

# **Impacts du statut de sans-papiers des femmes enceintes sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance**

## **Travail de Bachelor**

**Camille ANDURAND**

N° matricule : 20870770

**Sylvia Paramjit JAGDEEP**

N° matricule : 21634191

**Sarah MERCIER**

N° matricule : 19301209

Directeur/Directrice(s) : Chantal Razurel – Directrice de mémoire  
Jessica Di Vincenzo-Sormani – Directrice de mémoire  
Membre(s) du jury : Maud Elmaleh – Experte enseignante  
Daniela Del Vecchio – Experte de terrain

**Septembre 2024**

Filière Sage-femme  
Haute école de santé de Genève

## Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO Sage-femme*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteures, ni celle de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la liste de références. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Fait à Genève, le 18 août 2024

Camille ANDURAND

Sylvia Paramjit JAGDEEP

Sarah MERCIER

## Remerciements

Nous tenons à remercier plusieurs personnes qui ont largement contribué à l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, nous remercions chaleureusement nos directrices de mémoire, **Jessica Di Vincenzo-Sormani** puis **Chantal Razurel** qui a repris le relai. Merci pour votre encadrement et vos précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail.

Nous remercions **Daniela Del Vecchio**, notre experte de terrain, qui a su nous éclairer et partager son expérience de sage-femme impliquée dans la réalité de notre sujet.

Nos remerciements se portent également vers **Ornella Rouveirolles**. C'est grâce à une discussion inspirante un soir dans sa voiture que ce travail de recherche captivant a pu voir le jour.

Nous remercions **l'ensemble du corps enseignant** pour la formation de qualité qui nous a été dispensée. Merci pour votre soutien et votre bienveillance tout au long de ce chemin parcouru.

Nous n'oublions pas **nos familles, compagnons de vie et amis** qui nous ont épaulées durant ces quatre années et ont su nous apporter beaucoup de soutien.

## Résumé

**Introduction :** Le nombre de migrants à l'échelle mondiale augmente considérablement depuis plusieurs années avec l'Europe à la tête des destinations les plus courantes. Les sans-papiers, personnes séjournant dans un pays sans autorisation de séjour, sont une population extrêmement vulnérable, notamment en raison de leur accès difficile aux prestations de santé. Le suivi prénatal des femmes enceintes sans-papiers est ainsi compromis, pouvant vraisemblablement impacter de manière défavorable les issues obstétricales et néonatales.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est de déterminer les impacts du statut de sans-papiers des femmes enceintes sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance.

**Méthode :** La recherche d'articles a été effectuée sur les moteurs de recherche suivants : PubMed, CINAHL et Embase. Cependant, nous avons repéré cinq articles présentant une grande pertinence pour notre question de recherche, sur un seul moteur de recherche, à savoir PubMed. Ces derniers ont été analysés selon une méthodologie précise, puis discutés.

**Résultats :** Les résultats des cinq articles choisis montrent une tendance défavorable concernant les issues obstétricales et néonatales sélectionnées. En effet, les femmes enceintes sans-papiers ont plus de risques d'accoucher prématurément, d'avoir des enfants présentant un faible poids de naissance ou encore de faire face à une mortinaissance.

**Conclusion :** Ce travail a montré que le statut de sans-papiers des femmes enceintes a un impact défavorable sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance. La littérature scientifique nous a permis de mettre en avant diverses hypothèses pouvant expliquer ces résultats. La principale hypothèse émise fait référence aux soins prénatals inadéquats, mais nous pouvons également identifier l'impact de la barrière linguistique, du stress perçu, de l'âge maternel ainsi que le niveau socioéconomique (précarité, malnutrition, infections, etc.). Il convient également de prendre en compte le concept-clé de « healthy migrant effect », qui semble se révéler être un facteur protecteur. Enfin, la sage-femme joue un rôle-clé dans la prise en soins des femmes enceintes migrantes sans-papiers, notamment en leur assurant une visibilité et en les intégrant dans le système de soins.

**Mots-clés :** femme enceinte, migrante sans-papiers, prématurité, faible poids de naissance, mortinaissance.

## Abstract

**Background :** The number of migrants worldwide has been rising sharply for several years, with Europe at the top of the list of most common destinations. Undocumented migrants, people living in a country without a residence permit, are an extremely vulnerable population, not least because of their difficult access to healthcare. As a result, prenatal care for undocumented pregnant women is compromised, which is likely to have an adverse impact on obstetric and neonatal outcomes.

**Aims :** The aim of this study was to determine the impact of the undocumented status of pregnant women on preterm birth, low birth weight and stillbirth.

**Methods :** Articles were searched using the following search engines : PubMed, CINAHL and Embase. However, five articles of high relevance to our research question have been identified on a single search engine, namely PubMed. These were analyzed according to a precise methodology and then discussed.

**Results :** The results of the five articles selected were consistent with an unfavourable trend in selected obstetric and neonatal outcomes. Undocumented pregnant women are more likely to give birth prematurely, to have low-birth-weight babies or to experience stillbirths.

**Conclusions :** This study has shown that the undocumented status of pregnant women has an unfavourable impact on preterm birth, low birth weight and stillbirth. The scientific literature has enabled us to put forward various hypotheses that could explain these results. The main hypothesis raised relates to inadequate prenatal care, but the impact of language barriers, migration-related stress, maternal age and socioeconomic level (precariousness, malnutrition, infections, etc.) can also be identified. The « healthy migrant effect » is also an important concept to take into account, as it appears to be a protective factor. Finally, the midwife has a key role to play in the care of undocumented migrant pregnant women, notably by ensuring their visibility and integrating them into the healthcare system.

**Keywords :** pregnant woman, undocumented migrant, preterm birth, low birth weight, stillbirth.

## Liste des abréviations

<b>AG</b>	Age gestationnel
<b>ALCP</b>	Accord sur la libre circulation des personnes
<b>aOR</b>	Adjusted odd ratio (odd ratio ajusté)
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>CAMSCO</b>	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires
<b>CFM</b>	Commission fédérale des migrations
<b>CHUV</b>	Centre hospitalier universitaire vaudois
<b>CI</b>	Confidence interval (intervalle de confiance)
<b>CPR</b>	Central person register (registre central des personnes)
<b>CSP</b>	Centre social protestant
<b>CVSSP</b>	Collectif vaudois de soutien aux sans-papiers
<b>EVAM</b>	Établissement vaudois d'accueil des migrants
<b>GSFID</b>	Groupement des sages-femmes indépendantes vaudoises
<b>HEdS-GE</b>	Haute école de santé Genève
<b>HES-SO</b>	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
<b>HeTop</b>	Health terminology
<b>HUG</b>	Hôpitaux universitaires de Genève
<b>LAMaI</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>LAVI</b>	Loi fédérale sur l'aide aux victimes
<b>MeSH</b>	Medical subject headings
<b>OFS</b>	Office fédérale pour la statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OIM</b>	Organisation internationale pour les migrations
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations unies
<b>OR</b>	Odd ratio
<b>OSAR</b>	Organisation suisse d'aide aux réfugiés

<b>p</b>	Valeur p
<b>PANP</b>	Préparation à la naissance et à la parentalité
<b>PICO</b>	Population-cible, intervention, comparaison, outcomes
<b>PMU</b>	Policlinique médicale universitaire
<b>RAEC</b>	Régime d’asile européen commun
<b>RD</b>	Risk difference (différence de risques ou bénéfice absolu)
<b>RESAMI</b>	Réseau de Santé et Migration
<b>RR</b>	Risque relatif
<b>SA</b>	Semaines d’aménorrhée
<b>SG</b>	Semaines de grossesse
<b>SEM</b>	Secrétariat d'État aux migrations
<b>UE</b>	Union européenne
<b>UMSCOM</b>	Unité de médecine et soins dans la communauté
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees (Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés)
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>UNIGE</b>	Université de Genève
<b>USSPF</b>	Unité de santé sexuelle et planning familial
<b>VIH</b>	Virus de l’immunodéficience humaine

# Table des matières

<b>Déclaration.....</b>	<b>i</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ii</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>x</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>x</b>
<b>1. Questionnement professionnel.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Cadre de référence théorique.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Migration.....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Requéant d’asile et réfugié .....	5
2.1.2 Sans-papiers .....	5
2.1.3 Politique migratoire.....	6
2.1.3.1 Politique migratoire européenne .....	6
2.1.3.2 Politique migratoire fédérale et cantonale .....	6
2.1.4 Épidémiologie.....	7
2.1.5 Profil sociodémographique.....	7
2.1.6 Droits .....	8
2.1.7 Accès à la santé pour les sans-papiers en Suisse.....	8
<b>2.2 Grossesse.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Recommandations de l’OMS sur le suivi de grossesse .....	9
2.2.2 Complications obstétricales et néonatales .....	10
2.2.2.1 Prématurité.....	10
2.2.2.2 Faible poids de naissance.....	10
2.2.2.3 Mortinaissance .....	11
2.2.3 Femmes enceintes sans-papiers .....	11
<b>2.3 Rôle sage-femme .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Problématique.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Sélection des articles parmi la littérature existante .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Tableau des concepts utilisés pour la recherche.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Tableau des mots-clés utilisés pour la recherche.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Présentation des bases de données utilisées .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 Description des équations de recherche et résultats obtenus .....</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Présentation des articles choisis .....</b>	<b>17</b>
4.5.1 Critères d’inclusion .....	17
4.5.2 Critères d’exclusion .....	17
4.5.3 Limites et contraintes du choix des articles.....	18

4.5.4	Articles sélectionnés.....	19
<b>4.6</b>	<b>Description des résultats des articles choisis.....</b>	<b>20</b>
4.6.1	Description de l'article n°1.....	20
4.6.2	Description de l'article n°2.....	21
4.6.3	Description de l'article n°3.....	22
4.6.4	Description de l'article n°4.....	23
4.6.5	Description de l'article n°5.....	24
<b>4.7</b>	<b>Analyse des résultats .....</b>	<b>25</b>
4.7.1	Design, échantillons et procédures .....	25
4.7.2	Politiques de santé .....	25
4.7.3	Prématurité.....	26
4.7.4	Faible poids de naissance.....	26
4.7.5	Mortinaissance .....	27
<b>5.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>28</b>
5.1.1	Prématurité.....	28
5.1.2	Faible poids de naissance.....	29
5.1.3	Mortinaissance .....	30
<b>5.2</b>	<b>Hypothèses de facteurs de risque communs aux issues obstétricales et néonatales .....</b>	<b>31</b>
5.2.1	Soins prénatals inadéquats .....	31
5.2.2	Barrière linguistique.....	32
5.2.3	Situation socioéconomique .....	32
5.2.4	Stress et peur .....	33
5.2.5	Healthy migrant effect .....	34
<b>6.</b>	<b>Retour dans la pratique .....</b>	<b>35</b>
<b>6.1</b>	<b>Enjeux des résultats .....</b>	<b>35</b>
<b>6.2</b>	<b>Confrontation des résultats à la pratique sage-femme et au terrain .....</b>	<b>35</b>
6.2.1	Canton de Genève .....	35
6.2.2	Canton de Vaud .....	39
<b>6.3</b>	<b>Projections sur notre futur rôle professionnel .....</b>	<b>41</b>
<b>7.</b>	<b>Perspectives de recherche et questionnements .....</b>	<b>45</b>
<b>8.</b>	<b>Éthique .....</b>	<b>47</b>
<b>8.1</b>	<b>Principes généraux en lien avec notre sujet.....</b>	<b>47</b>
<b>8.2</b>	<b>Aspects éthiques des cinq articles sélectionnés .....</b>	<b>48</b>
8.2.1	Consentement à la participation.....	48
8.2.2	Approbation éthique .....	48
8.2.3	Conflits d'intérêts ou intérêts concurrents .....	48
8.2.4	Financement.....	49
<b>8.3</b>	<b>Positionnement éthique de notre travail .....</b>	<b>49</b>

