



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Santé maternelle et infantile des populations migrantes

Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat
Maury Pasquier (12.3966)

Berne, 24 juin 2015

Sommaire

ABREVIATIONS / ILLUSTRATIONS	3
RESUME	5
1 Contexte	7
1.1 Postulat	7
1.2 Elaboration du rapport	7
1.3 Structure du rapport	8
2 Santé maternelle et infantile des populations migrantes: chiffres et faits.....	9
2.1 Caractéristiques des mères migrantes	9
2.2 Interruptions de grossesse.....	10
2.3 Santé des nouveau-nés	11
2.4 Mortinatalité et mortalité infantile	12
2.5 Santé de la mère.....	13
3 Facteurs de risques pour la santé maternelle et infantile.....	15
3.1 Age de la mère.....	15
3.2 Environnement économique et social.....	15
3.3 Mode de vie.....	16
3.4 Risques spécifiques pour la santé	17
3.5 Facteurs relevant du système de santé.....	18
3.6 Conjonction de plusieurs facteurs.....	20
3.7 Lacunes dans les données	21
4 Situation des femmes enceintes, des mères et des enfants issus de la migration dans le paysage de santé suisse et offres leur étant destinées	22
4.1 Assurance obligatoire des soins pour toute personne résidant en Suisse et obligation de prise en charge pour les hôpitaux.....	22
4.2 Offres émanant d'acteurs du domaine de la santé	22
4.3 Engagement à ce jour au niveau de l'Etat	23
4.4 Lacunes dans les données	25
5 Normes internationales et initiatives d'autres pays	27
5.1 Consultation au niveau européen concernant la migration et la santé « Better Health for All »	27
5.2 OMS Europe: pour une grossesse à moindre risque, lignes directrices d'une approche stratégique	27
5.3 Politique extérieure suisse en matière de santé	28
6 Objectifs et recommandations du Dialogue CTA sur l'intégration « Dès la naissance »	29
6.1 Objectifs des six champs d'action.....	29
6.2 Recommandations	30
7 Conclusion du Conseil fédéral	33
7.1 Participation de la Confédération à la mise en œuvre du Dialogue intégration de la CTA	34
7.2 Autres mesures prévues par la Confédération	34

Abréviations

CTA	Conférence tripartite sur les agglomérations
CdC	Conférence des gouvernements cantonaux
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFIS	Office fédéral de la statistique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
DDC	Direction du développement et de la coopération
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
OIM	Organisation internationale pour les migrations
PIC	Programmes cantonaux d'intégration
NAP	Programme national de prévention et de lutte contre la précarité
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations (jusqu'au 31 décembre 2014 : Office fédéral des migrations OFM)
SSGO	Société suisse de gynécologie et d'obstétrique
ACS	Association des communes suisses
UVS	Union des villes suisses
ARPS	Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

Illustrations

Illustr. 1 : Naissances vivantes selon la nationalité de la mère, 2013	10
Illustr. 2 : Taux de prématurité selon la nationalité de la mère, valeurs cumulées 2007- 2012	11
Illustr. 3 : Mortinatalité et mortalité infantile selon la nationalité de la mère, 2003-2012.....	13

Résumé

Des travaux de recherche et des analyses statistiques indiquent que les problèmes de santé en cours de grossesse et à la suite d'une naissance sont plus nombreux chez les mères et les nouveau-nés issus de la migration que chez les mères et les nouveau-nés suisses. On observe en effet dans cette population des taux d'interruptions de grossesse plus élevés, davantage d'enfants présentant un faible poids à la naissance ainsi qu'une mortalité maternelle et infantile supérieure. Ces différences doivent toutefois être nuancées car la population migrante n'est pas homogène et les problèmes relevés ne concernent pas toutes les communautés.

Facteurs de risque pour la mère et l'enfant

L'environnement socioéconomique est le principal facteur potentiellement à l'origine de ces différences : les migrantes résidant en Suisse ont fréquemment un niveau de formation inférieur à celui des Suissesses, leurs conditions de travail sont plus pénibles et leur situation est souvent plus difficile (manque de soutien social, statut de séjour précaire).

A cela s'ajoutent des risques spécifiques qui peuvent affecter la santé des migrantes durant la grossesse et au moment de l'accouchement. Les mutilations génitales féminines observées dans de nombreux groupes de migrantes en font partie, tout comme un risque plus élevé de contracter certaines maladies infectieuses (p. ex. VIH pour les migrantes originaires de pays à forte prévalence) ou une disposition plus marquée à développer un diabète gestationnel.

Des facteurs propres au système de santé interviennent également. Une mauvaise maîtrise de la langue se traduit par une difficulté accrue à accéder aux soins et aux mesures de prévention. Des études révèlent que de nombreuses recommandations ont peu de succès auprès des migrantes et ne sont pas suffisamment suivies (p. ex. apport d'acide folique). En outre, des problèmes de communication peuvent nuire au rapport de confiance entre les migrantes et le personnel soignant, ce qui, à son tour, risque d'avoir pour conséquence une prise en charge médicale non optimale.

Prise en charge et offres existantes

L'assurance obligatoire des soins et le devoir de soigner des hôpitaux garantissent par principe à toute personne résidant en Suisse l'accès à des soins médicaux de qualité. En pratique toutefois, on observe que les migrantes ont souvent plus de peine que les Suissesses à appréhender le système de santé. Afin de faciliter l'accès des migrantes aux informations et aux offres médicales, des prestataires de soins et des acteurs de l'Etat ont déployé toute une série de mesures. Par exemple, des cours de préparation à la naissance sont proposés dans les principales langues des communautés migrantes, le suivi des accouchées à domicile est mieux coordonné entre les hôpitaux et les sages-femmes, des points de contact offrent un accès à bas seuil aux groupes particulièrement vulnérables.

Au niveau de l'Etat, des projets en faveur des migrantes ayant des enfants en bas âge sont réalisés dans le cadre des programmes cantonaux d'intégration, notamment dans le domaine de l'encouragement précoce. La Confédération et les cantons soutiennent aussi financièrement l'interprétariat communautaire au moyen de ces programmes. Dans le cadre du programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique a prévu de réaliser, d'ici fin 2017, toute une série de mesures qui bénéficient également aux mères et à leurs enfants, dont la sensibilisation du personnel soignant à la problématique de la diversité.

Objectifs et recommandations du Dialogue intégration « Dès la naissance » de la CTA

Le Dialogue intégration « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » a été instauré en 2013 pour prendre en compte la complexité de la situation des migrantes. Il s'agit d'une initiative de la Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA], la plateforme politique de la Confédération, des cantons, des villes et des communes. Les partenaires au dialogue sont, d'une part, les acteurs étatiques des différents niveaux politiques, d'autre part, les associations professionnelles qui suivent et conseillent les parents tout au long de la grossesse et au moment de la naissance, et également les enfants pendant les premières années de leur vie. En concertation avec les partenaires au dialogue, l'organisation a défini des objectifs, élaboré des recommandations et mis en œuvre des premières mesures.

De nombreux projets et mesures visant à promouvoir la santé des migrants ont été lancés et réalisés ces dernières années. Force est toutefois de reconnaître que l'objectif consistant à donner à chacun les mêmes chances de vivre sainement n'est pas encore atteint. Selon les professionnels participant au Dialogue intégration de la CTA, des mesures supplémentaires doivent être prises pour réduire les obstacles linguistiques dans le domaine de la santé, former les professionnels de la santé à l'encadrement des migrants et assurer une continuité dans la prise en charge de la petite enfance.

Bilan du Conseil fédéral

L'objectif consistant à améliorer les conditions de départ dans l'existence de tous les enfants vivant en Suisse rejoint les principes de la politique suisse en matière d'intégration et la stratégie « Santé 2020 » du Conseil fédéral, qui vise entre autres une plus grande égalité des chances en matière de santé. La population cible n'est pas la population migrante dans son ensemble, celle-ci étant formée de groupes très hétérogènes. Il s'agit principalement de donner de meilleures chances dans la vie aux personnes particulièrement menacées dans leur santé en raison d'une situation socioéconomique difficile, d'un titre de séjour précaire, d'un passé migratoire sensible ou encore de difficultés à trouver leurs marques dans le système de santé du fait d'une mauvaise maîtrise de la langue.

Les raisons des inégalités qui ont été relevées sont complexes et le présent rapport ne parvient pas non plus à en identifier les causes exactes. Il apparaît toutefois clairement que des mesures s'avèrent nécessaires à différents niveaux. C'est pour cette raison que le Conseil fédéral réitère son soutien au Dialogue intégration de la CTA « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » et se félicite de voir que les partenaires au dialogue, institutions étatiques et groupements professionnels concernés, sont prêts à œuvrer ensemble à la recherche de solutions.

Pour sa part, le Conseil fédéral a prévu toute une série de mesures pour améliorer la situation. Dans le cadre du programme Migration et santé, la Confédération réalise des projets qui portent également sur la grossesse, l'accouchement et l'après-naissance. Le Conseil fédéral s'attachera par ailleurs à améliorer la qualité des données statistiques dans le domaine de la périnatalité. En matière d'asile, il veillera à ce que les requérants des futurs centres de la Confédération aient accès à des soins de santé adaptés et de qualité. Enfin, des mesures de formation et de formation continue doivent permettre de développer les compétences des professionnels de la santé dans la prise en charge de la population migrante.

1 Contexte

1.1 Postulat

La conseillère aux Etats Liliane Maury Pasquier a déposé le postulat « Santé maternelle et infantile des populations migrantes » (12.3966) le 28 septembre 2012.

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport sur la santé maternelle et infantile en Suisse, en lien avec les caractéristiques migratoires. Ce rapport devra inclure des recommandations concrètes visant à améliorer la situation des personnes concernées et, par là même, de toute la collectivité.

Développement

En 2006 et 2010, deux recherches mandatées par la Confédération ont mis en évidence des risques accrus pour les populations migrantes en matière de santé reproductive. En Suisse, le taux relativement élevé, en comparaison européenne, de mortalité infantile est largement dû aux décès d'enfants de nationalité étrangère (40 pour cent des décès infantiles). De même, la morbidité est plus grande chez les nouveau-nés de mères non suisses, lesquelles connaissent une mortalité quatre fois plus fréquente. Afin de poursuivre l'analyse des causes multifactorielles de ces disparités, le Conseil fédéral s'est déclaré « disposé à s'investir... en faveur de bases de données différenciées » (réponse du 23 février 2011 à mon interpellation 10.4036).

Au vu de la réalité migratoire en Suisse et des problèmes mis en évidence, il importe de poursuivre les investissements entrepris en améliorant les bases de données et en précisant les interventions possibles. Afin d'élaborer des recommandations étayées par des faits, le rapport adoptera une approche quantitative et qualitative pouvant notamment se baser sur :

1. les données des registres des hôpitaux et des maternités;
2. le recueil d'informations, directement auprès des maternités, sur le suivi des grossesses et le contexte des accouchements ;
3. des entretiens avec des spécialistes et des professionnels de la santé reproductive.

Un tel rapport fournira les repères nécessaires pour intervenir de manière efficace dans ce qui constitue un problème important de santé publique, aux conséquences humaines et économiques significatives.

Le postulat a été transmis par le Conseil aux Etats le 3 décembre 2012.

1.2 Elaboration du rapport

Le rapport se fonde sur plusieurs études et recherches réalisées ces dernières années. En vue de son élaboration, l'Office fédéral de la santé publique [OFSP] et le Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM] (précédemment Office fédéral des migrations OFM) ont mandaté plusieurs études, élaboré des rapports succincts et soutenu financièrement des projets de recherche externes, dont¹ :

- Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern – eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012 (Sonja Merten, Sara Gari, Université de Bâle, 2013; rapport commandé par l'OFSP)

¹ Les rapports peuvent être consultés sous : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=fr>.

