCAES – Chambéry	1 psychologue
PMI - Albertville	1 sage-femme
Maison des familles - Grenoble	1 directrice