<b>8.4</b>	<b>Forces et limites du travail.....</b>	<b>49</b>
8.4.1	Forces .....	49
8.4.2	Limites .....	50
<b>9.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>51</b>
	<b>Liste de références .....</b>	<b>52</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>63</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et termes MeSH selon modèle PICO.....	15
Tableau 2 : Combinaison des termes MeSH et des mots-clés .....	16
Tableau 3 : Équations de recherche utilisées .....	17
Tableau 4 : Références des articles choisis.....	19
Tableau 5 : Description de l'article n°1.....	20
Tableau 6 : Description de l'article n°2.....	21
Tableau 7 : Description de l'article n°3.....	22
Tableau 8 : Description de l'article n°4.....	23
Tableau 9 : Description de l'article n°5.....	24
Tableau 10 : Descriptifs des structures genevoises.....	38
Tableau 11 : Descriptifs des structures vaudoises.....	40
Tableau 12 : Recommandations du SEM et de l'OFSP .....	41

## Liste des figures

Figure 1 : Migration internationale, par genre, de 1960 à 2020 .....	1
Figure 2 : Répartition par genre de la migration internationale en 2019 .....	1
Figure 3 : Destinations de la migration internationale en 2019 .....	3
Figure 4 : Destinations de l'immigration en Europe en 2022.....	4
Figure 5 : Lignes directrices de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030 .....	36
Figure 6 : Structures genevoises d'aide aux migrants et aux sans-papiers .....	37
Figure 7 : Huit champs d'action du rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud .....	39
Figure 8 : Structures vaudoises d'aide aux migrants et aux sans-papiers .....	39

# 1. Questionnement professionnel

Avec l'arrivée de plus de 127 000 migrants, survenue depuis le début d'année 2023 en Italie, l'Europe fait face à un afflux record de migrants (Agence France-Presse, 2023). En effet, les chiffres enregistrés sur la même période en 2022 montrent que le nombre de migrants a doublé. La crise migratoire est un sujet au cœur de l'actualité.

Au cours de l'histoire, le taux de femmes parmi la population en situation de migration a légèrement augmenté, passant de 46.6% en 1960 (Zlotnik, 2003) à 48.1% en 2020, avec un pic à 49.4% en 2000 (Portail sur les données migratoires, 2023) (*figure 1*). La proportion de femmes concernant les déplacements forcés au niveau mondial atteignait 51% en 2023 (UNHCR, 2024). En 2021 selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), 58.8% de ces femmes étaient en âge de procréer (OIM, 2021) (*figure 2*).

Figure 1 : Migration internationale, par genre, de 1960 à 2020

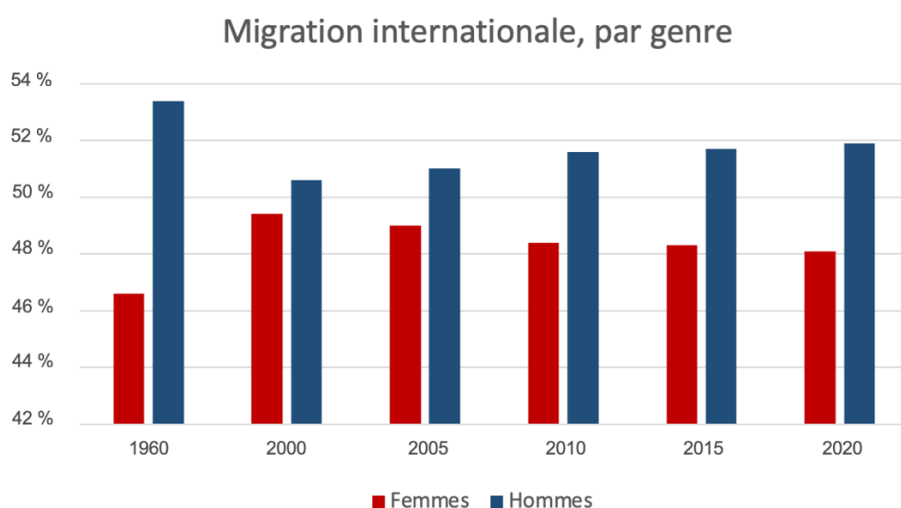
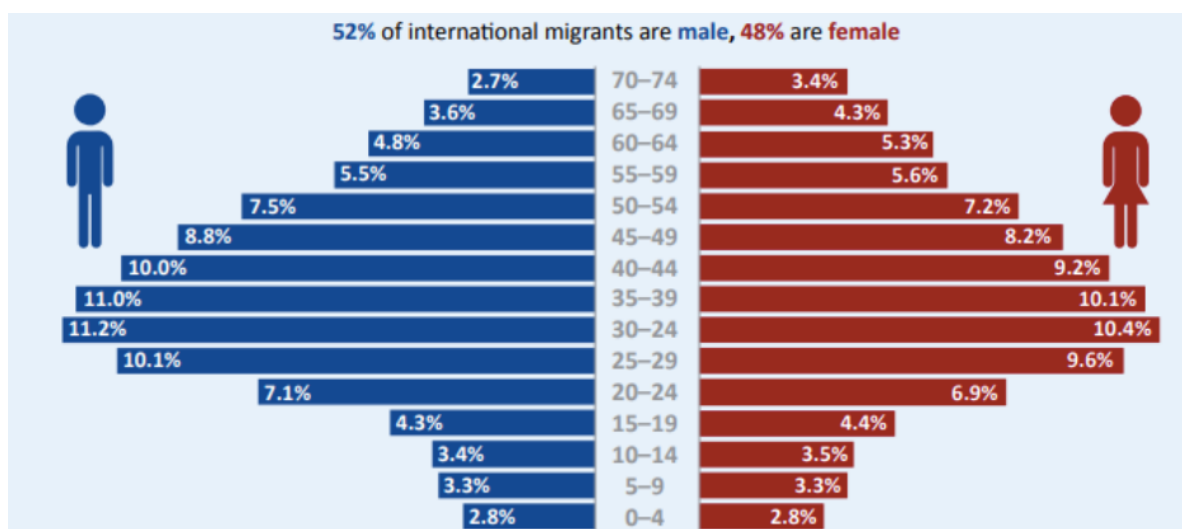


Figure adaptée et tirée de OIM, 2024

Figure 2 : Répartition par genre de la migration internationale en 2019



Tiré de OIM, 2019

D'après Harzoune (2022a), « les femmes sont plus vulnérables que les hommes avant, pendant et après leur migration, aussi bien en termes de sécurité, de besoins psychologiques et d'accès aux services et aux droits ». En effet, à travers leur parcours migratoire, les femmes migrantes sont souvent exposées à de nombreux risques sanitaires, à la précarité et à la maltraitance (violences physiques, sexuelles, psychologiques, abus ou exploitation) (Harzoune, 2022a). L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive leur est également restreint (Harzoune, 2022a). Une fois arrivées dans le pays d'accueil, d'autres obstacles apparaissent tels que la barrière de la langue, le statut juridique, les inégalités socioéconomiques, la difficulté d'accès aux services de santé potentiellement liée à un manque de connaissance et à la mécompréhension du système de soins, etc. (Bollini et al., 2006).

En Suisse, d'après l'Office fédéral de la statistique (OFS), le nombre de naissances en 2023 s'élevait à 80 024, dont 32 253 de mères étrangères, ce qui représentait 40.3% des naissances (OFS, 2024a). Les sages-femmes, en raison de leurs rôles professionnels spécifiques, sont en première ligne dans la prise en charge de ces femmes en période périnatale et constatent ainsi les difficultés rencontrées par ces populations. Certains centres hospitaliers se voient « offrir un soutien aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité » (Rebetez, 2023) à travers la création de pôles spécialisés dans la migration. Lors de nos stages, nous avons toutes été confrontées à la prise en charge de patientes migrantes enceintes et nous sommes alors questionnées sur le parcours migratoire de ces populations, leur vécu ainsi que l'impact potentiel de ces aspects sur leur santé et celle du fœtus. Les prises en soins de ces femmes nous ont paru être complexifiées par le contexte et leurs propres facteurs de risques.

Les flux migratoires étant en constante augmentation, les services de maternité des pays d'accueil, et plus particulièrement d'Europe, seront amenés à se questionner sur l'adaptation de leur prise en charge en fonction des parcours migratoires et des vulnérabilités susceptibles d'impacter les issues obstétricales et néonatales de ces populations.

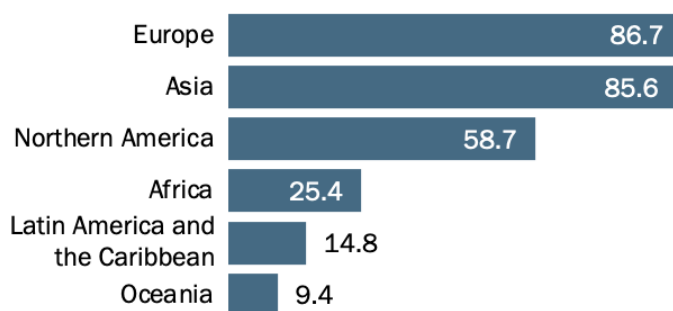
## 2. Cadre de référence théorique

### 2.1 Migration

On entend par migration un phénomène naturel souhaité ou subi par les populations, les conduisant à changer de résidence. Il est à noter que le terme migrant n'est pas défini dans le droit international. Il n'existe donc pas de consensus international concernant la définition d'un « migrant » (OIM, 2019a). Cependant, pour l'Organisation des Nations unies (ONU), « est un migrant international toute personne qui change de pays de résidence habituelle » (Portail sur les données migratoires, 2021). Selon Ruedin et al. (2020), plusieurs types de migrants apparaissent, tels que les migrants économiques, les migrants à des fins d'éducation, à des fins professionnelles, de regroupement familial, ou certains quittant leur pays en raison de conflits, de persécutions ou de catastrophes naturelles.