- Santé maternelle et infantile des populations migrantes (Office fédéral de la statistique, 2014 ; publication de l'Office fédéral de la statistique OFS)
- Etat des lieux concernant les projets, les mesures et les méthodes de travail dans le domaine de la santé reproductive et de la migration (Martina Hermann, OFSP, 2013)
- Risk factors and quality of antenatal care (Paola Bollini, Katharina Quack Lötscher, Philippe Wanner et al., ForMed, 2014; cofinancé par l'OFSP et le SEM)
- Stress périnatal des femmes migrantes allophones (Betty Goguikian et al., Université de Genève, 2014 ; cofinancé par l'OFSP et le SEM)
- Analyse des offres et des canaux d'information appropriés aux besoins des groupes-cibles en matière de petite enfance, de santé, d'éducation et de développement de la petite enfance (Croix-Rouge suisse en collaboration avec le bureau BASS ; commandé par l'OFSP, le SEM et l'Office fédéral des assurances sociales OFAS [programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté])

Les recommandations concrètes demandées par le postulat ont été élaborées en grande partie dans le cadre du Dialogue intégration de la Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA] « Dès la naissance - Entrer dans la vie en pleine santé ». Lancé le 22 novembre 2013 par la CTA, Dialogue intégration travaille sous la conduite de la Conférence des gouvernements cantonaux [CdC], du SEM, de l'OFSP, de l'Union des villes suisses [UVS] et de l'Association des communes suisses [ACS]. Son objectif : veiller à ce que les politiques en matière de santé et d'intégration de la Confédération, des cantons et des communes œuvrent ensemble pour offrir à tous les nouveau-nés les meilleures chances possibles de démarrer dans la vie. Les mesures préconisées par Dialogue intégration sont soutenues par les associations professionnelles de l'ensemble des spécialistes qui entourent les jeunes familles durant la période de la grossesse, pendant et après l'accouchement et durant les premières années de vie de l'enfant. La CTA a approuvé le 27 juin 2014 toute une série de recommandations concrètes s'adressant aux acteurs de l'Etat.² Elle a aussi pris acte des recommandations à l'intention des acteurs non étatiques qui se sont dits prêts à contribuer dans la mesure de leurs possibilités à la réalisation de ces objectifs.

Ce rapport présente une version abrégée des recommandations de la CTA. La version complète peut être consultée sur le site de l'organisation.³ Le chapitre Conclusion du Conseil fédéral est consacré à la participation de la Confédération à la mise en œuvre des recommandations de la CTA et à d'autres mesures prévues au niveau fédéral.

1.3 Structure du rapport

Le chapitre 2 présente une vue d'ensemble des données significatives concernant la santé maternelle et infantile des populations migrantes, suivi, au chapitre 3, des facteurs d'influence connus. Etant donné que les données et études disponibles en Suisse ne sont pas suffisantes pour déterminer ces facteurs de manière empirique, il est également fait référence à des études scientifiques réalisées dans d'autres pays. Le chapitre 4 traite de la prise en charge des mères et des enfants issus de populations migrantes et des offres qui leur sont spécifiquement destinées ; il mentionne également les mesures mises en œuvre au niveau fédéral en leur faveur et les lacunes constatées. Le chapitre 5 fait état de normes internationales et d'initiatives prises dans d'autres pays et le chapitre 6 porte sur les recommandations émises par des professionnels. Enfin, au chapitre 7, le Conseil fédéral se positionne par rapport aux conclusions du rapport et précise comment la Confédération entend contribuer à améliorer la santé maternelle et infantile des populations migrantes.

² <http://www.dialog-integration.ch/fr/>; 14.1.2015.

³ <http://www.dialog-integration.ch/fr/>; 14.1.2015.

2 Santé maternelle et infantile des populations migrantes: chiffres et faits

Le Rapport européen sur la santé périnatale (c.-à-d. avant et après la naissance) paru en 2013 intègre pour la première fois des données concernant la Suisse, ce qui permet d'effectuer une comparaison avec la situation prévalant dans d'autres pays. La Suisse se situe dans la moyenne européenne pour la plupart des indicateurs. Notre pays enregistre cependant la plus faible proportion de mères adolescentes (1,1 %) et une des plus importantes de mères nées à l'étranger (41,1 %).⁴

En l'absence de mention particulière, les données fournies dans ce chapitre se fondent sur des analyses de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2014.⁵ Etant donné que les analyses de l'OFS reposent sur des bases de données non uniformes, les groupes utilisés à des fins de comparaison présentent des différences : telle statistique compare les nationalités entre elles, telle autre les régions géographiques, une autre encore fonde la dimension migratoire sur le pays de naissance plutôt que sur la nationalité de la personne.

2.1 Caractéristiques des mères migrantes

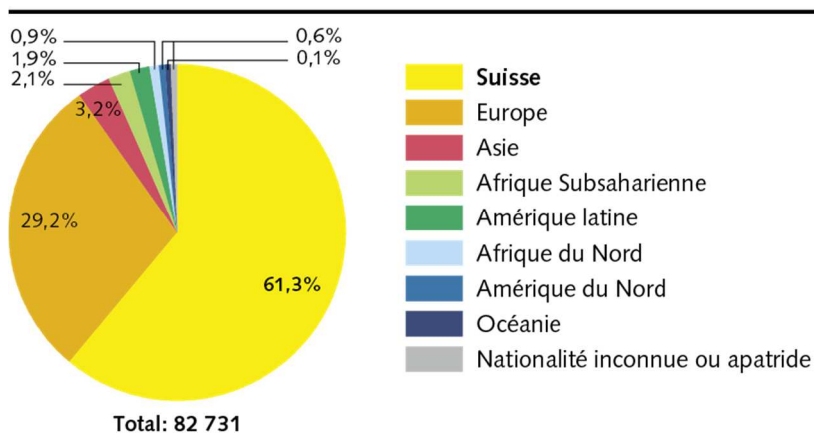
2.1.1 Origine et taux de fécondité

22,1 % des femmes résidant en Suisse sont de nationalité étrangère. En 2013, 38,1 % des mères de nouveau-nés possédaient un passeport étranger, trois quarts d'entre elles étant originaires d'un pays européen (en particulier ex-Yougoslavie, Allemagne, Portugal, Italie, France, Turquie et Espagne).

En moyenne, les femmes étrangères vivant en Suisse ont un taux de fécondité supérieur à celui des femmes suisses (naissances vivantes pour 1000 femmes de la population résidente permanente moyenne de cette classe d'âge). En 2013, le taux de fécondité des Suissesses était de 1,4 enfant alors qu'il atteignait en moyenne 2,3 pour les femmes originaires d'ex-Yougoslavie, 2,8 pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et 3,3 pour les femmes provenant de pays d'Afrique du nord. Les femmes étrangères nées en Suisse (deuxième génération) présentent en moyenne un taux de fécondité comparable à celui des Suissesses.

⁴ European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010, <http://www.europeri-stat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>; 28.11.2014.

⁵ OFS (2014) : Santé maternelle et infantile des populations migrantes, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/the-men/14/02/03/dos/05.html>, 17.10.2014.

Illustration 1 : Naissances vivantes selon la nationalité de la mère, 2013

Source: OFS – BEVNAT

© OFS, Neuchâtel 2014

2.1.2 Age

L'âge des femmes qui deviennent mères a tendance à augmenter depuis quelques années. L'âge moyen des femmes suisses au moment de la naissance de leur premier enfant est passé de 29,3 (1990) à 32,1 ans (2013) (30,8 ans en moyenne). L'âge correspondant pour les femmes de la plupart des autres nationalités a également augmenté, étant entendu que des différences existent entre les différents groupes de population. Les femmes originaires du Portugal, de la Turquie, de l'ex-Yougoslavie et de l'Afrique subsaharienne sont en moyenne plus jeunes que les Suissesses lorsqu'elles accouchent de leur premier enfant.

Parmi les femmes d'ex-Yougoslavie ayant accouché en 2013, on relève une forte proportion de femmes âgées de moins de 25 ans (26,0 %), alors qu'elles ne sont que 6,2 % parmi les Suissesses et seulement 2,7 % parmi les femmes allemandes pour la même tranche d'âge.

Si l'on considère le lieu de naissance plutôt que la nationalité, les différences restent importantes : entre 15 et 24 ans, les femmes nées à l'étranger ont un taux de fécondité cinq fois supérieur à celui des jeunes femmes nées en Suisse. Les migrantes ont également tendance à être surreprésentées dans la catégorie des mères les plus âgées (plus de 40 ans).⁶

2.2 Interruptions de grossesse

En Suisse comme dans d'autres pays européens, les interruptions de grossesse sont plus fréquentes chez les migrantes.⁷ En 2013, 4,2 ‰ de Suissesses ont subi une interruption de grossesse (soit 4,2 interruptions pour 1000 femmes) alors que ce chiffre se montait à 9,6 ‰ chez les femmes étrangères. D'importantes différences peuvent être observées selon les origines. La statistique des interruptions de grossesse doit toutefois être considérée avec prudence car seuls treize cantons recensent et transmettent la nationalité des femmes concernées à l'OFS, ce qui équivaut à environ 40 % des interventions pratiquées en Suisse. Par ailleurs, les taux sont calculés sur la base de la population résidente

⁶ Voir Indicateurs d'intégration de l'OFS : taux de fécondité par âge <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/the-men/01/07/blank/ind43.indicator.43032.430105.html> ; 28.11.2014.

⁷ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

permanente, ce qui exclut les personnes sans titre de séjour ou celles au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée et peut amener à surestimer la situation réelle pour certaines nationalités.⁸

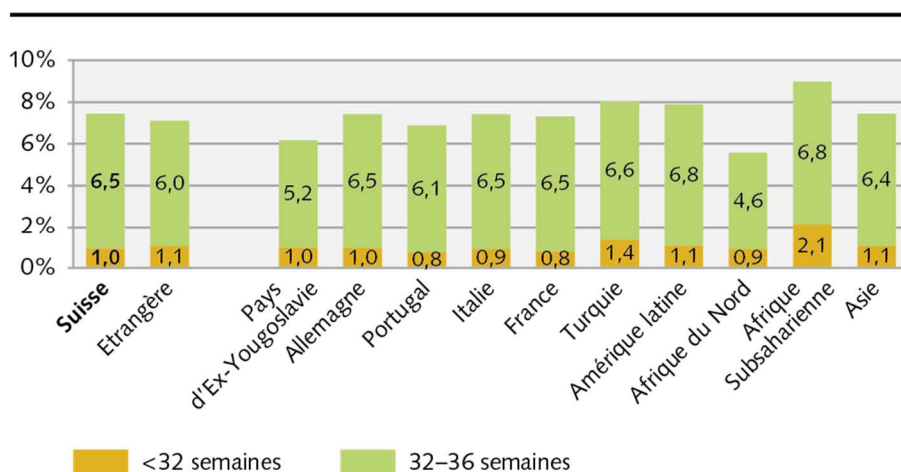
2.3 Santé des nouveau-nés

Il est très important de recenser, outre la mortalité, l'état de santé des nouveau-nés à la naissance. On sait en effet qu'un état de santé précaire à la naissance ou pendant la petite enfance peut avoir de lourdes conséquences pour le reste de l'existence.