En 2020, le nombre de migrants à l'échelle mondiale atteignait environ 281 millions (OIM, 2019b). L'Europe figure à la tête des destinations les plus courantes, avec environ 86.7 millions de migrants, soit un tiers de la population migrante internationale, suivie par l'Asie, avec 85.6 millions de migrants (Natarajan et al., 2020) (*figure 3*). L'augmentation de cette migration s'explique entre autres par les conflits qui durent depuis plusieurs années. Le principal pays d'origine des migrants est la République Arabe Syrienne, suivi de l'Afghanistan et du Soudan du Sud (OIM, 2021). Au moment de la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19 de 2020, les flux migratoires ont continué d'augmenter mais moins rapidement (OIM, 2021), en raison des restrictions de la mobilité liées aux politiques de gestion de la pandémie mises en place par les gouvernements (OIM, 2023).

Figure 3 : Destinations de la migration internationale en 2019



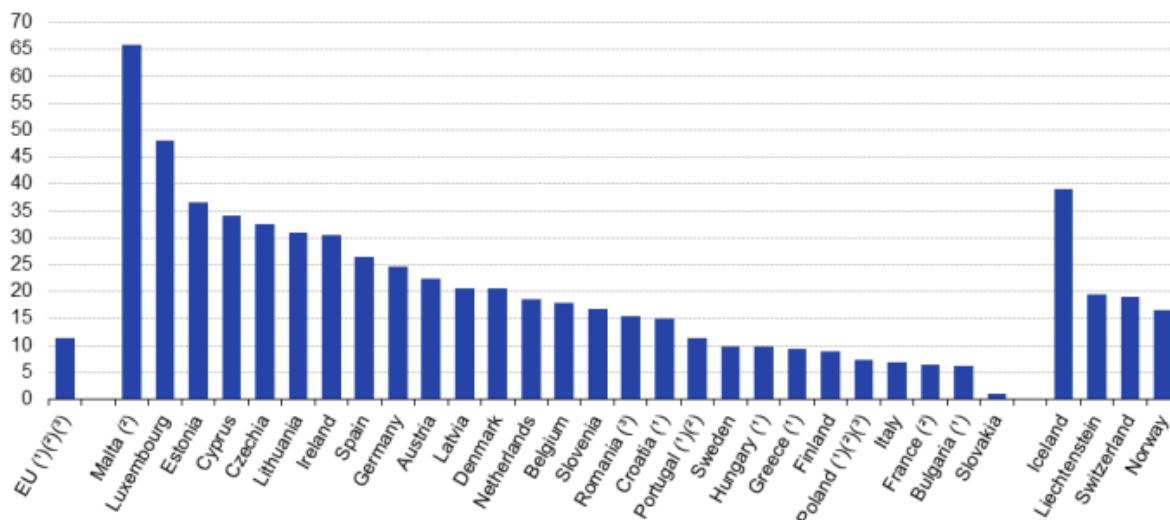
Tiré de Natarajan et al., 2020

Au sein du phénomène de migration, on doit distinguer l'immigration qui désigne le « fait de se rendre dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement le nouveau pays de résidence habituelle » (OIM, 2024a), tout en procédant à des démarches administratives officielles. A ce titre, on peut évoquer le fait qu'en 2022, l'Union européenne (UE) comptait environ 5.1 millions de demandes d'immigration légales, dont près de 3.4 millions de premiers titres de séjour délivrés (European Commission, 2024). Concernant les pays les plus touchés, l'Allemagne enregistrait le plus grand nombre d'immigrants avec 2.1 millions en 2022, suivie par l'Espagne (1.3 million), la France (0.4 million) et l'Italie (0.4 million) (European Commission, 2024). Cependant, proportionnellement au nombre d'habitants, Malte enregistrait le taux

d'immigration le plus élevé avec 66 immigrants pour 1 000 habitants, suivie du Luxembourg (48 immigrants pour 1 000 habitants) et de l'Estonie (37 immigrants pour 1 000 habitants) (European Commission, 2024) (figure 4).

Figure 4 : Destinations de l'immigration en Europe en 2022

**Immigrants, 2022**  
(per 1 000 inhabitants)



Note: Bulgaria, Poland, Portugal, Slovakia, Finland, Sweden and Liechtenstein did not include refugees from Ukraine who benefit from temporary protection in their population and migration statistics.

(\*) break in series

(\*) provisional

(\*) estimate.

Source: Eurostat (online data codes: migr\_imm1ctz and migr\_pop1ctz)

eurostat

Tiré de European Commission, 2024

Étant donné sa position géographique centrale en Europe occidentale, la Suisse accueille, tout comme de nombreux pays européens, un nombre croissant de migrants. En 2022, le pays comptait 167,1 milliers d'immigrés (European Commission, 2024). Cela s'explique également par un marché du travail attractif avec la présence de nombreuses organisations internationales et multinationales (Montagnoli & Wanner, 2023).

Par ailleurs, la Suisse a connu un rebond de flux migratoires depuis le 24 février 2022, en raison de l'offensive russe menée en Ukraine, ayant entraîné la fuite de plus de 70 000 Ukrainiens (SKOS CSIAS COSAS, 2022). Cependant, selon l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), ces populations ne sont pas comptabilisées parmi les immigrants car ces derniers disposent d'un statut de protection S (OSAR, s.d.c). En effet, les migrants arrivés d'Ukraine ont bénéficié de ce statut sans devoir effectuer une demande d'asile ordinaire. Ce statut est attribué exceptionnellement en temps de guerre (OSAR, s.d.c).

C'est en marge de cette immigration légale qu'apparaît l'immigration illégale, nous conduisant à étudier ce que l'on appelle plus communément les migrants sans-papiers. Par ailleurs, l'évaluation de l'immigration illégale est une réelle difficulté puisque par définition, il n'est pas possible de quantifier officiellement le nombre de personnes concernées (CFM, 2024b).

Il est donc primordial d'éviter les nombreuses confusions qui apparaissent même au niveau international, autour des termes migrants, demandeurs d'asile, réfugiés et sans-papiers. Ces termes se réfèrent tous à des populations immigrantes, toutefois les conditions d'accès diffèrent selon les aléas du parcours migratoire et le statut légal obtenu au terme de celui-ci.

### **2.1.1 Requérant d'asile et réfugié**

Afin de porter davantage notre attention sur des situations particulières et des parcours migratoires compliqués, nous allons aborder plus précisément le cas des requérants d'asile, également nommés demandeurs d'asile.

Selon le Haut-commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNHCR), « un demandeur d'asile est une personne ayant demandé à un pays tiers de lui offrir l'asile – soit accueil et protection contre la persécution – mais dont la procédure n'est pas encore achevée » (UNHCR, 2023). Le demandeur d'asile est donc autorisé à séjourner en Suisse, dans l'attente d'une décision de la part du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) afin d'obtenir par la suite la reconnaissance du statut de réfugié (OSAR, s.d.b).

Un requérant d'asile change de statut et devient réfugié lorsque sa demande d'asile lui est accordée (OSAR, s.d.a). La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés définit le terme réfugié comme toute « personne qui a fui son pays craignant avec raison d'être persécutée du fait de ... sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques ... » (UNHCR, 2016). Ces populations obtiennent une protection internationale leur conférant une protection contre l'expulsion (OSAR, s.d.b).

### **2.1.2 Sans-papiers**

Selon la Commission fédérale des migrations (CFM), les sans-papiers sont des individus « qui séjournent dans un pays sans autorisation de séjour » (CFM, 2024b). Ces personnes peuvent toutefois disposer de documents d'identité ou de voyage (CFM, 2024b). Les sans-papiers se retrouvent dans l'illégalité dès lors qu'ils restent de manière illégale sur le territoire suisse et qu'ils y séjournent pour une période excédant un mois et pour une durée indéterminée (Morlok et al., 2015). Cela peut signifier qu'ils séjournent sur le territoire après s'être vu refuser leur demande d'asile (CFM, 2024b), qu'ils ne disposent plus d'un titre de séjour valide obtenu précédemment, ou encore qu'ils n'aient jamais demandé ni obtenu de titre de séjour (Morlok et al., 2015).

L'Union européenne, tout comme la Suisse, fait face à de nombreuses vagues d'immigration irrégulière (OFDF, 2024 ; Parlement européen, 2024). Selon le Parlement européen, « l'immigration irrégulière est le mouvement de personnes provenant de pays non-membres de l'UE à travers les frontières de l'UE sans se conformer aux exigences légales d'entrée, de séjour ou de résidence dans un ou plusieurs pays de l'UE » (Actualité Parlement européen, 2017). Selon le CFM (2024), ce phénomène « est étroitement lié à l'évolution de la politique migratoire ». En effet, le nombre de migrants fluctue selon les restrictions de ces politiques, les conjonctures économiques, politiques et sociales ainsi que les besoins actuels du marché du travail (Bellemare & Carlier, 2013).

## **2.1.3 Politique migratoire**

### **2.1.3.1 Politique migratoire européenne**

L'abolition des frontières instaurée par l'accord de Schengen en 1985 a permis l'émergence progressive d'une politique migratoire commune dans les pays européens (European Asylum Support Office, 2018). L'harmonisation de la politique migratoire au sein de l'UE passe notamment par la création d'un régime d'asile européen commun (RAEC), suite à l'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam et du Conseil européen de Tampere (European Asylum Support Office, 2018). La lutte contre l'immigration illégale est placée comme un sujet prioritaire en 2004 par le Conseil européen (Harzoune, 2022b).

Les objectifs de la politique européenne sont nombreux et comprennent « la protection des réfugiés, la lutte contre l'immigration irrégulière et les trafics d'êtres humains, l'aide au retour et la recherche de synergies entre migration et développement » (Lamarque, 2019).

La politique migratoire est administrée par l'UE mais également par les états. L'UE dispose de certaines compétences transférées par les états, notamment en matière de contrôle des frontières extérieures de l'UE et de l'espace Schengen (Del Picchia, 2023). Certaines prérogatives reviennent à la fois à l'UE et aux états membres (Lamarque, 2019). Lamarque (2019) explique que l'accueil des migrants est encadré par les conditions d'entrée et de séjour prévu par les textes de l'UE mais c'est bien l'état membre qui statue sur le nombre de personnes admises sur son territoire. La demande d'asile est toujours examinée par le pays dans lequel la demande est faite, sauf exception. Cette procédure est appelée procédure Dublin (SEM, 2022). « [L']attribution du statut de réfugié, ... la protection subsidiaire, ... la gestion de l'immigration irrégulière et ... [les] retours » reviennent également aux états (Lamarque, 2019). Des institutions telles que l'agence européenne de garde-frontières et de garde-côtes sont créées par l'UE pour assurer la sécurité des territoires (Lequeux, 2023).

Les systèmes migratoires européens sont toutefois désuets et nécessitent une refonte. Un nouveau pacte sur la migration et l'asile devrait voir le jour pour faire face aux problématiques conjoncturelles actuelles et aux positions divergentes entre états membres (Euromed Rights, 2021).

### **2.1.3.2 Politique migratoire fédérale et cantonale**

La Suisse a toujours été un pays d'accueil pour les immigrants, notamment pour faire face aux pénuries de main d'œuvre, faisant de l'immigration un sujet qui attise les débats (Piguet & Mahnig, 2000).

La politique migratoire suisse repose sur plusieurs accords internationaux, notamment les accords de Schengen pour lesquels elle est active depuis 2008 dans l'élaboration des politiques migratoires européennes (SEM, 2024), la procédure Dublin, ainsi que l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) entre la Suisse et l'UE (SEM, 2012). Les cantons mettent en œuvre la politique de migration par application de diverses lois régies par la Confédération. Chaque canton se voit doté d'un budget pour agir dans la limite de ses compétences, adaptant ainsi la politique à la réalité du territoire. Il peut ainsi décider des autorisations de séjour et de regroupement familial (Wichmann et al., 2011).

En fonction de leur approche plus ou moins libérale, un classement des cantons par analyse comparative a été réalisé, permettant de distinguer ceux dont la politique est plus restrictive par rapport à leurs voisins (Wichmann et al., 2011). Le canton de Vaud se distingue par son approche libérale, avec un taux d'étrangers avoisinant les 30%, suivi par le canton de Neuchâtel et celui de Genève (Wichmann et al., 2011). Cependant, les cantons se heurtent à une difficulté : l'irrégularité de la situation de nombreux immigrants (Morlok et al., 2015). En 2015, le SEM estimait à 76 000 le nombre de migrants en situation irrégulière en Suisse (Morlok et al., 2015). Parmi eux, le canton de Zurich comptait la plus grande population de sans-papiers, avec 28 000 migrants, ce qui représentait 36.8%, suivi par les cantons de Genève (17%) et de Vaud (15.7%) (Morlok et al., 2015). Au regard de ces chiffres, Morlok et al. (2015) expliquent que le nombre de migrants est plus important dans le canton de Zurich, en raison de la densité élevée de population et de la proximité avec son pays voisin, l'Allemagne, lui-même important pays d'accueil des migrants. Cependant, proportionnellement au nombre d'habitants, le canton de Genève affiche le plus grand nombre de sans-papiers avec 27 personnes pour 1 000 habitants, suivi par le canton de Bâle (21 pour 1 000), le canton de Zurich (19 pour 1 000) et le canton de Vaud (16 pour 1 000) (Morlok et al., 2015). De nombreux facteurs susceptibles de favoriser ce phénomène sont à prendre en compte : le degré d'urbanisation, la proportion d'étrangers, l'attitude favorable à la migration lors des votations et le produit intérieur brut par habitant dans le canton (Morlok et al., 2015).

#### **2.1.4 Épidémiologie**

Les données sur les individus sans statut légal sont difficilement accessibles en raison de l'absence de chiffres dans les bases de données et statistiques (Schoenborn et al., 2021). Leur recensement se fait principalement via des enquêtes et estimations approximatives (Schoenborn et al., 2021). Des études considèrent que les sans-papiers représentent environ 1% de la population de l'UE (Schoenborn et al., 2021). En 2015, la Suisse comptait environ 76 000 sans-papiers (Morlok et al., 2015). Au vu de ces chiffres, la politique de migration est un sujet qui attise les débats (Morlok et al., 2015). De nombreux facteurs influent sur les déplacements des sans-papiers, tels que l'évolution des réglementations européennes concernant la libre circulation, la réforme de la loi fédérale sur les étrangers, mais aussi la mise en application des accords de Schengen et les flux récents de migrants (Morlok et al., 2015).

Il est important de noter qu'en Suisse, le nombre de naissances parmi la population de migrants en situation irrégulière a progressivement augmenté de 2005 à 2018, passant de 1 296 à 2 194 naissances (Montagnoli & Wanner, 2023). Les femmes provenant d'Amérique latine représentent à elles seules 31.36% de ces naissances (Montagnoli & Wanner, 2023).

#### **2.1.5 Profil sociodémographique**

En ce qui concerne la répartition par âge, les mineurs représenteraient 12% des sans-papiers en Suisse, alors que 60% appartiendraient à la tranche d'âge des 18-40 ans, et que les plus de 40 ans constitueraient 28% de cette population (Morlok et al., 2015).

Concernant leur origine, il semblerait que le plus grand groupe ethnique de migrants parmi les sans-papiers soit représenté par les Latino-Américains, suivi par les personnes originaires de pays non européens, d'Afrique et d'Asie du Sud-Est (Montagnoli & Wanner, 2023).

La répartition entre femmes et hommes est variable entre les régions. En effet, les spécialistes rapportent que dans les cantons touristiques, les femmes seraient sous-représentées (17%) alors que les autres territoires comptabiliseraient en moyenne 51% de femmes (Morlok et al., 2015). Comme énoncé par Morlok et al. (2015), la structure du marché du travail peut être à l'origine de ces disparités : alors que les femmes sont majoritairement employées dans les foyers privés et dans les services, les hommes travaillent plutôt dans le bâtiment, l'hôtellerie et l'agriculture. Selon des entretiens menés dans les cantons, 86% des sans-papiers auraient un emploi (Morlok et al., 2015). Toutefois, selon certains spécialistes, seuls 2% des sans-papiers s'acquitteraient de cotisations sociales. En effet, il semble que l'aide publique soit peu sollicitée par les sans-papiers qui craignent tout contact avec les autorités en regard de leur vulnérabilité résultant de leur illégalité sur le territoire (Morlok et al., 2015).

Concernant la structure familiale de ces populations, il semblerait que près de deux tiers des sans-papiers n'aient ni conjoint ni enfant (Morlok et al., 2015).

Selon Morlok et al. (2015), 63% de sans-papiers entreraient sur le territoire de façon illégale en tant que clandestin ou touriste et y séjourneraient pour une durée de cinq à dix ans en moyenne. Les principales raisons de cette migration seraient d'ordre économique, avec de meilleures perspectives d'avenir (Morlok et al., 2015).

### **2.1.6 Droits**

« Les sans-papiers se trouvent certes dans une situation illégale ; pour autant, cela ne signifie pas qu'ils ne disposent pas de droits ou qu'ils ne peuvent pas aspirer à vivre dans des conditions dignes » (Efionayi-Mäder et al., 2010). En effet, tout individu séjournant sur le territoire suisse bénéficie, quel que soit son statut légal, de droits fondamentaux (Morlok et al., 2015). Ainsi, Morlok et al. (2015) expliquent que :

[Les sans-papiers ont] le droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse, qui inclut le droit à des soins médicaux de base (art. 12 de la Constitution fédérale [Cst. ; RS 101]) et l'obligation de contracter une assurance-maladie (art. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10]). En principe, les sans-papiers ont également droit à une réduction des primes pour l'assurance-maladie. Par ailleurs, ils sont soumis à l'impôt à la source s'ils perçoivent un revenu.

En résumé, malgré la situation d'illégalité dans laquelle se trouvent les personnes sans-papiers, ces derniers bénéficient toutefois de droits sur le territoire suisse, bien qu'ils en profitent peu par crainte d'expulsion (Morlok et al., 2015).

### **2.1.7 Accès à la santé pour les sans-papiers en Suisse**

Selon les art. 12 et 41 Cst, toute personne a accès aux soins de base et soins d'urgence, indépendamment de son statut légal (Bilger et al., 2011). L'art. 3, al. 1 LAMal oblige tout résident sur le territoire suisse à contracter une assurance-maladie pour pourvoir aux éventuels soins dans les trois mois suivant la prise de domicile. « L'assurance obligatoire des soins (AOS) garantit des prestations en cas de maladie, de maternité et d'accident » (OFSP, 2022). Néanmoins, même si les sans-papiers ont droit à une prise en charge médicale de base, qu'ils soient ou non assurés (Croix-Rouge suisse, 2012), « le principe d'égalité d'accès aux prestations pour l'ensemble des personnes tenues de s'assurer, indépendamment de leur statut légal, n'est pas garanti » (Steffen, 2017), comme relevé par le Conseil fédéral dans son

rapport de 2012. Ainsi, d'après ce même rapport, on estime que 80 à 90% des individus sans-papiers ne seraient pas assurés (Steffen, 2017).

Cela peut s'expliquer par différents facteurs. Le premier relève d'un problème d'ordre financier. En effet, ces populations se retrouvent fréquemment dans l'incapacité de souscrire à l'assurance de base, en raison des coûts mensuels significatifs (Croix-Rouge suisse, 2012). Il est toutefois possible de bénéficier de réduction de primes, bien que cela dépende de la législation cantonale (Croix-Rouge suisse, 2012). Les soins de santé de base sont couverts par la caisse d'assurance-maladie concernée, à l'exception de la franchise, qui reste à la charge de l'assuré. Par ailleurs, les migrants sans-papiers redoutent que l'obtention d'une régularisation du statut légal soit compromise en cas de cotisation impayée (Conseil fédéral, 2020).

Le second point relève de la crainte d'être signalé aux autorités lorsque les sans-papiers ont recours aux services de soins. Cependant, conformément à l'art. 321 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 [CP] et à l'art. 84b LAMal, le personnel de santé ainsi que les employés des compagnies d'assurance sont tenus au secret professionnel et ne peuvent divulguer une quelconque information relative au statut légal d'un patient (Bilger et al., 2011).

Par ailleurs, en raison de la méconnaissance du système de santé, ces populations éprouvent de la difficulté dans les démarches d'affiliation à l'assurance de base (Bilger et al., 2011).

Enfin, bien que les compagnies d'assurance aient l'obligation d'accepter toute personne souhaitant souscrire un contrat, dans la pratique certains assureurs se montrent réticents à assurer ces communautés par crainte de non recouvrement (Conseil fédéral, 2020).

## **2.2 Grossesse**

### **2.2.1 Recommandations de l'OMS sur le suivi de grossesse**

En 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a modifié ses recommandations concernant les suivis de grossesse, dans le but « d'améliorer la qualité des soins prénatals pour réduire le risque de mortinaissance et de complications de la grossesse et offrir aux femmes une expérience positive de la grossesse » (OMS, 2016).