2.3.1 Prématurité

Les différences entre les mères de différentes nationalités ne permettent pas, en Suisse, de dégager une image type de la prématurité. La proportion de naissances prématurées est nettement plus basse chez les mères originaires d'Afrique du Nord et d'ex-Yougoslavie que chez les mères suisses, alors qu'elle est plus élevée chez celles d'Afrique subsaharienne ou de Turquie, la différence n'étant significative que pour les naissances intervenant avant la 32^e semaine de gestation (illustr. 2). Une proportion de naissances prématurées supérieure à la moyenne est également constatée chez les mères originaires du Sri Lanka.

Illustration 2 : Taux de prématurité selon la nationalité de la mère, valeurs cumulées 2007- 2012



Source: OFS – BEVNAT

© OFS, Neuchâtel 2014

⁸ OFS (2014): Santé maternelle et infantile des populations migrantes.

2.3.2 Faible poids à la naissance

Par rapport aux nouveau-nés de mères suisses, ceux de mères étrangères ont plus souvent un poids de naissance inférieur à 1500 g, mais plus rarement un poids situé entre 1500 g et 2499 g (données cumulées pour la période 2003-2012). Les enfants de mères d'Afrique subsaharienne sont ceux qui présentent la plus forte proportion de poids de naissance faible ou extrêmement faible, suivis de ceux de mères sri-lankaises et turques. Dans nombre de groupes, les différences s'expliquent essentiellement par la variation des taux de prématurité, ce qui n'est pas le cas dans d'autres groupes. On observe également des différences en ce qui concerne les enfants nés à terme : les bébés de mères portugaises, espagnoles et sri-lankaises ont plus souvent un poids de naissance inférieur à 2500 g que les bébés de mères suisses.

2.3.3 Malformations congénitales

La plupart des malformations congénitales et anomalies chromosomiques ne concernent qu'une petite minorité d'enfants, ce qui rend souvent impossible d'établir des différences significatives d'après la nationalité de l'enfant. 1 nouveau-né sur 200 présente une malformation cardiaque à la naissance. On constate une proportion significativement plus élevée de malformations cardiaques chez les nouveau-nés russes ou originaires d'une république de l'ex-URSS (9,7 ‰), d'Afrique subsaharienne (9,5 ‰), d'Asie du Sud (7,5 ‰) et de France (7,0 ‰) que chez les nouveau-nés de nationalité suisse (4,6 ‰) (données cumulées pour la période 2008-2012). Les données 2001-2007 pour l'ensemble de la Suisse indiquent un nombre de cas de malformation du tube neural supérieur à la moyenne parmi les enfants de migrantes (en particulier originaires des Balkans) (voir également ch. 3.5.1).⁹

2.3.4 Détresse respiratoire et hospitalisation en unité de soins intensifs

Les cas de détresse respiratoire sont plus fréquents chez les nouveau-nés originaires de pays d'Afrique (6,7 %), d'Europe de l'Ouest et du Nord (6,1 %), de Russie ou d'une république de l'ex-URSS (6,0 %), d'Asie du Sud (5,9 %), d'Allemagne (5,4 %), de France (5,4 %) ou d'Europe de l'Est (5,0 %) que chez les nouveau-nés suisses (4,7 %). En outre, les nouveau-nés originaires de ces pays, à l'exception de l'Allemagne et des pays de l'Europe de l'Est, ont plus souvent été hospitalisés dans une unité de soins intensifs. La proportion de séjours en soins intensifs la plus élevée s'observe parmi les nouveau-nés d'Afrique centrale et de l'Ouest (4,6 %), contre 1,2 % pour les nouveau-nés suisses (données cumulées pour la période 2008-2012).

2.4 Mortinatalité et mortalité infantile

La mortalité infantile a reculé de manière significative en Suisse jusqu'au début des années 80 pour atteindre un niveau très bas en comparaison internationale. Cette évolution s'explique principalement par un recul des décès pendant la première semaine de vie (mortalité néonatale précoce). Après une période de stagnation dans les années 80, la mortalité infantile a à nouveau chuté d'un tiers au début des années 90, cette fois à la suite d'une baisse du nombre de décès parmi les enfants âgés entre un mois et une année (mortalité néonatale tardive).

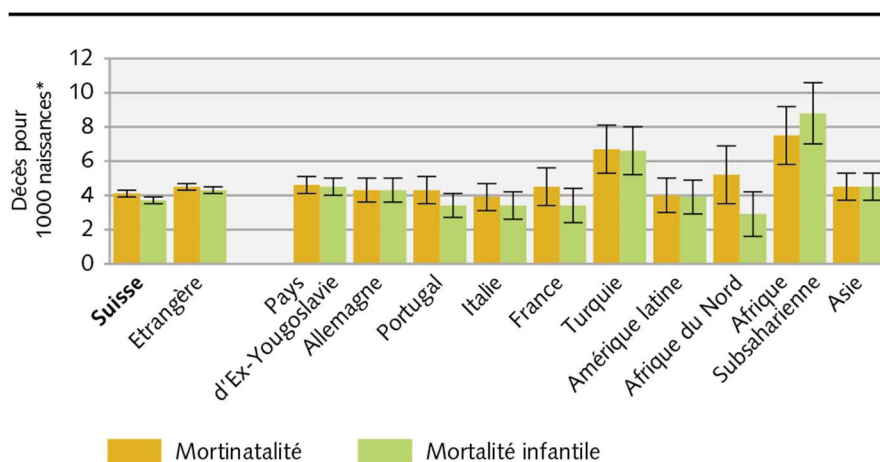
Actuellement, plus de la moitié des décès d'enfants pendant la première année de leur existence sont liés à des problèmes en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement, p. ex. rupture prématurée des membranes, infections, prématurité, anoxie à la naissance ou détresse respiratoire du nouveau-né. Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques sont à l'origine d'environ un tiers des décès de nourrissons. Le syndrome de mort subite du nourrisson MSN (SIDS : Sudden

⁹ Poretti A. et al. (2008): Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: Are periconceptual folic acid recommendations being followed?" *Swiss Med Wkly* 138 (41-41).

Infant Death Syndrom), qui touchait plus de 17 % des décès en 1990, a reculé de manière significative pour s'établir actuellement à 4 %. D'autres causes de décès sont les accidents et les maladies.¹⁰

Les enfants de mères turques ou originaires d'Afrique subsaharienne présentent des taux de mortalité et de mortalité infantile significativement plus élevés que ceux de mères suisses (illustr. 3). Une mortalité infantile plus élevée peut également être observée chez les enfants de mères originaires d'ex-Yougoslavie. Les taux recensés pour les autres groupes de provenance (Afrique du Nord, Portugal, Italie) correspondent à ceux des enfants suisses ou sont légèrement inférieurs.

Illustration 3: Mortinatalité et mortalité infantile selon la nationalité de la mère, 2003-2012



* Mortalité infantile: pour 1000 naissances vivantes

Source: OFS – BEVNAT

© OFS, Neuchâtel 2014

2.5 Santé de la mère

2.5.1 Type d'accouchement

Entre 2008 et 2012, les césariennes représentaient en moyenne 32,8 % des accouchements. Les Suissesses accouchent un peu plus fréquemment par césarienne que les femmes étrangères. Des différences marquées peuvent toutefois être observées selon les nationalités. Les femmes latino-américaines présentent le plus haut taux de césariennes (41,4 %), suivies par les Italiennes (37,3 %), les femmes d'Asie du Sud (36,3 %) et celles d'Afrique subsaharienne (36,0 %). Les taux les plus bas concernent les femmes originaires d'Europe de l'Est (27,2 %) et les Françaises (27,4 %).¹¹

2.5.2 Hémorragies après l'accouchement et fièvre puerpérale

Les mères d'Afrique subsaharienne et asiatiques qui accouchent dans des hôpitaux suisses présentent des taux d'hémorragie postpartum et de fièvre puerpérale plus élevés que les Suissesses (données cumulées pour la période 2008-2012). Une fréquence de fièvre puerpérale supérieure à la moyenne est également observée chez les mères originaires d'Afrique du Nord et d'Amérique latine, dans une moindre mesure aussi chez celles du Proche-Orient, d'Europe de l'Est, d'Europe de l'Ouest et d'Europe du Nord. En outre, les femmes originaires de ces pays, à l'exception de celles d'Europe

¹⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/01.html>; 18.11.2014.

¹¹ Voir également « Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier » (08.3935), 2013 ; 28.11.2014.

de l'Est, ont plus souvent dû être hospitalisées dans une unité de soins intensifs.

2.5.3 Dépressions pré- et postnatales

Une étude réalisée à Genève à partir d'entretiens avec des femmes allophones pendant et après leur grossesse met en évidence que celles-ci sont significativement plus exposées au risque de dépression pré et postnatale. Il s'agit de femmes arrivées en Suisse depuis peu et qui, souvent, doivent se débrouiller seules et sont isolées socialement.¹² Des études effectuées dans d'autres pays amènent également à penser que les migrantes ont davantage tendance à souffrir de dépression du postpartum.¹³

2.5.4 Mortalité maternelle

Entre 2003 et 2012, 43 décès maternels, c.-à-d. des décès liés à une grossesse, un accouchement ou des traitements associés à la périnatalogie, ont été enregistrés en Suisse. 25 d'entre eux concernaient des Suissesses et 18 des femmes étrangères, ce qui correspond à 5,1 de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes chez les femmes suisses et 6,4 pour 100 000 naissances chez les femmes étrangères, soit une mortalité maternelle supérieure d'environ 25 % pour les femmes étrangères résidant en Suisse. Le nombre de cas considérés est cependant trop faible pour que cette différence soit statistiquement significative.

¹² Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones.

¹³ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

3 Facteurs de risques pour la santé maternelle et infantile

Les facteurs qui ont une incidence sur la santé des mères et des nouveau-nés sont multifactoriels. D'aucuns sont liés à la personne, comme l'âge, la profession, la formation et le mode de vie, d'autres relèvent du système de santé, comme la qualité de la communication entre la patiente et le personnel soignant. Les facteurs les plus importants et empiriquement les mieux démontrés sont développés et traités sous l'angle de la problématique migratoire dans la partie qui suit. Tous ne se fondent pas sur des résultats d'études.

3.1 Age de la mère

Une maternité très précoce ou tardive peut présenter un risque pour la santé de la mère ou de l'enfant. La statistique suisse des naissances indique que les migrantes âgées entre 15 et 24 ans (autrement dit très jeunes) et entre 40 et 44 ans ont un taux de fécondité supérieur à celui des Suissesses (voir ch. 2.1.2).

3.2 Environnement économique et social

De nombreuses études relèvent qu'il existe une corrélation entre un statut socioéconomique précaire et le déroulement d'une grossesse et l'état de santé du nouveau-né. Aux Pays-Bas, par exemple, il a été prouvé que la mortalité infantile était nettement supérieure dans les quartiers défavorisés (cette observation valant également pour les quartiers dans lesquels résidaient essentiellement une population indigène à bas statut socioéconomique).¹⁴ Une étude réalisée en Suisse indique aussi qu'il existe un rapport entre le niveau de formation des mères et un faible poids du nourrisson à la naissance.¹⁵

Plusieurs mécanismes permettent d'expliquer le lien entre l'état de santé déficient de la mère et de l'enfant et un bas statut socioéconomique. Un faible niveau de formation peut amener les mères à solliciter insuffisamment, ou alors de manière inappropriée, les offres de prévention et de traitement disponibles (p. ex. premier contrôle prénatal tardif). On sait également que des conditions de vie difficiles augmentent le stress physique et psychique. Un travail physiquement astreignant et des conditions de travail pénibles (travail en équipes, semaines chargées, etc.) constituent également des risques en termes de grossesse et d'accouchement.¹⁶

Un manque de moyens financiers peut aussi avoir pour conséquence directe une contraception peu rigoureuse : en Suisse, les moyens de contraception ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.¹⁷ Une étude réalisée à Bâle auprès de requérantes d'asile montre que des difficultés financières peuvent amener les femmes à ne pas utiliser régulièrement une contraception, avec le risque de grossesse non désirée que cela comporte.¹⁸

¹⁴ De Graaf J. P. et al. (2012): Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *J Matern Fetal Neonatal Med.*

¹⁵ Bollini, P. et al. (2010): Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse.