Lors des huit consultations de suivi de grossesse recommandées, chaque femme enceinte devrait recevoir des conseils de prévention et de promotion de la santé, notamment concernant :

[Une] alimentation saine et [une] nutrition optimale, [la pratique d'] exercice physique, la consommation de tabac et l'abus de substances psychoactives, la prévention du paludisme et de l'infection à VIH, les analyses de sang et la vaccination antitétanique, la mesure du fœtus, notamment à l'échographie, et la prise en charge des symptômes physiologiques courants tels que les nausées, les douleurs dorsales et la constipation (OMS, 2016).

Ainsi la première consultation de grossesse doit avoir lieu dans le premier trimestre. Les consultations suivantes sont préconisées tous les mois, dès le cinquième mois de grossesse, c'est-à-dire à 20 semaines de grossesse (SG), puis « aux 26e, 30e, 34e, 36e, 38e et 40e semaines » (OMS, 2016). Une échographie est préconisée avant la 24<sup>ème</sup> semaine de

grossesse afin de déterminer le terme de la grossesse et de réaliser une morphologie fœtale en vue de s'assurer de l'absence de malformation (OMS, 2016).

L'OMS (2016) recommande d'assurer un suivi prénatal à toutes les femmes enceintes. En effet, la réalisation de soins prénatals continus tout au long de la grossesse permet de prévenir les complications, d'organiser les soins médicaux et d'offrir les conseils appropriés en cas de besoin. Selon l'OMS (2016) :

Ils permettent aux intervenants d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge, un soutien et des informations, notamment de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, y compris une bonne nutrition, de détecter et de prévenir des maladies, de donner des conseils en matière de planification familiale et d'aider les femmes éventuellement victimes de violence du partenaire intime.

## **2.2.2 Complications obstétricales et néonatales**

Selon l'OMS (2023), les complications obstétricales font référence aux problèmes de santé survenant pendant la période périnatale. « La plupart de ces complications surviennent pendant la grossesse et peuvent, le plus souvent, être évitées ou traitées. D'autres complications apparaissent parfois avant la grossesse mais sont aggravées pendant la grossesse, surtout si elles ne sont pas prises en charge » (OMS, 2023a).

Les complications néonatales correspondent aux problèmes de santé apparaissant chez les nouveau-nés au cours des premières semaines de vie. Ces complications peuvent être graves, voire potentiellement mortelles (OMS, 2020).

### **2.2.2.1 Prématurité**

Selon l'OMS (2023b), la prématurité se définit par toute naissance vivante avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Il existe différents stades de prématurité à savoir « la très grande prématurité (moins de 28 semaines) ; la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine) ; la prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32e et la 37e semaine) » (OMS, 2023b). Il existe différentes causes d'accouchement avant terme : « travail prématuré spontané ou ... indication médicale justifiant un déclenchement précoce du travail ou une césarienne » (OMS, 2023b).

L'OMS (2024b) indique que la prématurité représente l'une des principales causes de décès chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans. Les nourrissons prématurés présentent un risque plus élevé de troubles du développement, notamment de paralysie cérébrale et de rétinopathie (OMS, 2024b). Les conséquences de la prématurité peuvent persister à l'âge adulte, augmentant ainsi le risque de développer des maladies chroniques telles que l'obésité et le diabète (OMS, 2024b).

En 2020, le nombre de naissances prématurées dans le monde s'élevait à 13.4 millions avec plus de 900 000 décès liés aux conséquences de la prématurité (OMS, 2023b).

### **2.2.2.2 Faible poids de naissance**

Selon l'OMS (2014), un nourrisson a un faible poids de naissance lorsque qu'il présente un poids inférieur à 2 500 grammes, et ce, indépendamment de l'âge gestationnel (AG). Le très faible poids de naissance se définit par un nouveau-né d'un poids inférieur à 1 500 grammes

(Montagnoli & Wanner, 2023). Il est important de noter qu'en 2021 le poids moyen d'un nouveau-né en Suisse était de 3 308 grammes (OFS, 2022). Le faible poids de naissance peut s'expliquer par différentes raisons, « notamment le travail induit ou l'accouchement par césarienne (pour des raisons médicales ou non), les grossesses multiples, les infections et les maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension » (OMS, 2014).

Avec la prématurité, le faible poids de naissance est une des principales causes de décès chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. L'insuffisance pondérale à la naissance expose également à un risque plus élevé de troubles du développement avec des conséquences à long terme (OMS, 2024b).

Dans le monde, chaque année, 20 millions de nourrissons présentent un faible poids de naissance, soit 15 à 20% des naissances (OMS, 2014). En Suisse, c'est environ 6% des nouveau-nés qui naissent avec un poids inférieur à la norme (OFS, 2022).

### **2.2.2.3 Mortinaissance**

Selon l'OFS (2023b), la mortinaissance est définie comme le décès d'un fœtus survenant dès la 22ème semaine de gestation ou ayant un poids d'au moins 500 grammes, et ce jusqu'à la naissance, en raison de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

En 2022, le nombre de mortinaissances s'élevait à 359 naissances en Suisse, équivalant à un taux de 0.43% sur l'ensemble des naissances du pays (OFS, 2023b).

Selon un rapport du groupe inter-agences des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UNICEF, 2023b), on estime en 2021 le taux de mortinatalité à 28 semaines de grossesse ou plus à 13.9 pour 1 000 naissances totales. Cependant, ces pertes ne sont pas ressenties de la même manière partout. En effet, il existe des différences significatives dans les taux de mortinatalité à travers le monde, avec un risque vingt fois plus élevé dans le pays ayant le taux le plus élevé par rapport à celui ayant le taux le plus bas (UNICEF, 2023b). Cette inégalité dans la répartition de la mortinatalité se retrouve également au sein des pays où l'accès aux soins de santé, à l'éducation maternelle et à d'autres facteurs socioéconomiques varie (UNICEF, 2023b). Ainsi, bien que la fréquence de la mortinatalité soit plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, elle touche également les pays à revenu élevé. Par exemple, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux à faible revenu, les taux de mortinatalité sont plus élevés dans les zones rurales comparativement aux zones urbaines (UNICEF, 2023b).

### **2.2.3 Femmes enceintes sans-papiers**

Les migrantes enceintes et sans-papiers semblent être exposées à un triple fardeau. En effet, il s'agit d'une population particulièrement vulnérable ayant probablement subi des expériences traumatisantes avant ou pendant la migration (Tasa et al., 2021). Une étude de Andro et al. (2019) montre que 75% des femmes interrogées ont été victimes de violences durant leur vie (44% avant la migration, 16% sur le parcours migratoire et 46% dans le pays d'accueil). La notion de violences faites à cette population, qualifiée de violence sexuelle et sexiste, englobe la violence sexuelle, la violence émotionnelle et psychologique, la violence physique, les pratiques culturelles néfastes et la violence socioéconomique (Keygnaert et al., 2012). De plus, du fait de l'absence de statut légal, les sans-papiers disposent de droits sociaux, civils, politiques et économiques limités (Commission des migrations, des réfugiés et de la

population, 2006). Par ailleurs, l'accès aux soins périnataux, bien que garanti par la loi, s'avère difficile. Des recherches antérieures ont montré que les migrants sans-papiers rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux services de santé (Tasa et al., 2021). Les femmes enceintes sans-papiers utilisent moins les services de santé que les autres femmes du même pays et le début des soins prénatals est souvent retardé (Tasa et al., 2021). Selon Schoenborn et al. (2021), le statut de sans-papiers expose donc les femmes à de mauvaises conditions de vie et de travail, à de l'isolement, à de la discrimination, à de l'instabilité et par conséquent, à de l'anxiété. La santé physique, psychique et périnatale de ces femmes est également impactée (Schoenborn et al., 2021). Du point de vue de la littérature, les femmes sans-papiers auraient un risque plus élevé de morbidité et de mortalité maternelles avec de graves répercussions (Schoenborn et al., 2021). Cependant, on trouve également des études rapportant des résultats équivalents entre les femmes immigrées ou sans-papiers et les femmes résidentes ou bénéficiant d'un statut légal de résidence, que ce soit en terme d'issues obstétricales, néonatales (Miller et al., 2016) ou de dépression périnatale (King et al., 2019). L'explication avancée serait liée au concept de « healthy migrant effect », ou « effet du migrant sain », qui se base sur le fait que les personnes qui choisissent d'émigrer sont en meilleure santé que la population autochtone à leur arrivée dans le pays d'accueil (Brabete, 2017). L'hypothèse la plus connue pour expliquer les différences de santé entre les migrants et les autochtones repose sur le fait que ceux qui choisissent d'émigrer sont les personnes les plus jeunes, en meilleure santé et plus instruites. Une fois dans le pays d'accueil, leur état de santé dépasse celui de la population autochtone (Brabete, 2017).

## **2.3 Rôle sage-femme**

Que ce soit en termes de santé maternelle, foétale ou néonatale, les sages-femmes sont les premières professionnelles de santé concernées lors de la prise en soins des femmes enceintes migrantes, et ce quel que soit leur statut légal.

La profession de sage-femme est constituée, selon le référentiel de compétences du Bachelor of Sciences de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) de Sage-femme, de sept rôles : rôle d'expert-e sage-femme, rôle de communicateur ou communicatrice, rôle de collaborateur ou collaboratrice, rôle de manager, rôle de promoteur ou promotrice de la santé (Health Advocate), rôle d'apprenant-e et de formateur ou formatrice et rôle de professionnel-le (HES-SO, s. d.).

Ce cadre référentiel de compétences est sous-tendu dans son ensemble par les principes d'éthique clinique suivants : l'autonomie, qui pose la question des possibles choix de la personne, ainsi que de ses capacités à prendre des décisions ; la bienfaisance, qui soulève la question du bénéfice obtenu ; la non malfaisance, qui pose la question des risques et nuisances possibles ; la justice, qui soulève ce qui est juste et/ou équitable (Ashcroft, 2007).

Cependant, la dimension éthique de notre travail et particulièrement celle de notre questionnement se situe plus précisément dans deux des rôles du référentiel de compétences : les rôles de professionnel-le et de promoteur ou promotrice de la santé. Notre volonté, à travers ce travail de recherche, est celle de promouvoir la santé des femmes les plus fragiles, les femmes enceintes ayant fui une situation précaire dans leur pays d'origine et ne disposant pas d'un statut légal de résidence dans le pays d'accueil. Ces dernières sont exposées à de nombreux facteurs de risques pour leur santé et celle de leur fœtus. En effet,

selon Sturrock et al. (2021), les enfants nés de femmes migrantes sont plus susceptibles d'être mort-nés ou de souffrir d'une morbidité néonatale par rapport aux migrants économiques et aux femmes nées dans les pays à revenu élevé. Les futures mères étant plus susceptibles d'avoir un accès insuffisant, tardif ou inexistant aux soins prénatals, cela peut expliquer les moins bons résultats néonataux (Sturrock et al., 2021). La grossesse est également une période précaire pour les femmes sans-papiers, notamment en raison du besoin d'interagir avec le système de soins de santé et les différentes administrations, ce qui accroît leur visibilité et leur expulsabilité ultérieure (Castañeda, 2009).

Par ailleurs, et au regard du rôle de professionnel-le dans les termes du référentiel de compétences du Bachelor of Sciences de Sage-femme (HES-SO, s. d.), nous sommes conscientes de l'opportunité qui nous est donnée, à travers notre future profession, d'œuvrer pour la santé des femmes et des familles, dans le cadre sociopolitique qui est le nôtre, et dans la limite de nos possibilités.

### 3. Problématique

Lorsque nous avons effectué nos premières recherches sur les issues obstétricales et néonatales des femmes fuyant leur lieu d'origine pour des raisons d'amélioration de leurs conditions de vie, nous avons constaté que la littérature sur le sujet était très abondante. Nous nous sommes rendu compte que notre préoccupation pour la santé de ces femmes était partagée par nombre de professionnels des soins obstétricaux à travers le monde. La situation de crise autour des flux migratoires vécue par les pays d'accueil est mondiale, et a un retentissement particulier dans le domaine obstétrical. Ainsi, selon De Jong et al. (2017), la migration, touchée par un phénomène de féminisation croissante, amène les professionnels de santé à se questionner sur la prise en charge maternelle et infantile. La population de sans-papiers en situation d'illégalité sur le territoire d'accueil constitue un groupe extrêmement vulnérable. Le concept de vulnérabilité désigne « une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée » (Liendle, 2012).

Notre hypothèse de départ concernant les issues obstétricales défavorables des populations migrantes, avec ou sans statut légal, paraît donc être une inquiétude commune pour les acteurs de la santé à l'échelle internationale, et semble nourrie par un souci d'éthique. Comme Guðmundsdóttir et al. (2021) le soulignent, il est important d'examiner de plus près les inégalités en matière de santé afin de développer des soins périnataux personnalisés et sensibles à la culture pour toutes les femmes de la communauté.

L'intérêt porté à la réponse de cette hypothèse est dès lors un enjeu majeur face à la crise migratoire actuelle et à sa péjoration escomptée (UNHCR, 2022). Nous sommes convaincues, à l'instar des nombreux acteurs de soins ayant mené des recherches dans ce sens, que notre réalité de soignants sera de plus en plus challengée par les déplacements forcés des populations vivant dans des pays pauvres, en guerre, ou touchés par le dérèglement climatique (OIM, 2021).

Afin de rédiger la question de recherche, nous avons utilisé la méthode PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcomes). A l'origine, nous souhaitions inclure la notion de parcours migratoire dans notre réflexion et avons alors élaboré la question suivante : le parcours migratoire impacte-t-il les issues obstétricales des femmes enceintes réfugiées ? Cependant, nous avons reconsidéré notre question de recherche car la notion de parcours migratoire nous semblait trop large. Il nous paraissait important de comparer les issues obstétricales et néonatales des femmes sans statut légal, soit les sans-papiers, à celles des femmes résidentes. De plus, la notion de complications obstétricales et néonatales nous semblant elle aussi trop étendue, nous avons choisi de resserrer notre question autour des trois issues obstétricales et néonatales qui apparaissaient comme prépondérantes dans les résultats des études sur le sujet, soit la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance. Nous sommes donc arrivées à cette question de recherche : quels sont les impacts du statut de sans-papiers des femmes enceintes sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance ?

## 4. Sélection des articles parmi la littérature existante

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons exploré la littérature scientifique dans l'objectif de trouver cinq articles pertinents susceptibles de fournir des réponses.

### 4.1 Tableau des concepts utilisés pour la recherche

Nous avons amorcé notre recherche d'articles en identifiant les principaux concepts issus de notre question de recherche. Pour ce faire, nous avons employé le modèle PICO afin de guider notre démarche.

Par la suite, l'outil HeTop (Health Terminology/Oncology Portal) nous a aidé à traduire les mots-clés du français à l'anglais, facilitant ainsi la recherche d'une terminologie appropriée et l'obtention des termes MeSH (Medical Subject Headings) (*tableau 1*).

Tableau 1 : Mots-clés et termes MeSH selon modèle PICO

	Concepts/ Thèmes	Mots-clés libres en français	HeTOP français	HeTOP anglais	Mots-clés libres en anglais
<b>P</b>	Femme enceinte sans- papiers	Femme enceinte, grossesse, parturiente  Migrant sans- papiers, migrant irrégulier, demandeur d'asile	Femmes enceintes, grossesse  Population de passage et migrants, immigrants sans papiers	Pregnant women, pregnancy  Transients and migrants, undocumented immigrants	Pregnant woman  Undocumented migrant, irregular migrants, asylum seeker
<b>I</b>	-	-	-	-	-
<b>C</b>	Femme européenne	Femme résidente, femme européenne, Europe, pays européen	Peuple européen, Europe	European people, Europe	Resident woman, European country
<b>O</b>	Prématurité, petit poids de naissance et mortinaissance	Résultats obstétricaux, complications de grossesse, naissance prématurée, petit poids de naissance, petit pour l'âge gestationnel, mortinaissance	Complications de la grossesse, naissance prématurée, nourrisson à faible poids de naissance, nourrisson petit pour son âge gestationnel, mortinatalité	Pregnancy complications, premature birth, low birth weight, small for gestational age, stillbirth	Obstetrical outcomes, preterm birth

## 4.2 Tableau des mots-clés utilisés pour la recherche

Pour formuler des équations de recherche pertinentes et facilitatrices, nous avons associé les mots-clés et les termes MeSH en utilisant les opérateurs booléens OR et AND (*tableau 2*).

Tableau 2 : Combinaison des termes MeSH et des mots-clés

1 <sup>er</sup> concept		2 <sup>ème</sup> concept		3 <sup>ème</sup> concept		4 <sup>ème</sup> concept
Pregnant women OR Pregnant woman OR Pregnancy	AND	Transients and migrants OR Undocumented immigrants OR Undocumented migrant OR Irregular migrants OR Asylum seeker	AND	European people OR Europe OR Resident woman OR European country	AND	Pregnancy complications OR Obstetrical outcomes OR Preterm birth OR Premature birth OR Low birth weight OR Small for gestational age OR Stillbirth

## 4.3 Présentation des bases de données utilisées

Pour mener la recherche d'articles, nous avons exploité divers moteurs de recherche et bases de données tels que PubMed, CINAHL et Embase. Cependant, nous avons repéré nos cinq articles sur un seul moteur de recherche, à savoir PubMed. Ce dernier offre un accès à la base de données MEDLINE, où l'on trouve principalement de la littérature biomédicale et axée sur les sciences de la vie.

## 4.4 Description des équations de recherche et résultats obtenus

Pour chacune des équations de recherche élaborées, nous avons systématiquement appliqué le filtre « de 2018 à 2023 » afin de sélectionner exclusivement des articles publiés au cours des cinq dernières années.

Nous avons été amenées à tester diverses équations de recherche en ajoutant et éliminant certains mots-clés ou termes MeSH, avant de trouver la combinaison adéquate nous permettant d'obtenir les cinq articles souhaités.

La première équation a été créée en incluant tous les mots du tableau 2. Cependant, elle nous offrait trop d'articles à analyser. La deuxième équation, composée uniquement des termes MeSH, n'a pas donné les résultats souhaités. Nous avons donc décidé de mélanger les termes MeSH avec les mots-clés pour les troisième et quatrième équations, ces derniers nous permettant d'obtenir cinq articles correspondant à notre problématique (*tableau 3*).

Tableau 3 : Équations de recherche utilisées

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	(pregnant women OR pregnant woman OR pregnancy) AND (transients and migrants OR undocumented immigrants OR undocumented migrants OR irregular migrants OR asylum seeker) AND (european people OR europe OR resident woman OR european country) AND (pregnancy complications OR obstetrical outcomes OR preterm birth OR premature birth OR low birth weight OR small for gestational age OR stillbirth)	103
2	(pregnant women OR pregnancy) AND (transients and migrants OR undocumented immigrants) AND (european people OR europe) AND (pregnancy complications OR premature birth OR low birth weight OR small for gestational age OR stillbirth)	44
3	(pregnant women OR pregnancy) AND (transients and migrants OR undocumented migrants OR irregular migrants) AND (european people OR resident woman OR european country) AND (obstetrical outcomes OR pregnancy complications OR premature birth OR low birth weight OR small for gestational age OR stillbirth)	34
4	(pregnant women OR pregnancy) AND (irregular migrants OR asylum seeker OR undocumented migrants) AND (europe OR european people) AND (obstetrical outcomes OR pregnancy complications OR preterm birth OR low birth weight OR small for gestational age OR stillbirth)	31

## 4.5 Présentation des articles choisis

La dernière équation nous a proposé 31 articles en lien avec notre problématique. Cependant, tous ne répondaient pas à nos critères de sélection, ce qui a nécessité l'élimination de certains articles qui n'étaient pas pertinents pour répondre à notre question de recherche.

### 4.5.1 Critères d'inclusion

- Population : femmes enceintes migrantes sans-papiers
- Lieu d'étude : pays européen
- Comparaison : population en situation régulière de résidence
- Outcomes : prématurité, petit poids de naissance, mortinaissance

### 4.5.2 Critères d'exclusion

- Population : réfugiés, confusion dans les termes
- Date : plus de 5 ans
- Type d'article : revues qualitatives et méta-analyses
- Outcomes : ne correspondant pas à ceux de notre question de recherche

### 4.5.3 Limites et contraintes du choix des articles

À la suite des résultats obtenus grâce à l'équation de recherche, ainsi que de l'exclusion de certains articles selon les critères énoncés, nous avons pris le temps d'examiner chaque article afin d'évaluer sa pertinence.

Nous avons rapidement identifié trois articles parfaitement conformes à nos critères de sélection, provenant respectivement d'études suisse, belge et danoise. L'article danois retenu n'étant pas disponible dans son intégralité en libre accès, il a été nécessaire d'effectuer des démarches auprès de la bibliothèque de la Haute École de Santé (HEdS-GE) pour l'obtenir.

La recherche des deux autres articles s'est avérée plus difficile en raison du nombre limité d'études sur le sujet. Bien que nous ayons espéré l'émergence de nouvelles publications depuis le début de notre travail, cette attente s'est révélée infructueuse. Par conséquent, nous avons été contraintes de reprendre nos recherches, y compris la réévaluation d'articles précédemment écartés. Bien que l'étude suédoise réponde à notre problématique, nous avons rencontré un obstacle relatif à la population, présentant conjointement les migrantes sans-papiers et les requérantes d'asile dans les tableaux de résultats. Nous avons tout de même décidé de l'inclure en raison de la pertinence des résultats de l'article.