¹⁶ Graaf, J.P., Steegers Eric A.P. et al. (2013): Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 25.

¹⁷ Le Conseil fédéral a déjà pris position à ce sujet dans le cadre de deux interventions parlementaires ([motion 13.3494](#), [motion 10.3306](#)).

¹⁸ Kurth, E. et al. (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010, 10:659.

3.2.1 Niveau de formation

En moyenne, les migrantes résidant en Suisse ont un niveau de scolarité inférieur à celui des Suissesses. Plus particulièrement celles originaires de pays hors de l'UE/AELE et de pays non européens n'ont souvent que le niveau de la scolarité obligatoire ; elles sont aussi plus nombreuses à avoir quitté l'école prématurément.¹⁹ Les personnes originaires du Portugal, de Serbie, de Turquie et du Kosovo interrogées dans le cadre du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse présentaient un niveau de formation nettement inférieur à celui des Suissesses et des Suisses interrogés dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé. Alors que 51 % des Turcs, hommes et femmes confondus, ont déclaré ne pas avoir achevé de cursus postobligatoire, ils n'étaient que 6 % parmi les Suisses.

3.2.2 Pression sociale et économique

Les migrantes subissent une pression sociale importante pendant la grossesse. Les nouvelles normes socioculturelles auxquelles elles sont confrontées du fait de la migration et la perte de réseaux sociaux rendent leurs conditions de vie plus difficiles. Une étude réalisée en Suisse indique que les futures mères ont souvent une situation économique précaire, ce qui les soumet à un stress important, et qu'elles doivent parfois travailler durement pendant leur grossesse. Un groupe particulièrement vulnérable est celui des migrantes sans autorisation de séjour (les « sans-papiers ») et des requérantes d'asile.²⁰ Un travail de recherche effectué à Genève montre quant à lui que les migrantes sans titre de séjour valable sont plus souvent victimes de violence pendant la grossesse que les Suissesses ou les migrantes en possession d'une autorisation de séjour.²¹

Un manque de soutien social est également observé par plusieurs études. Les requérantes d'asile doivent souvent se débrouiller seules et ont peu de contacts sur lesquels elles peuvent compter. On suppose que l'isolement social associé à des conditions de vie précaires contribue à une augmentation du nombre des interruptions de grossesse.²²

3.3 Mode de vie

3.3.1 Alimentation, prise de médicaments

Des facteurs relevant du mode de vie et susceptibles d'entraîner des complications en cas de grossesse sont plus fréquents chez les migrantes que chez les Suissesses. Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse confirme qu'une partie des migrantes se considère en moins bonne santé que les Suissesses, s'alimente moins sainement, est moins active physiquement et souffre davantage de troubles psychiques liés en partie au contexte migratoire. Selon une étude réalisée par l'Hôpital universitaire de Bâle, les migrantes enceintes présentent, dans l'ensemble, un indice de masse corporelle (BMI = Body Mass Index) supérieur à celui des Suissesses et consomment davantage de médicaments.²³

¹⁹ Indicateurs d'intégration de l'OFS, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>; 28.11.2014.

²⁰ Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones / Bollini P., Waner, P. (2006): Santé reproductive des collectivités migrantes / Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

²¹ Wolff, H. et al. (2008): Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health 8, 93.

²² Kurth, E. et al. (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. BMC Public Health 2010, 10:659.

²³ Guggisberg, J. et al. (2010): Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII). Schlussbericht (seulement en allemand) / Alder, J. Fink N. et al. (2008): The effect of migration background on obstetric performance in Switzerland. Eur J Contracept Reprod Health Care 13(1).

3.3.2 Consommation de tabac et d'alcool

De manière générale, on conseille aux femmes enceintes de s'abstenir de consommer du tabac et de l'alcool afin d'éviter les effets nocifs sur le développement du fœtus. Alors que le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse fait état d'une plus forte prévalence du tabagisme dans de nombreux groupes (pour les hommes comme pour les femmes), des études réalisées à Bâle et à Genève indiquent que les migrantes ne fument pas davantage que les Suissesses lorsqu'elles sont enceintes. Quant à leur consommation d'alcool, elle est de manière générale inférieure à celle de la population indigène.²⁴ Une étude récente indique que la consommation d'alcool pendant la grossesse ne permet pas d'observer de différences entre les habitudes des femmes étrangères et des Suissesses.²⁵

3.4 Risques spécifiques pour la santé

3.4.1 Mutilations génitales féminines (MGF)

Quelque 10 000 jeunes filles et femmes vivant en Suisse ont subi des mutilations génitales ou sont exposées au risque d'être excisées. La mutilation génitale féminine constitue une grave atteinte à l'intégrité physique ainsi qu'une violation du droit international et national. En Suisse, une norme pénale réprime expressément les MGF depuis juillet 2012. Les expériences de ces dernières années montrent que les patientes ayant subi des MGF ne sont pas toujours traitées de manière adéquate en Suisse. Les mutilations génitales exposent les femmes enceintes ou qui accouchent à des risques tels que prolongement de la phase d'expulsion, risque accru d'hémorragie postnatale et lésions au moment de l'accouchement. Elles peuvent aussi avoir une incidence sur la santé du nouveau-né.²⁶

3.4.2 Maladies infectieuses

Selon leur région de provenance, les migrantes sont exposées à des maladies infectieuses qui nécessitent des examens et des traitements particuliers. Des études réalisées en Suisse mettent en évidence les éléments suivants :

- Les migrantes établies en Suisse originaires de pays où l'épidémie de VIH est généralisée présentent un plus grand risque d'infection, souvent combiné à d'autres maladies sexuellement transmissibles. En 2013, 25 % des diagnostics de VIH contractés dans le cadre de rapports hétérosexuels concernaient des personnes originaires de pays à haute prévalence de VIH ; 59 % étaient des femmes. La plupart d'entre elles (67 %) ont déclaré avoir été infectées dans leur pays d'origine.²⁷
- Les diagnostics de chlamydie sont relativement fréquents chez les migrantes sans autorisation de séjour (en particulier chez les travailleuses du sexe). Ces infections entraînent un plus grand risque d'accouchement prématuré pour les femmes enceintes et de conjonctivite ou de pneumonie pour le nouveau-né en cas de transmission néonatale.²⁸

²⁴ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

²⁵ Quack Lötscher, K. und Hösli, I. (2014): Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication. Rapport non publié à l'attention de l'OFSP.

²⁶ Société Suisse de Gynécologie et d'obstétrique (2005) : Guideline. Mutilations génitales féminines : recommandations à l'intention des professionnels de la santé, http://sggg.ch/files/fckupload/file/2_Fachpersonen/Guidelines/franzoesisch/Mutilations_genitales_feminines_2005.pdf. OMS : Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/fr/ ; 12.1.2015.

²⁷ OFSP (2014): Nombre de cas de VIH et d'IST en 2013 : rapport, analyses et tendances. Bulletin 20, 12 mai 2014.

²⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

- Les Suissesses, les Allemandes et les Autrichiennes sont davantage immunisées contre la rubéole et la toxoplasmose que les femmes originaires d'autres pays et résidant en Suisse.²⁹ Une infection avec des agents pathogènes de la toxoplasmose en cours de grossesse peut, dans de rares cas, provoquer des conjonctivites et des lésions du cerveau chez l'enfant. Quant à la transmission de la rubéole, elle peut selon le stade de la grossesse, entraîner une fausse couche ou des malformations graves du bébé à naître.

3.4.3 Diabète gestationnel

Une méta-analyse indique que dans plusieurs pays d'accueil, les migrantes sont davantage touchées par le diabète que les autres femmes au cours de la grossesse. Ce phénomène est en partie dû à des raisons génétiques : la prévalence du diabète gestationnel est en effet significativement plus élevée en Asie du Sud-Est que dans d'autres régions. Cette complication de la grossesse peut perturber le fonctionnement du placenta et, partant, nuire au développement du fœtus. Le diabète gestationnel est également responsable d'un poids de naissance supérieur à la moyenne pour le nouveau-né, ce qui peut occasionner des lésions pour la mère au moment de l'accouchement ou constituer une indication pour une césarienne. Il favorise par ailleurs la manifestation d'autres maladies liées à la grossesse, comme la pré-éclampsie.³⁰

3.5 Facteurs relevant du système de santé

L'augmentation des risques pour la mère et l'enfant peut aussi résulter du fait que le système de santé est plus difficile à appréhender pour les migrantes que pour les Suissesses, ce qui les inciterait à solliciter moins souvent ou de manière inadéquate les offres disponibles ou encore à abandonner la « chaîne thérapeutique ». Les plus concernées sont les migrantes en situation socioéconomique précaire et à bas niveau de formation, généralement plus inhibées et en butte à des difficultés de communication. Cette thématique a encore rarement été étudiée en Suisse en association avec les soins de santé, la grossesse et la naissance.

3.5.1 Accès aux recommandations de prévention

L'accès aux informations en matière de santé est forcément limité lorsqu'une personne ne maîtrise pas la langue parlée dans une région. Il n'existe que quelques rares études consacrées à l'accès des migrantes aux informations et recommandations avant et pendant la grossesse ainsi qu'après l'accouchement. Une des études portant sur l'ensemble de la Suisse observe une fréquence des malformations du tube neural supérieure à la moyenne chez les nouveau-nés de migrantes et un apport d'acide folique nettement insuffisant chez les mères.³¹ Par contre, les taux de couverture vaccinale ont tendance à être supérieurs chez les enfants de nationalité étrangère en ce qui concerne les maladies infantiles.³²

3.5.2 Fréquence des consultations prénatales

La littérature consultée pour la période depuis 2006 ne fournit guère d'informations sur le moment de la première consultation prénatale par les migrantes en Suisse, le type de consultation (sages-femmes, policliniques, médecins libéraux) ou encore la qualité du suivi des grossesses. Une étude ré-

²⁹ Frischknecht F. et al. (2011): Serological testing for infectious diseases in pregnant women: are the guidelines followed? *Swiss Med Wkly* 140.

³⁰ Gagnon A. (2011): International migration and gestational diabetes mellitus : a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 25(6).

³¹ Poretti A. et al. (2008): Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: Are periconceptual folic acid recommendations being followed? *Swiss Med Wkly* 138(41-41).