Enfin, pour trouver notre dernier article, nous avons élargi le type d'étude aux revues systématiques, ne nous limitant plus exclusivement aux articles quantitatifs. Par la suite, nous avons réalisé l'importance d'inclure cette revue systématique, non seulement en raison de son alignement total avec notre sujet, mais aussi en raison de l'ouverture et du renforcement qu'elle apporte à nos résultats.

En conclusion, l'obtention de nos cinq articles (*tableau 4*) a demandé plusieurs mois en raison du manque d'études menées sur le sujet des femmes enceintes migrantes sans-papiers, nécessitant ainsi une adaptation de notre approche.

#### 4.5.4 Articles sélectionnés

Tableau 4 : Références des articles choisis

	Références
Article n°1	Schoenborn, C., De Spiegelare, M., & Racape, J. (2021). Measuring the invisible : Perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9">https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9</a>
Article n°2	Montagnoli, C., & Wanner, P. (2023). Are pregnancy outcomes affected by the lack of legal status? A demographic study based on 850,288 live births in Switzerland. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-023-05870-5">https://doi.org/10.1186/s12884-023-05870-5</a>
Article n°3	Faurholdt, I. M., Halkjær, N., Boye, M. C., Meyrowitsch, D. W., Kann, C., Thomsen, C. E., Sørensen, L., Gadsbøll, K. M., Schmidt, M. C., Funge, J. K., & Norredam, M. (2023). Risk of stillbirth and preterm birth among undocumented pregnant migrant women in Denmark : A retrospective case-control study. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 499507. <a href="https://doi.org/10.1177/14034948231151299">https://doi.org/10.1177/14034948231151299</a>
Article n°4	Liu, C., Ahlberg, M., Hjern, A., & Stephansson, O. (2019). Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17 : A register-based cohort study. <i>European Journal of Public Health</i> , 10481055. <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120">https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120</a>
Article n°5	Gieles, N. C., Tankink, J. B., van Midde, M., Düker, J., van der Lans, P., Wessels, C. M., Bloemenkamp, K. W. M., Bonsel, G., van den Akker, T., Goosen, S., Rijken, M. J., & Browne, J. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe : A systematic review. <i>European Journal of Public Health</i> . <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042">https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042</a>

## 4.6 Description des résultats des articles choisis

### 4.6.1 Description de l'article n°1

Tableau 5 : Description de l'article n°1

<b>Titre :</b> Measuring the invisible: perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. <b>Auteurs :</b> C. Schoenborn, M. De Spiegelare, J. Racape (2021). <b>Journal :</b> BMC Pregnancy and Childbirth. <b>DOI :</b> <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9">https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9</a>			
<b>Objectif :</b> Décrire les profils socioéconomiques des femmes résidant illégalement en Belgique et évaluer les liens entre le statut d'illégalité et les issues de la grossesse telles que la mortalité périnatale, la prématurité et le faible poids à la naissance			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<b>Design :</b> Étude de cohorte rétrospective  <b>Période et lieu de l'étude :</b> Données recueillies de 2010 à 2016, en Belgique  <b>Échantillon :</b> 871 283 naissances vivantes et décès incluant 16 594 naissances issues de mères UM et 854 689 naissances issues de mères avec statut légal  <b>Critère d'inclusion :</b> Grossesse unique ; toutes les naissances vivantes et les décès à partir de 22 semaines complètes de gestation jusqu'à l'âge de 1 an, ou un poids de naissance > 500g	<b>Phase 1 :</b> Collecte des données effectuée par Statbel (Registre National de la population belge)  <b>Phase 2 :</b> Classification des femmes selon leur statut légal  <b>Phase 3 :</b> Utilisation d'un modèle de régression logistique	<b>Prématurité :</b> - Taux plus élevé chez les UM (10.6% vs 6.6%, RR 1.61, $p < 0.0001$ ), originaires de l'UE15 (OR 2.2, 95% CI, 1.94–2.4, $p < 0.0001$ ) et de l'UE27 (OR 2.2, 95% CI, 1.9–2.5, $p < 0.0001$ ) suivi du Maghreb (OR 1.7, 95% CI, 1.4–2.1, $p < 0.0001$ ) - Taux plus élevé chez les UM originaires de pays non-membres de l'UE par rapport aux immigrées avec statut légal de résidence, originaires de ces pays (OR 1.4, 95% CI, 1.2-1.6, $p < 0.0001$ ) - Taux moins élevé chez les UM originaires de Turquie (OR 1.3, 95% CI, 0.8–2.2, $p < 0.26$ ) et d'Amérique du Sud (OR 1.15, 95% CI, 0.9–1.5, $p < 0.31$ )  <b>Faible poids de naissance :</b> - Taux plus élevé chez les UM (9% contre 5.5%, RR 1.65, $p < 0.0001$ ) - Taux plus élevé chez les femmes originaires de Turquie avec statut légal de résidence  <b>Mortinaissance :</b> - Taux plus élevé chez les UM (1.2 vs 0.5%, $p < 0.0001$ )	<b>Forces :</b> - Première étude en Belgique qui compare les résultats de santé périnatale entre les résidentes et les UM - Résultats s'appuyant sur un ensemble exhaustif de données nationales comprenant des informations démographiques, socioéconomiques, migratoires, de morbidité et de mortalité  <b>Limites :</b> - Parmi les UM, distinction impossible entre les femmes vivant en Belgique et celles vivant à l'étranger, empêchant de différencier les UM des touristes de santé - Identification impossible des enfants nés de la même mère durant la période - Le revenu et l'éducation pourraient agir comme des variables intermédiaires entre le statut d'enregistrement et les résultats périnataux - Nombreuses données manquantes pour les caractéristiques sociodémographiques et économiques des UM

**Notes :** CI : confidence interval, traduit par intervalle de confiance ; NPR : national population registry, traduit par registre national de population ; OR : odd ratio ;  $p$  : valeur- $p$  ; RR : risque relatif ; UE : Union européenne ; UM : undocumented migrants, traduit par migrantes sans-papiers.

## 4.6.2 Description de l'article n°2

Tableau 6 : Description de l'article n°2

<b>Titre</b> : Are pregnancy outcomes affected by the lack of legal status? A demographic study based on 850,288 live births in Switzerland. <b>Auteurs</b> : C. Montagnoli, P. Wanner (2023). <b>Journal</b> : BMC Pregnancy and Childbirth. <b>DOI</b> : <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-023-05870-5">https://doi.org/10.1186/s12884-023-05870-5</a>			
<b>Objectif</b> : Analyser l'impact de l'absence de statut légal de la mère, ainsi que les caractéristiques biologiques et socioéconomiques disponibles, sur quatre indicateurs de résultats périnataux défavorables en Suisse, à savoir les naissances prématurées, les faibles et très faibles poids de naissance et les petits poids pour l'âge gestationnel			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<b>Design</b> : Étude démographique  <b>Période et lieu de l'étude</b> : Données recueillies de 2005 à 2018, en Suisse  <b>Échantillon</b> : 1 022 501 femmes dont 994 746 résidentes et migrantes régularisées et 27 755 UM 993 856 incluses pour l'analyse du poids de naissance et 850 411 incluses pour l'analyse de l'âge gestationnel  <b>Critère d'inclusion</b> : Femmes de nationalité suisse, étrangères résidant légalement en Suisse ou à l'étranger et UM  <b>Critère d'exclusion</b> : Touristes médicales et travailleuses frontalières, accouchant entre 24 SA et 43 SA de nouveau-nés de pesant entre 500 g et 5 500 g	<b>Phase 1</b> : Collecte de données anonymes sur les naissances, effectuée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)  <b>Phase 2</b> : Utilisation d'un modèle de régression logistique	<b>Prématurité</b> : - Risque plus élevé chez les UM (aOR 1.18, 1.05-1.32, $p < 0.01$ ) - Risque plus faible chez les migrants réguliers (aOR 0.93, 0.92-0.95, $p < 0.001$ ) - Risque plus élevé chez les UM hors UE/AELE (aOR 1.39, 1.12-1.72, $p < 0.003$ )  <b>Faible poids de naissance</b> : - Risque plus élevé mais non significatif chez les UM (aOR 0.95, 0.85-1.06, $p < 0.375$ ) - Risque diminué chez les UM originaires des pays d'Amérique latine (aOR 0.77, 0.64-0.93, $p < 0.007$ )  <b>Très faible poids de naissance</b> : - Risque plus élevé chez les UM - Risque plus élevé chez les UM hors EU/AELE (aOR 1.60, 1.01-2.53, $p < 0.044$ )	<b>Forces</b> : - Étude la plus récente traitant des issues de grossesse parmi les UM - Puissance : taille d'échantillon importante - Données provenant de l'OFS  <b>Limites</b> : - Définition des migrants irréguliers propre à chaque pays - Données insuffisantes en raison d'un nombre restreint d'études menées sur le sujet - Potentiel biais de sélection de population - Pas de distinction entre les migrants en situation irrégulière couverts par une assurance maladie et ceux n'y ayant pas accès - Manque de données concernant l'âge maternel, les naissances multiples ou les comorbidités

**Notes** : aOR : adjusted odd ratio, traduit par odd ratio ajusté ; OFS : Office fédéral de la statistique ;  $p$  : valeur- $p$  ; UE/AELE : Union européenne, association européenne de libre-échange ; UM : undocumented migrants, traduit par migrantes sans-papiers

### 4.6.3 Description de l'article n°3

Tableau 7 : Description de l'article n°3

<b>Titre :</b> Risk of stillbirth and preterm birth among undocumented pregnant migrant women in Denmark: A retrospective case-control study. <b>Auteurs :</b> I. M. Faurholdt, N. Halkjer, M. C. Boyeb, D. W. Meyrowitsch, C. Kann, C. E. Thomsen, L. Sorensens, K. M. Gadsboll, M. C. Schmidt, J. K. Funges, M. Norredam (2023). <b>Journal :</b> Scandinavian Journal of Public Health. <b>DOI :</b> <a href="https://doi.org/10.1177/14034948231151299">https://doi.org/10.1177/14034948231151299</a>			
<b>Objectif :</b> Analyser le risque de mortinatalité et d'accouchement prématuré ou post-terme chez les femmes migrantes enceintes en situation irrégulière, en comparaison avec un groupe témoin de femmes enceintes, figurant dans le registre central des personnes (CPR) au Danemark			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<b>Design :</b> Étude rétrospective cas-témoins  <b>Période et lieu de l'étude :</b> Données recueillies de 2011 à 2018 dans les 7 principaux hôpitaux du Danemark  <b>Échantillon :</b> 4 410 femmes, dont 3 528 femmes résidentes (migrantes avec statut légal et résidentes (CG)) et 882 UM  <b>Critère d'inclusion :</b> Femmes enceintes UM, femmes du CG  <b>Critères d'exclusion :</b> Migrantes avec statut de demandeuses d'asile ou en attente de statut pour réunification familiale, dossiers médicaux provenant des patientes ou informations transmises verbalement, dossiers comportant des erreurs, touristes/vacancières, diplomates, employées/femmes d'employés de l'ONU, étudiantes, prisonnières, naissances multiples	<b>Phase 1 :</b> Collecte de données auprès de 7 hôpitaux danois  <b>Phase 2 :</b> Utilisation d'un modèle de régression logistique	<b>Prématurité :</b> - Risque plus élevé chez les UM (aOR 1.41, 95% CI, 1.04-1.93, $p$ 0.0297)  <b>Mortinaissance :</b> - Risque plus élevé chez les UM (aOR 3.50, 95% CI, 1.31-9.38, $p$ 0.0127)	<b>Forces :</b> - Taille de l'échantillon : selon les auteurs, la plus importante parmi les études similaires réalisées en Europe  <b>Limites :</b> - Groupe d'UM hétérogène selon les pays d'origine - Seulement 2 variables de comparaison entre les groupes : lieu et date de naissance - Biais induit par des données manquantes dans les variables explicatives - Biais d'information découlant du manque de données sur les UM

**Notes :** aOR : adjusted odd ratio, traduit par odd ratio ajusté ; CG : control Group, traduit par groupe de contrôle, comprenant les femmes avec statut de résidence, à savoir les migrantes et non-migrantes ; CI : confidence interval, traduit par intervalle de confiance ; CPR : central person register, traduit par registre central des personnes ; EU : European union, traduit par Union européenne ; ONU : Organisation des Nations unies ;  $p$  : valeur- $p$  ; UM : undocumented migrants, traduit par migrantes sans-papiers.