³² Lang, Ph. Et al. (2011): The Swiss National Vaccination Coverage Survey, 2005–2007. *Public Health Reports*, Volume 126.

alisée à Genève auprès de migrantes sans titre de séjour valable arrive à la conclusion que, dans l'ensemble, ces femmes effectuent la première consultation prénatale plus tardivement que les autres femmes.³³ Plusieurs études conduites dans d'autres pays d'accueil (Canada, Etats-Unis, Pays-Bas, Allemagne, Italie, Espagne, Irlande) vont dans le même sens et indiquent même que les migrantes passent leur première consultation prénatale nettement plus tard et qu'elles sont généralement moins bien suivies pendant leur grossesse.³⁴ Une étude récente effectuée en Suisse ne permet pas de tirer la même conclusion. Les résultats de cette dernière étude doivent toutefois être accueillis avec circonspection car ils reposent sur un échantillon relativement restreint.³⁵

3.5.3 Accès au système de santé

Du point de vue juridique et quel que soit son statut de séjour, toute personne résidant en Suisse a accès au système de santé (voir également ch. 4.1). Concrètement, il arrive pourtant que certains groupes à risque aient des difficultés à solliciter les prestations existantes. Il s'agit principalement de migrantes au statut de séjour précaire qui, pour différentes raisons (assureur-maladie incompetent, peur d'entreprendre des démarches administratives alors qu'elles ne possèdent pas de titre de séjour, etc.) recourent tardivement à une aide médicale.³⁶ Un taux plus élevé de grossesses non désirées a également été observé chez les femmes sans autorisation de séjour, ce qui peut s'expliquer par des difficultés à accéder à des moyens de contraception.³⁷

Des études plus poussées ont mis en évidence que, souvent, les migrantes connaissent mal le système de santé, n'osent pas demander des prestations et anticipent des problèmes de communication avec le personnel de santé, autant de raisons qui peuvent les inciter à moins solliciter les offres de prévention que la moyenne des femmes. Par ailleurs, des difficultés à se faire comprendre peuvent avoir pour conséquence que les professionnels ne leur proposent pas un certain nombre d'offres de prévention ou alors ne les informent que tardivement du diagnostic et des traitements existants.³⁸

3.5.4 Communication avec les professionnels de la santé et qualité de la prise en charge

Le deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse a révélé qu'un cinquième des hommes et un quart des femmes interrogés avaient des difficultés à se faire comprendre par les médecins.³⁹ Une étude réalisée à Genève indique que la barrière de la langue pose un problème essentiellement lorsqu'il y a lieu de procéder à une intervention d'urgence (p. ex. césarienne non planifiée, transfert d'un nouveau-né en unité de néonatalogie).⁴⁰ Dans une autre étude portant sur l'ensemble de la Suisse, les médecins ou sages-femmes ont estimé que la communication avec les patientes étrangères lors des consultations prénatales était insatisfaisante dans 23 % des cas (contre seulement 3 % avec les patientes suisses). Pour leur part, les femmes ont considéré que la communication était insuffisante dans seulement 8 % des cas (étrangères) et 3 % (Suissesses).⁴¹ Une étude

³³ Wolff, E. et al. 2008: Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 8:93.

³⁴ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

³⁵ Quack Lötscher, K. und Hösli, I. (2014): Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication, rapport non publié à l'intention de l'OFSP.

³⁶ Efonyai-Mäder D. et al (2011): Les soins de santé pour les migrants sans papiers en Suisse. *Population*. http://www.no-where.land.info/?i_ca_id=410 ; 14.1.2015

³⁷ Wolff, E. et al. 2008: Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 8:93.

³⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

³⁹ Guggisberg, J. et al. (2010): Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII). Schlussbericht (version allemande seulement).

⁴⁰ Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones.

⁴¹ Bollini, P. et al. (2014): Maternity and Migration in Switzerland. Measuring risk factors and quality of antenatal care. Rapport non publié, à l'attention de l'OFSP/SEM.

réalisée aux Pays-Bas a mis en évidence qu'une communication insuffisante et un manque de confiance entre la femme enceinte et les professionnels de la santé pouvaient porter préjudice à la qualité de la prévention : sur 20 cas de complications périnatales analysées par des obstétriciens, 16 ont été attribués à une prise en charge insuffisante des migrantes enceintes.⁴² Le manque de communication peut entraîner, de l'une ou de l'autre des parties, une rupture du rapport de confiance : les migrantes ont dans l'idée qu'elles sont de toute façon suivies de manière inadéquate ou avec condescendance et les professionnels de la santé s'attendent d'emblée à ce que les femmes ne comprennent pas vraiment ce qui leur est dit et ne respectent pas les recommandations qui leur sont faites (problème de compliance).⁴³

En Suisse, nous ne disposons guère de données scientifiques sur les différences de qualité des traitements médicaux entre les différents groupes de population. Une étude récente qui se penche sur cet aspect dans le cadre des consultations prénatales et de l'assistance à la naissance n'est pas vraiment significative en raison du faible nombre de patientes étudiées. Néanmoins, elle ne relève pas de différence entre les soins dispensés aux patientes étrangères et suisses (p. ex. en ce qui concerne les tests et dépistages recommandés pendant la grossesse).⁴⁴

3.6 Conjonction de plusieurs facteurs

Les inégalités socioéconomiques peuvent en partie expliquer les différences observées en termes de santé maternelle et infantile. Plusieurs études relèvent toutefois l'importance de la dimension migratoire et insistent sur le fait que les différences n'ont pas toutes des facteurs socioéconomiques pour origine. Des écarts significatifs entre de nombreuses communautés de migrantes et les femmes indigènes subsistent en effet même après analyse du contexte socioéconomique sous l'angle statistique.⁴⁵ Un état de santé déficient chez la mère et l'enfant résulte donc de différents facteurs qui, souvent, se cumulent chez les femmes et les enfants migrants. Les conséquences d'un bas niveau de formation ou de conditions de travail précaires se trouvent accentuées par des éléments spécifiques à la migration, comme une maîtrise insuffisante de la langue, l'absence de réseaux sociaux, la méconnaissance du système de santé suisse ou un statut de séjour fragile.

Les causes du taux de mortalité maternelle plus élevé dans certaines communautés de migrantes par rapport à celui des femmes indigènes restent peu claires étant donné qu'en Suisse, chaque cas n'est pas systématiquement examiné. Des analyses qui étudient rétrospectivement tous les cas sur une période de dix ans existent certes⁴⁶, mais les données détaillées et les circonstances exactes des décès ne sont pas connues. Dans d'autres pays, les décès en lien avec une naissance sont analysés de manière différenciée pour en déterminer la cause. En Grande-Bretagne, par exemple, un rapport conclut que la mortalité maternelle significativement plus élevée des femmes originaires d'Afrique subsaharienne est due, entre autres, à un système peu satisfaisant de traduction, à une prise de conscience insuffisante de la réalité des mutilations génitales féminines, à des consultations prénatales tardives ou en nombre insuffisant et à des actes de violence domestique.⁴⁷ La France attribue en partie le taux

⁴² Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

⁴³ Binder, P. et al. (2012): Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants(...) Soc sci Med 75.

⁴⁴ Quack Lötscher, K. und Hösli, I. (2014): Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication. Rapport non publié, à l'intention de l'OFSP.

⁴⁵ Bollini, P. et al. (2010): Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse.

⁴⁶ Meili, G. et al. (2003): Mütterliche Mortalität in der Schweiz 1985-1994. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 2003; 43. Fässler, M. et al. (2010): Maternal mortality in Switzerland 1995-2004. Swiss Med Wkly 2010; 140.

⁴⁷ Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2007) Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. CEMACH, London. Voir également <http://www.hqip.org.uk/cmace-reports/> pour des rapports de Grande-Bretagne sur "Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom".

de mortalité plus élevé à une prise en charge de moins bonne qualité des migrantes enceintes.⁴⁸ Une étude suédoise récente constate également que les mères nées à l'étranger présentent un plus grand risque de mortalité, dû notamment à un manque de compliance, à des problèmes de langue et à une prise en charge inadéquate.⁴⁹

3.7 Lacunes dans les données

A défaut d'autres possibilités, on se réfère généralement en Suisse au seul critère de nationalité quand il s'agit d'établir des différences entre la population migrante et la population suisse. La nationalité ne représente toutefois qu'un aspect de la dimension migratoire : telle personne détentrice d'un passeport suisse peut parfaitement être issue de la migration, telle autre, de nationalité étrangère, résider en Suisse depuis deux, voire trois générations. Pour disposer d'informations pertinentes, il faudrait donc recenser d'autres paramètres, par exemple la durée de séjour en Suisse ou le statut de séjour. Ce type de données fait défaut dans bien des cas.

De nombreuses statistiques relatives à la santé maternelle et infantile ne font même pas systématiquement état de la nationalité. Dans les statistiques d'interruptions de grossesse, seulement quinze cantons recensent la nationalité des femmes concernées et seulement treize d'entre eux fournissent régulièrement cette information à l'OFS.⁵⁰

La statistique médicale des hôpitaux recense séparément les données des mères et des nouveau-nés. Il n'est donc possible d'analyser les diagnostics et traitements des enfants que selon la nationalité de ces derniers et non pas selon celle de leurs mères ; en outre, les données de la mère et de l'enfant ne peuvent pas être reliées entre elles.⁵¹

En Suisse, les cas de mortalité maternelle ne font pas l'objet d'un examen détaillé anonymisé qui pourrait fournir des renseignements sur les circonstances exactes de ces décès, comme c'est le cas dans différents pays européens, la Grande-Bretagne, la France, les Pays-Bas et la Slovénie, par exemple.⁵²

⁴⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

⁴⁹ Esscher A. 2014: Maternal mortality in Sweden, Classification, Country of Birth, and Quality of Care. Uppsala University.

⁵⁰ AG, BL, BS, FR, JU, NE, OW, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

⁵¹ Voir également Accouchement par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935), 2013, <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=fr>; 28.11.2014.

⁵² Bouvier-Colle, M-H. (2012): What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. BJOG 10.1111.

4 Prise en charge et offre en soins en Suisse pour les femmes enceintes, les mères et les enfants issus de la migration

4.1 Assurance obligatoire des soins pour toute personne résidant en Suisse et obligation de prise en charge pour les hôpitaux

Toute personne domiciliée en Suisse a l'obligation de contracter une assurance-maladie. Pour leur part, les hôpitaux publics sont tenus d'accueillir tous les assurés domiciliés dans le canton et, en situation d'urgence, les personnes domiciliées dans d'autres cantons. L'assurance obligatoire des soins et l'obligation faite aux hôpitaux de prendre en charge les patients fournissent, ensemble, la garantie que toutes les personnes vivant en Suisse ont accès à des soins médicaux de qualité.

Le Conseil fédéral s'est penché sur la situation particulière des « sans-papiers » (c.-à-d. des migrants sans autorisation de séjour valable) par rapport à l'assurance-maladie et à l'accès aux soins de santé dans le cadre du postulat Heim (09.3484).⁵³ Dans son rapport, il précise que d'un point de vue juridique, le principe de l'assurance obligatoire s'applique également aux sans-papiers. Ceux-ci ont donc l'obligation de s'assurer et, en retour, les assureurs-maladie sont tenus de les assurer. Il ajoute par ailleurs que dans certains cas, les sans-papiers ont aussi droit à des rabais de prime d'assurance.

Pour leur part, les assureurs-maladie ont l'interdiction de transmettre des informations sur les sans-papiers à des tiers. Le devoir de discrétion s'étend au personnel de santé. On estime toutefois que seul un petit nombre de sans-papiers possède une assurance-maladie (environ 10 à 20 %).⁵⁴ Concrètement, plusieurs obstacles font que ce groupe cible accède plus difficilement aux prestations médicales.⁵⁵

Des efforts sont entrepris pour renforcer les compétences des professionnels de la santé dans la prise en charge des migrants et faire en sorte que ceux-ci aient plus facilement accès aux informations et aux prestations médicales. Cette « ouverture transculturelle » a pour objectif d'ajuster les offres et les mesures aux besoins des personnes issues de la migration. Certaines institutions du domaine de la santé et de l'intégration proposent par ailleurs des cours et des projets destinés spécifiquement aux migrantes.

4.2 Offres émanant d'acteurs du domaine de la santé

Lors d'une enquête mandatée par l'OFSP auprès de maternités, pédiatres, sages-femmes, gynécologues, centres de consultation pour pères et mères, conseillères en allaitement et centres de planning familial, 288 participants ont répondu que leur institution ou projets prévoyaient des offres tenant compte des besoins des migrants. Il apparaît qu'un grand nombre d'entre eux sont sensibles à l'approche transculturelle. De nombreuses institutions (notamment les centres de consultation ou les hôpitaux) proposent dans le cadre de leurs offres des mesures spécialement adaptées aux besoins de la population migrante. En outre, certains projets s'adressent spécifiquement à des personnes issues de la migration.⁵⁶

⁵³ Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484), 2012.

⁵⁴ Rüefli, Ch. et al. (2011): Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484).

⁵⁵ Efonayi-Mäder D., Wyssmüller Ch., (2011) : Les soins de santé pour les migrants sans papiers en Suisse. Population. http://www.nowhereland.info/?i_ca_id=410

⁵⁶ OFSP 2013 : Offres tenant compte de la population migrante en matière de santé reproductive et de petite enfance en

Exemple : *Mamamundo* est une prestation à l'intention des migrantes enceintes résidant dans le canton de Berne. Il s'agit d'un cours de préparation à la naissance durant lequel les femmes sont informées et conseillées sur tout ce qui a trait à la grossesse, la naissance et le retour à la maison après l'accouchement. Un objectif majeur du cours est de toucher les femmes particulièrement défavorisées. Les migrantes apprennent l'existence de ce cours par des professionnels, notamment hôpital, médecin-traitant, services sociaux, bureau de l'intégration ou interprète communautaire. Chaque cours comporte six séances, dont une après l'accouchement. Les séances sont animées par une sage-femme. Si nécessaire, des interprètes communautaires effectuent la traduction en albanais, tamoul, somalien, tigrinya, anglais, français et arabe.

Des offres spécifiques à l'intention de groupes cibles particulièrement vulnérables qui accèdent difficilement au système de santé (p. ex. migrantes sans autorisation de séjour) existent dans plusieurs villes suisses.⁵⁷

Exemple : la *Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires CAMSCO* est un service spécialisé de l'Hôpital universitaire du canton de Genève. Elle facilite l'accès aux soins préventifs, curatifs et de réhabilitation pour les personnes en situation précaire, dans le but de les intégrer dans le système de soins régulier. Cette prestation vise généralement les personnes en situation précaire, dont de nombreux migrants, avec ou sans autorisation de séjour. Les femmes enceintes sans papiers sont adressées au service de maternité qui a mis sur pied une consultation spéciale à leur intention.

En vertu de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse (RS 857.5), les cantons sont tenus d'instituer des centres de consultation auprès desquels les femmes enceintes peuvent se renseigner gratuitement. Ouverts à tous, ces centres proposent des informations neutres sur tout ce qui a trait à la grossesse, à l'interruption de grossesse, à la contraception, etc.⁵⁸

Les projets visant à renforcer la continuité dans la chaîne de soins (voir également ch. 4.4) s'adressent eux aussi à toutes les personnes concernées et non exclusivement aux migrantes. Néanmoins, les personnes socialement défavorisées ou mal intégrées en profitent particulièrement étant donné que, sans aide, elles ont davantage de mal à trouver leurs repères.

Exemple : *Family Start Bâle-Campagne et Bâle-Ville* est un projet pilote qui vient combler une lacune de la prise en charge, celle d'assurer un suivi. Le projet propose aux jeunes parents une assistance téléphonique 24h sur 24 après le retour à la maison et des visites à domicile de sages-femmes 365 jours par an. Ce nouveau modèle de soins repose sur une convention de prestations conclue entre la maternité de l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital Bethesda de Bâle, d'une part, et un réseau de sages-femmes, d'autre part. *Family Start* bénéficie de l'accompagnement scientifique de l'Institut tropical et de santé publique suisse, de l'Institut des sages-femmes de la ZHAW, de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et de la Haute école spécialisée bernoise.

4.3 Engagement à ce jour au niveau de l'Etat

En Suisse, l'accès aux soins relève en grande partie des prérogatives cantonales. Les cantons proposent aux mères et à leurs enfants différentes prestations dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Ces dernières années, avec le soutien de l'Office fédéral de la santé publique, quinze d'entre eux se sont posé la question de savoir si leurs offres tenaient suffisamment compte des besoins de la population migrante. Cet examen a conduit nombre de cantons à élaborer des recommandations et des mesures concrètes. Certains (notamment Bâle-Campagne) ont développé des

Suisse.

⁵⁷ Wyssmüller Ch., Efonyi-Mäder, D. (2011) Undocumented Migrants: their needs and strategies for accessing health care in Switzerland. Country Report on People & Practices.

⁵⁸ Vue d'ensemble des centres de consultation existants: <https://www.sante-sexuelle.ch/fr/centres-de-conseil/>; 24.4.2015

offres à l'intention des parents (services de consultation pour mères et pères) ou des enfants (soutien préscolaire) et ont introduit des mesures pour encourager les groupes de migrants difficilement accessibles à y recourir.⁵⁹

Le degré d'engagement des communes et des villes est très variable. De nombreuses communes proposent un grand choix d'informations aux jeunes parents, par exemple les Messages aux parents de Pro Juventute, disponibles également dans les principales langues de la population migrante en Suisse.

4.3.1 Encouragement spécifique de l'intégration / Programmes cantonaux d'intégration

Depuis le 1^{er} janvier 2014, chaque canton dispose d'un programme cantonal d'intégration [PIC]⁶⁰ définissant l'ensemble des mesures liées à l'encouragement spécifique de l'intégration. Cet encouragement s'entend comme un complément aux mesures mises en place par le système (notamment par les institutions du domaine de la santé). Les objectifs des PIC sont fixés dans le cadre de conventions de programme passées entre l'Office fédéral des migrations (devenu Secrétariat d'Etat aux migrations) et les cantons pour la période 2014-2017. Les programmes sont financés conjointement par la Confédération et les cantons ; le thème de la santé est abordé de différentes manières, par exemple sous la forme d'offres de conseils ou de cours. Les PIC encouragent le recours à des services d'interprétariat communautaire pour des domaines comme la santé, la formation et l'intégration sociale. L'encouragement préscolaire constitue un élément particulier des programmes cantonaux : si nécessaire, les enfants issus de l'immigration doivent se voir proposer une offre d'encouragement précoce avant le début de leur scolarisation. Les cours de langue mère-enfant permettent aux enfants de bénéficier très tôt des mesures d'intégration. Dans de nombreux cantons, les centres de conseil aux mères et pères réalisent des projets en lien avec l'encouragement précoce. Seuls quelques rares PIC traitent directement de la question de la santé reproductive ; les projets dans ce domaine concernent la plupart du temps la protection des travailleuses du sexe.⁶¹

4.3.2 Programme national Migration et santé

Par le biais du programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique s'engage depuis 2002 à renforcer la culture sanitaire de la population migrante et à mettre en place un système véritablement adapté aux migrants, en prenant en compte leurs besoins dans le domaine de la prévention, en professionnalisant l'interprétariat communautaire et en développant les compétences transculturelles des professionnels de la santé. Ce programme est la contribution de santé publique de l'OFSP à la politique nationale d'intégration.

Plusieurs projets conduits dans le cadre de ce programme bénéficient aux mères et à leurs enfants sans s'adresser directement à ce groupe cible. La sensibilisation du personnel de santé à la question de la diversité (voir exemple E-Learning) est également très importante en obstétrique et en pédiatrie. La promotion de l'interprétariat communautaire dans le système de santé, p. ex. en créant un service téléphonique opérationnel 24h sur 24, permet d'assurer une meilleure compréhension entre le personnel médical et les patients de langue étrangère. Environ un cinquième des interventions d'interprétariat communautaire effectuées dans des hôpitaux et cliniques de Suisse concerne le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.⁶²

Exemple : l'Office fédéral de la santé publique a lancé en juillet 2014 une formation en ligne destinée aux professionnels de la santé (E-learning Interaction et qualité). Cette formation qui a reçu le label

⁵⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13669/index.html?lang=fr>.

⁶⁰ <https://www.bfm.admin.ch/bfm/fr/home/themen/integration/foerderung/spezifisch/kip.html>.

⁶¹ Berner, D. und Rüefli, Ch. (2014): Gesundheitsbezogene Aktivitäten der Kantone in der Integrationsförderung. Kurzanalyse.

⁶² Gehrig M. et al. (2012) Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken.

«SIWF/FMH-approved» a pour objectif d'améliorer la qualité des traitements de la population migrante. Elle aborde également des cas d'assistance à la naissance.

Exemple : avec le soutien de l'OFSP, la Croix-Rouge suisse gère *migesplus.ch*, centre national de compétence dédié au développement, à la production et à la diffusion de matériel d'information spécifiquement destiné à la population migrante. Cette plateforme permet également de commander du matériel d'information en différentes langues sur des thèmes comme la grossesse, la naissance et l'enfance.

4.3.3 Dialogue intégration « Dès la naissance » de la Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA]

L'amélioration de la santé des migrantes et de leurs enfants nécessite l'intervention de différents domaines politiques, niveaux politiques et acteurs, qu'ils soient étatiques ou non. Le Dialogue intégration « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » a précisément été institué pour tenir compte de la complexité de la problématique.⁶³ Il s'agit d'une initiative conjointe de la Conférence tripartite sur les agglomérations [CTA], plateforme politique de la Confédération, des cantons, des villes et des communes, qui, dès ses débuts, s'est également consacrée au thème transversal de la politique d'intégration. Les partenaires au dialogue sont, d'une part, les acteurs étatiques des différents niveaux politiques, d'autre part, les associations professionnelles qui suivent et conseillent les parents tout au long de la grossesse et au moment de la naissance, et également les enfants pendant les premières années de leur vie. Le Dialogue intégration « Dès la naissance » a été créé en 2013 ; les partenaires définissent ensemble les buts à atteindre et élaborent des recommandations (voir également chap. 6). Afin de réaliser d'ici 2016 les objectifs fixés, ils décident de mesures concrètes qui couvrent toute la période allant de la planification d'une grossesse jusqu'à l'entrée de l'enfant à la crèche ou dans un groupe de jeux. Ils mettent également en œuvre des mesures visant à promouvoir une meilleure compréhension entre les parents immigrés et les professionnels.

Le Dialogue intégration est placé sous la conduite de la Conférence des gouvernements cantonaux [CdC] en collaboration avec l'OFSP, le SEM et les associations UVS et ACS. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS] participe également au dialogue par l'intermédiaire du directeur de l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé [ARPS]. Le projet est bien ancré dans la politique de la Suisse en matière de santé et contribue à la réalisation de la stratégie globale « Santé 2020 » dont les objectifs sont notamment l'égalité des chances et l'amélioration de la qualité des soins.⁶⁴ Dans le domaine de l'encouragement précoce, une collaboration existe aussi avec le programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté.

4.4 Lacunes dans les données

Les professionnels et plusieurs études récentes estiment que des mesures supplémentaires sont nécessaires et considèrent que le suivi des migrantes enceintes et des migrantes en général ainsi que leur accès aux informations et offres de prévention peuvent encore être améliorés. Ils pensent que, de manière générale, les soins de santé ne prennent pas suffisamment en compte les besoins des migrantes vivant en Suisse (offres pas assez orientées sur les patientes et les groupes cibles, problèmes de compréhension dans les échanges avec des personnes s'exprimant dans une autre langue). S'agissant des soins de santé tout autour de la naissance, des thèmes reviennent régulièrement dans la littérature et les entretiens avec les professionnels :

- Comme déjà mentionné au chapitre « facteurs de risques », des indices amènent à penser que le système de soins présente certains obstacles pour les migrantes (en particulier pour des

⁶³ Voir www.dialog-integration.ch/fr

⁶⁴ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>

groupes à risque comme les sans-papiers), ce qui explique que certaines se rendent tardivement à la première consultation prénatale. Il faut se demander comment faire pour mieux entrer en contact avec des groupes particulièrement vulnérables et comment multiplier des projets qui ont déjà fait leurs preuves (voir également ch. 4.2).

- Une enquête réalisée en Suisse auprès de jeunes mères a mis en évidence un haut degré de satisfaction en ce qui concerne le suivi d'après la naissance ; les femmes les moins satisfaites sont celles qui ont connu des complications à l'accouchement. Elles ont déploré le manque d'informations, l'absence d'encadrement sur le plan émotionnel et l'inexistence de conseils pratiques et psychologiques en vue de leur retour à la maison. Seulement 55 % des femmes interrogées ont déclaré que des professionnels avaient planifié avec elles leur retour à la maison.⁶⁵ On peut estimer que ces ruptures dans la prise en charge sont vécues plus péniblement par les migrantes qui communiquent difficilement dans la langue locale ou qui connaissent mal le système de santé suisse. Une étude effectuée à Genève auprès de migrantes allophones révèle que plus de la moitié des femmes ont vécu difficilement leur retour à la maison. Elles ont déclaré s'être senties livrées à elles-mêmes avec leur nouveau-né, anxieuses et inquiètes.⁶⁶
- S'agissant de l'état de santé et du suivi des patientes durant la grossesse et après l'accouchement, un rapport du Conseil fédéral affirme lui aussi que l'offre de soins est bonne dans son ensemble.⁶⁷ Un certain nombre de lacunes pouvant affecter des femmes socialement défavorisées ou peu intégrées ont toutefois été relevées : l'offre de soins et la prise en charge manquent de continuité et les prestations ponctuelles à l'intention des femmes en butte à des difficultés psychosociales ou en dépression postnatale sont insuffisantes. S'ajoute à cela que le fait que des prestations complémentaires comme une aide à domicile après le retour à la maison ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins.⁶⁸

⁶⁵ Meier Magistretti C., Villiger S. et al. (2014): Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Hochschule Luzern.

⁶⁶ Goguikian B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones.

⁶⁷ Conseil fédéral (2011): Etat de santé et la situation de prise en charge des accouchées en Suisse. Rapport en accomplissement du postulat 02.3383.

⁶⁸ König, C. et al. (2010): Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht.

5 Normes internationales et initiatives d'autres pays

5.1 Consultation au niveau européen concernant la migration et la santé « Better Health for All »

Coordonné par l'Organisation internationale pour les migrations [OIM], le projet « Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities »⁶⁹ a contribué à renforcer la coopération européenne dans ce domaine. Une conférence européenne qui s'est tenue à Lisbonne en 2009 a réuni des décideurs politiques, des représentants d'organisations européennes et internationales, des chercheurs et d'autres parties prenantes pour échanger sur la thématique de la migration et de la santé.

La conférence s'est articulée autour de cinq axes principaux : les déterminants sociaux de la santé, les conditions-cadre juridiques et politiques, la recherche dans le domaine de la migration et de la santé, le renforcement des compétences des professionnels de la santé ainsi que la santé maternelle et infantile. Des documents de base ont été présentés sur ces sujets.⁷⁰

Le document final de la consultation fait état de recommandations générales sur la migration et la santé, comme l'introduction d'un enseignement de la compétence transculturelle dans la formation et la formation postgrade des médecins. Des recommandations portent également sur la santé maternelle et infantile. Dans l'optique d'offrir des soins de santé adaptés aux migrantes et à leurs enfants, des conditions-cadre cohérentes et différenciées ainsi que des interventions sur le terrain doivent être mises en œuvre. Il convient par ailleurs de comparer régulièrement l'état de santé des enfants non suisses avec celui des enfants suisses et d'effectuer un suivi (monitoring).

5.2 OMS Europe: pour une grossesse à moindre risque, lignes directrices d'une approche stratégique

Dans le cadre d'un processus participatif auquel ont pris part des groupes d'experts et de travail, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré un document⁷¹ présentant les lignes directrices de stratégies visant à améliorer la santé des mères et des bébés.

L'élément central de ce document est la couverture d'assurance afin de garantir une égalité d'accès aux soins indépendamment du statut socioéconomique de la personne, avec une attention particulière apportée aux groupes de population pauvres et sous-dotés en termes de prestations. Les gouvernements sont invités à tenir compte des besoins de l'ensemble de leurs habitants et à veiller en particulier à ce que les groupes marginalisés aient accès au système de santé. Les mesures mises en œuvre ne doivent pas viser uniquement une baisse de la mortalité des mères et des nourrissons, mais aussi une amélioration de leur état de santé.

Lors de l'élaboration de mesures destinées à améliorer la santé des femmes et des enfants pendant la période de la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance, il faut privilégier une approche multisectorielle axée sur les différents déterminants de la santé. Rendre les grossesses plus saines et plus sûres ne relève pas exclusivement du système de santé ; les facteurs intervenant dans la santé maternelle et périnatale (c.à.d. la santé avant et après la naissance) sont en effet complexes

⁶⁹ <http://www.migrant-health-europe.org/>

⁷⁰ IOM 2009: Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations. Background Paper.

⁷¹ WHO 2008: European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal Health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer>; 5.1.2015.

(voir chap. 3) et requièrent une collaboration entre différents domaines politiques. L'OMS attire l'attention des gouvernements sur l'importance d'améliorer les conditions de vie tant physiques que sociales et le rôle de la formation.

5.3 Politique extérieure suisse en matière de santé

L'amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ainsi que de la santé sexuelle et reproductive s'inspire des principes de la politique extérieure en matière de santé⁷² et constitue l'un des trois objectifs de la politique de santé de la Direction du développement et de la coopération [DDC]⁷³. Pour atteindre cet objectif, la DDC soutient toute une série de programmes globaux et locaux, entre autres dans les pays d'origine des populations migrantes vivant en Suisse. L'accès à des prestations de qualité dans le domaine de la santé reproductive doit être renforcé si l'on veut contribuer à abaisser la mortalité maternelle et infantile dans ces pays.

⁷² <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=fr>

⁷³ https://www.eda.admin.ch/content/dam/deza/fr/documents/Publikationen/Diverses/229225-deza-gesundheitspolitik_FR.pdf

6 Objectifs et recommandations du Dialogue CTA sur l'intégration « Dès la naissance »

En concertation avec les partenaires du dialogue représentant différents groupements professionnels et services de l'Etat, la CTA a défini six champs d'action et élaboré toute une série d'objectifs subordonnés dans le cadre du Dialogue intégration CTA « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » (voir ch. 4.3.3). Sur cette base, un groupe de travail institué à cet effet a formulé des recommandations à l'intention des partenaires du dialogue (associations professionnelles et services de l'Etat) en vue de l'élaborer des mesures concrètes.

6.1 Objectifs des six champs d'action⁷⁴

Champ d'action 1 : Santé et compétence avant et pendant la grossesse (compétence sanitaire)

- Les femmes de tout âge connaissent les établissements de santé et l'importance des contrôles gynécologiques et y recourent conformément à leurs besoins.
- Il est recommandé aux femmes souhaitant avoir des enfants de veiller à leur état de santé avant la grossesse et de minimiser les facteurs de risque médicaux et sociaux.
- Les femmes et les jeunes en âge de procréer connaissent les services de conseil cantonaux en matière de santé et de droits sexuels, de grossesse, de contraception et d'information indépendante lors des examens prénataux.

Champ d'action 2 : Bon accompagnement durant la grossesse et l'accouchement (créer des accès)

- Les femmes enceintes se soumettent régulièrement à des contrôles, le premier ayant lieu avant la 12^e semaine de grossesse (auprès d'un gynécologue, d'une sage-femme ou d'un médecin de famille).
- Les femmes enceintes savent comment favoriser leur propre santé, la santé de leur enfant et le bon déroulement de leur grossesse et de l'accouchement.
- Les femmes se trouvant dans une situation économique ou familiale difficile ou souffrant de problèmes psychiques bénéficient d'un soutien professionnel adéquat.
- Les sages-femmes, le corps médical et les assistants médicaux connaissent les services locaux en charge de l'intégration et attirent l'attention des patientes/clientes sur ces offres.

Champ d'action 3 : Bonne prise en charge après l'accouchement (de la maternité à la maison)

- Chaque famille est informée de l'offre existante en matière de prise en charge postnatale.
- Chaque famille sort de clinique avec un rendez-vous déjà fixé avec une sage-femme. L'inscription auprès des services de puériculture a déjà eu lieu.
- Les enfants dont le développement est mis en danger pour des raisons psychosociales sont identifiés à un stade précoce et une intervention appropriée est mise en place.
- Les familles se trouvant dans une situation économique ou familiale difficile ou souffrant de problèmes psychiques trouvent un soutien professionnel adéquat sur place.

⁷⁴ Voir le document Dialogue CTA sur l'intégration : http://www.dialog-integration.ch/upload/file/i_20140922-164408-258.pdf ; 5.5.2015.

Champ d'action 4 : Bonne prise en charge et conseils utiles durant la première année (renforcement des compétences parentales en matière d'éducation et de santé)

- Toutes les familles connaissent l'offre existante en matière de contrôles pédiatriques et les recommandations de vaccination et y ont recours.
- Chaque famille a accès sur place au dispositif pédiatrique de base.
- Les familles connaissent les services de puériculture et les utilisent en fonction de leurs besoins.
- Les parents se penchent sur les questions touchant au développement et à l'éducation de leur enfant.

Champ d'action 5 : Premiers pas dans le groupe de jeux, la crèche, l'éducation parentale (transition vers les offres d'éducation de la petite enfance)

- Les cabinets pédiatriques et les services de puériculture sont en contact les uns avec les autres et renvoient aux différentes offres en fonction des besoins.
- Les cabinets pédiatriques et les services de puériculture sont informés des offres régionales en matière d'éducation de la petite enfance (groupes de jeu, crèches, offres de formation des parents) et des prestations en matière d'intégration ; ils sont en réseau avec ces acteurs et formulent des suggestions, si besoin est.
- Les jeunes parents sont informés de l'importance de recourir aux offres Petite enfance et Encouragement de l'intégration ; ils les utilisent en fonction de leurs besoins.

Champ d'action 6 : Mieux comprendre (développer les compétences linguistiques, assurer la traduction)

- Les parents migrants améliorent leurs compétences communicationnelles et s'engagent pour l'encouragement de l'apprentissage linguistique de leurs enfants (première langue et langue du pays parlée au lieu de domicile).
- En cas de connaissances linguistiques insuffisantes, de décisions complexes ou d'interventions médicales importantes, la communication est assurée par le biais d'interprètes interculturels spécialisés.
- Les spécialistes connaissent les différentes offres existantes subventionnées par l'État en matière de traduction (interprètes, interprètes téléphoniques, médiateurs interculturels, traductions de fiches d'information, etc.) et peuvent y avoir recours en fonction des besoins.

6.2 Recommandations

De nombreux projets et mesures de promotion de la santé des migrants ont été lancés et réalisés ces dernières années. Vivre sainement reste pourtant un objectif non encore atteint pour l'ensemble de la population. Des mesures doivent être prises notamment pour supprimer les barrières linguistiques dans le domaine de la santé, former les professionnels de la santé au travail d'encadrement des migrants ou encore assurer une continuité dans la prise en charge de la petite enfance.

Les acteurs participant au Dialogue intégration de la CTA ont institué un groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations concrètes à l'intention des partenaires du dialogue⁷⁵. Il s'agit pour l'essentiel des mesures suivantes :

⁷⁵ Voir le document Dialogue CTA sur l'intégration : http://www.dialogue-integration.ch/upload/file/i_20140922-164408-258.pdf. 5.5.2015

Créer des offres d'information spécifiques aux groupes cibles

Mesures :

- **Examiner les offres d'information spécifiques à chaque groupe cible** en matière de grossesse et de naissance, de parentalité, d'alimentation, de système de santé, etc.
- Combler les éventuelles **lacunes** dans les offres d'information.

Sensibiliser et former les groupes professionnels concernés

Mesures :

- **Sensibiliser et informer les groupes professionnels** : les associations des groupements professionnels des domaines de la santé et des affaires sociales utilisent leurs publications, plateformes et congrès pour informer les personnes de sujets en lien avec la pratique en matière de migration, d'intégration, de santé avant et pendant la grossesse et de santé pendant la petite enfance.
- **Proposer des offres de formation continue** : les associations professionnelles proposent des offres de formation pour promouvoir la prise en charge des migrants.
- **Renforcer l'aptitude à la gestion des migrants dans la formation professionnelle** : les services de l'Etat étudient la possibilité d'accorder une place plus importante à cette thématique dans les formations dispensées actuellement.
- **Promouvoir une culture de l'information centrée sur les patients, en considérant leurs droits et leurs ressources** : les associations professionnelles sont invitées à se demander comment elles pourraient renforcer une culture de l'information centrée sur les patients et la promotion de la santé dans leur domaine d'activité.

Supprimer les barrières linguistiques

Mesures :

- **Formations et informations ayant trait au recours à des interprètes** : les associations professionnelles informent leurs membres de manière appropriée de la thématique « recours à des interprètes », en insistant sur les offres existantes (interprétariat, interprétariat par téléphone, médiation interculturelle, etc.).
- **Résoudre la question du financement des services d'interprétation** : les services concernés de l'Etat (Confédération⁷⁶, cantons, communes) s'efforcent de trouver ensemble des solutions pour résoudre la question du financement des prestations d'interprètes communautaires.⁷⁷
- **Renforcer les compétences linguistiques des futurs parents** : il y a lieu de développer et de diffuser des cours de langue spécifiques selon le système d'apprentissage des langues « fide | Français, Italiano, Deutsch en Suisse – apprendre, enseigner, évaluer » dans le cadre des mesures d'encouragement de l'intégration mises en place par la Confédération.

⁷⁶ La Confédération ne prend pas en charge l'aspect financier mais gère la question du financement au niveau national.

⁷⁷ Le Conseil fédéral s'est déjà prononcé sur le sujet dans le cadre d'une intervention parlementaire (motion [08.3642](#)). Il a rejeté la motion arguant notamment : « Une prise en charge éventuelle de ces coûts ne relève pas de la compétence de la Confédération ». Le Conseil des Etats l'a suivi et a également rejeté la motion.

Assurer une continuité dans la prise en charge de la petite enfance

Mesures :

- **Organiser des tables rondes dans toute la Suisse :** la Confédération encourage la tenue de tables rondes servant à approfondir la question de la continuité dans la prise en charge et à promouvoir des échanges interdisciplinaires entre des professionnels des milieux de la santé, des affaires sociales et de l'éducation.
- **Assurer la mise en réseau et l'information régionales :** les cantons et les communes s'interrogent sur les possibilités de renforcer la mise en réseau des offres existantes dans l'optique de mieux cibler l'action, d'assurer une continuité et de mettre à profit des synergies.
- **Parler des offres d'encadrement et de conseil proposées par d'autres organismes :** les professionnels des différents services et institutions parlent de l'ensemble des offres d'encadrement et de conseil disponibles. Les organisations de migrants participent à la diffusion de l'information.

7 Conclusion du Conseil fédéral

Le rapport met en évidence qu'en matière de grossesse et de naissance, des inégalités existent entre les différents groupes de la population et que les femmes et les enfants issus de la migration sont très souvent défavorisés. La santé maternelle et infantile est une thématique-clé de la santé publique et l'Etat porte un part de responsabilité quand il s'agit d'aménager des conditions optimales pour les femmes et les nouveau-nés pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance. Un mauvais départ dans la vie peut avoir des conséquences sur toute une existence.

Les paramètres de départ n'étant manifestement pas optimaux pour tous les groupes de la population, des efforts doivent être entrepris à différents niveaux pour améliorer la situation. Cette volonté est conforme à la politique suisse en matière d'intégration et à la stratégie « Santé 2020 » du Conseil fédéral dont l'objectif consiste, entre autres, à renforcer l'égalité des chances en matière de santé, et en particulier les chances de rester en bonne santé pour les groupes de population les plus fragiles.⁷⁸ La population cible n'est pas la population migrante en tant que telle, celle-ci étant formée de groupes très hétérogènes. Il s'agit principalement de donner de meilleures chances dans la vie aux personnes particulièrement menacées dans leur santé en raison d'une situation socioéconomique difficile, d'un titre de séjour précaire, d'un passé migratoire sensible ou encore de difficultés à trouver leurs marques dans le système de santé du fait d'une mauvaise maîtrise de la langue. La plupart des recommandations et mesures énoncées dans ce rapport profitent à l'ensemble des familles et non exclusivement aux familles migrantes. Toutes les personnes concernées peuvent en effet tirer avantage d'une communication plus compréhensible, d'une meilleure mise en réseau des offres de soins et de traitements qui tiennent davantage compte des besoins des patients.

Les raisons des inégalités qui ont été relevées sont complexes et le présent rapport ne permet pas de répondre avec précision à la question de savoir quelles en sont les origines. Les facteurs d'influence exposés dans ce rapport montrent que la santé des mères et des nouveau-nés est fonction de très nombreux paramètres. Le système de santé et les mesures de prévention peuvent agir sur certains d'entre eux, d'autres relèvent de différents domaines, notamment de la formation et de l'économie (p. ex. conditions de travail). Si nombre de questions restent ouvertes, on voit néanmoins que des mesures s'avèrent nécessaires à différents niveaux. Le Conseil fédéral est reconnaissant à la CTA d'avoir lancé Dialogue intégration « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » et aux différents groupements professionnels de contribuer à la quête de solutions. Ce rapport montre que des efforts considérables sont déjà faits en Suisse pour améliorer la situation des mères et des nouveau-nés d'origine migrante. Le mérite en revient d'ailleurs souvent à des institutions individuelles ou même à des particuliers. Force est de constater que la thématique n'est pas systématiquement traitée et que, souvent, la coordination et la mise en réseau des offres et des acteurs de la chaîne soins ne sont pas suffisantes. Pour ces raisons, le Dialogue intégration de la CTA et le Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté (2014-2018) œuvrent résolument en faveur d'une prise en charge et d'un soutien aussi suivis que possible depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de l'entrée à l'école de l'enfant. Cela suppose une meilleure mise en réseau des acteurs des domaines de la santé, des affaires sociales et de la formation.

⁷⁸ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>; 8.1.2015

7.1 Participation de la Confédération à la mise en œuvre du Dialogue intégration de la CTA

Les recommandations élaborées dans le cadre du Dialogue intégration « Dès la naissance – entrer dans la vie en pleine santé » de la CTA concernent principalement les acteurs de la santé et des affaires sociales. Ces intervenants constituent les principaux interlocuteurs lors de la prise en charge des femmes enceintes et de leurs enfants. Le Conseil fédéral estime que leur engagement est essentiel pour la mise en œuvre des mesures proposées au chapitre 6. Un certain nombre de recommandations s'adressent par ailleurs à des services de l'Etat, tous niveaux confondus (Confédération, cantons, communes).

Le Conseil fédéral se félicite qu'aux trois niveaux de l'organisation du pays, les acteurs des différents domaines politiques soient prêts à collaborer avec les représentants d'associations professionnelles pour promouvoir l'égalité des chances en matière de santé, et tout particulièrement celle des migrantes et de leurs enfants. Il réitère son soutien au travail effectué par la CTA notamment par les mesures suivantes :

- Plusieurs projets qui englobent également la grossesse, l'accouchement et le retour à la maison sont mis en œuvre dans le cadre du programme national Migration et santé 2014-2017 de l'OFSP, entre autres :
 - des projets de **sensibilisation et de formation du personnel soignant** (p. ex. E-learning Interaction et qualité),
 - l'élaboration de **matériel d'information** dans les principales langues de la population migrante (www.migesplus.ch),
 - la **promotion de l'interprétariat communautaire**, y compris le développement de solutions pour financer cette prestation dans le domaine de la santé.
- Par la mise au concours de cours de langue pilotes, le SEM s'attache à **renforcer les compétences linguistiques des futurs parents**. Dans le cadre de programmes et de projets d'importance nationale, il soutient différents projets de partenaires au dialogue par l'intermédiaire du crédit d'encouragement à l'intégration, en particulier dans les domaines de l'information et de la mise en réseau.
- D'autres services fédéraux, comme l'Office fédéral des assurances sociales (programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté) et le Service de lutte contre le racisme, apportent également leur soutien à des mesures destinées à la réalisation des recommandations de la CTA.
- L'OFSP examine la question de savoir comment accorder davantage de place à la question des compétences nécessaires à la prise en charge de la population migrante dans la **formation et la formation postgrade** des professions médicales universitaires, des professions de la santé et des professions de la psychologie. En outre, le SEFRI sensibilise les organismes responsables des professions de la santé et de la psychologie à l'importance qu'il y a à traiter ce sujet dans le cadre de la **formation professionnelle**.

La CTA fera le point de la situation jusqu'à fin 2017 et indiquera alors dans quels domaines des mesures restent nécessaires.

7.2 Autres mesures prévues par la Confédération

Parallèlement au soutien qu'elle apporte au Dialogue intégration de la CTA, la Confédération prévoit les mesures suivantes :

- Le SEM et l'OFSP assurent que les **requérants d'asile accèdent à des soins de santé adaptés et de qualité** dans les futurs centres de la Confédération (centres de procédure et centres de départ) et mettent en œuvre les mesures correspondantes. Les besoins spécifiques des femmes et des familles avec enfants en bas âge sont également pris en considération.
- L'OFS veille à la qualité des **données statistiques dans le domaine de la périnatalité**, notamment en reliant plusieurs bases de données. La création de statistiques relatives aux soins de santé ambulatoires (MARS)⁷⁹ permettra également d'obtenir des informations plus complètes dans ce domaine puisque les consultations prénatales se déroulent généralement dans ce type de structure.
- Dans le cadre du lancement des nouveaux programmes nationaux de recherche (PNR) issus du cycle de sélection 2013-2014, le Conseil fédéral décidera d'un éventuel PNR intitulé **Recherche sur les services de santé en Suisse**. Il se prononcera vraisemblablement sur ce sujet dans le courant de l'été 2015. Le programme retenu pourrait également traiter de sujets portant sur l'accès des patients vulnérables au système de santé et aux soins qui leur sont prodigués.

⁷⁹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/00/06.html>; 28.11.2014