#### 4.6.4 Description de l'article n°4

Tableau 8 : Description de l'article n°4

<b>Titre :</b> Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study. <b>Auteurs :</b> C. Liu, M. Ahlberg, A. Hjern, O. Stephansson (2019). <b>Journal :</b> European Journal of Public Health. <b>DOI :</b> <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120">https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120</a>			
<b>Objectif :</b> Analyse de la santé périnatale de la population migrante entre 2014 et 2017 en regard du statut de résidence			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<b>Design :</b> Étude de cohorte rétrospective  <b>Période et lieu de l'étude :</b> Données recueillies de 2014 à 2017, en Suède  <b>Échantillon :</b> 286 870 naissances enregistrées dont 254 973 Suédoises, 29 914 réfugiées et 1 983 AS et UM  <b>Critère d'inclusion :</b> Naissances de mères suédoises et de femmes sans-papiers, requérantes d'asile ou réfugiées  <b>Critères d'exclusion :</b> Naissances pour lesquelles les données sont manquantes (soins prénatals, pays de naissance de la mère)	<b>Phase 1 :</b> Collecte de données médicales à partir de dossiers médicaux électroniques  <b>Phase 2 :</b> Données ensuite transmises au registre national suédois  <b>Phase 3 :</b> Évaluation des dossiers	<b>Comparaison entre femmes migrantes (UM et AS) et résidentes :</b> <u>Prématurité :</u> - Taux plus faible chez les femmes migrantes (RR 0.92, 95% CI, 0.87–0.97 et RD -3.8, 95% CI 6.4–1.3 pour 1000 naissances) <u>Faible poids de naissance :</u> - Taux plus élevé chez les femmes migrantes (RR 1.46, 95% CI, 1.36–1.55 et RD 12.8, 95% CI 10.2–15.3 pour 1000 naissances) <u>Mortinaissance :</u> - Taux plus élevé chez les femmes migrantes (RR 2.24, 95% CI, 1.89–2.66 et RD 3.3, 95% CI, 2.4–4.3 pour 1000 naissances)  <b>Comparaison entre femmes migrantes (UM et AS) et réfugiées :</b> <u>Prématurité :</u> - Taux plus élevé chez les femmes migrantes (RR 1.47, 95% CI, 1.21–1.79 et RD 19.3, 95% CI, 7.6–13.0 pour 1000 naissances) <u>Faible poids de naissance :</u> - Taux plus élevé chez les femmes migrantes (RR 1.36, 95% CI, 1.11–1.66 et RD 15.9, 95% CI, 3.9–28.0 pour 1000 naissances) <u>Mortinaissance :</u> - Taux similaire chez les migrantes et les réfugiées (RR 1.30, 95% CI 0.74–2.29 et RD 2.0, 95% CI -2.8–6.7 pour 1000 naissances)	<b>Forces :</b> - Première étude à évaluer l'impact de la situation de résidence légale sur la santé périnatale en comparant dans un premier temps les réfugiés aux demandeurs d'asile puis les migrants sans-papiers  <b>Limites :</b> - Durée de résidence non prise en compte dans l'analyse, la date d'arrivée en Suède étant inconnue

**Notes :** AS : asylum seekers, traduit par requérantes d'asile ; CI : confidence interval, traduit par intervalle de confiance ; NPR : national population registry, traduit par registre national de population ; OR : odd ratio ; *p* : valeur-*p* ; RD : risk difference, traduit par différence de risques ou bénéfice absolu ; RR : risque relatif ; UM : undocumented migrants, traduit par migrantes sans-papiers.

#### 4.6.5 Description de l'article n°5

Tableau 9 : Description de l'article n°5

<b>Titre :</b> Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe : A systematic review. <b>Auteurs :</b> N. C. Gieles, J. B. Tankink, M. van Midde, J. Düker, P. van der Lans, C. M. Wessels, K. W. M. Bloemenkamp, G. Bonsel, T. van den Akker, S. Goosen, M. J. Rijken, J. L. Browne (2019). <b>Journal :</b> <i>European Journal of Public Health</i> , 29(4), 714-723. <b>DOI :</b> <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042">https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042</a>			
<b>Objectif :</b> Fournir une vue d'ensemble des résultats maternels et périnataux des requérantes d'asile et des migrantes sans-papiers au cours de la dernière décennie en Europe			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<b>Design :</b> Revue systématique  <b>Période et lieu de l'étude :</b> Pays européens, entre 2007 et 2017  <b>Échantillon :</b> 11 articles (dont 6 pour les UM : 2 études réalisées aux Pays-Bas, 1 en Suisse, 2 en Italie, 1 au Royaume-Uni)  <b>Critère d'inclusion :</b> Études quantitatives ; résultats maternels, périnataux ou néonataux (de 22 SG à 28 jours PP), en anglais ou en néerlandais  <b>Critère d'exclusion :</b> Résultats liés à la grossesse tels que les avortements provoqués, grossesses non désirées et infections maternelles pendant la grossesse	<b>Protocoles et inscription :</b> Utilisation de la méthode PRISMA  <b>Sources d'information et recherche :</b> Obtention des articles via deux bases de données (Pubmed / MEDLINE et EMBASE) et recherche dans la littérature grise  <b>Sélection des études :</b> Programme spécialisé dans les revues systématiques (Rayyan)  <b>Collecte de données :</b> Données extraites à l'aide d'un formulaire d'extraction piloté  <b>Évaluation du risque de biais :</b> Échelle de Newcastle-Ottawa (NOS)	<b>Prématurité :</b> <u>Suisse :</u> - Taux plus élevé chez les UM mais non significatif ( $n = 335$ , UM contre DM : 9% contre 4%, $p 0.09$ ) <u>Pays-Bas :</u> - Taux augmenté chez les UM ( $n = 226$ , UM contre DM : 12.6% contre 3.1%, OR 4.59, 95% CI, 1.43, 14.72)  <b>Faible poids de naissance :</b> <u>Pays-Bas :</u> - Taux plus élevé chez les UM ( $n = 226$ , UM contre DM : 15% contre 5%, OR 3.51, 95% CI, 1.30, 9.52) <u>Suisse :</u> - Taux plus élevé chez les UM mais non significatif ( $n = 335$ , UM contre DM : 4.7% contre 2.6%, $p 0.24$ ) <u>Italie :</u> - Taux diminué chez les UM après obtention des papiers à la suite d'un changement de loi (1.2% contre 2.7%, $p < 0.05$ )	<b>Forces :</b> - Première étude comparant les AS et UM, incluant des articles à faible risque de biais  <b>Limites :</b> - Qualité globale de la recherche quantitative insuffisante - Peu d'études incluses dans cette revue - Méta-analyse non réalisée en raison de l'hétérogénéité des études - Limites méthodologiques dans la synthèse narrative (absence de groupe témoin dans certaines études) - Résultats pas toujours contrôlés par des facteurs confondants, tels qu'un faible poids à la naissance en raison d'une prématurité - UM principalement comparés à des migrants en situation régulière : sous-estimation des disparités avec les populations des pays d'accueil - Biais issus de la comparaison des groupes de migrants dans différents pays de destination

**Notes :** AS : asylum seekers, traduit par requérantes d'asile ; CI : confidence interval, traduit par intervalle de confiance ; DM : documented migrants, traduit par migrantes avec statut légal ;  $n$  : nombre ; OR : odd ratio ;  $p$  : valeur- $p$  ; PP : post-partum ; SG : semaines de gestation ; UM : undocumented migrants, traduit par migrantes sans-papiers.

## 4.7 Analyse des résultats

A la suite de la description des articles via les tableaux précédents, nous avons procédé à l'articulation et à l'analyse des résultats, en lien avec notre question de recherche.

### 4.7.1 Design, échantillons et procédures

Toutes les études sélectionnées sont de nature observationnelle, ne modifiant pas le déroulement de l'étude mais se limitant à constater un phénomène ou une population (Office québécois de la langue française, 2000). Pour cela, nous avons choisi cinq études quantitatives dont une étude démographique, deux études de cohortes rétrospectives, une étude rétrospective cas-témoins et une revue systématique.

Les cinq articles sélectionnés sont issus de pays membres de l'UE ou inclus dans l'espace Schengen. Cette diversité offre l'avantage de faciliter les comparaisons entre pays qui bénéficient d'une politique commune en matière d'immigration, tout en permettant l'analyse des résultats dans des contextes nationaux distincts.

En termes d'échantillon, les études sélectionnées sont assez disparates, avec en tête, l'article suisse (Montagnoli & Wanner, 2023) comptabilisant 1 022 501 femmes dont 2.7% de migrantes sans-papiers, suivi de l'article belge (Schoenborn et al., 2021) avec 871 283 naissances dont 1.9% de migrantes sans-papiers, l'article suédois (Liu et al., 2019) avec 286 870 naissances dont 0.69% de migrantes sans-papiers et requérantes d'asile et enfin, l'article danois (Faurholdt et al., 2023) avec 4 410 femmes dont 20% de migrantes sans-papiers. Dans la revue systématique, nous avons sélectionné trois articles, provenant d'Italie, de Suisse et des Pays-Bas, avec respectivement 97 111 femmes dont 2.4% migrantes sans-papiers, 394 femmes dont 40% de migrantes sans papiers et enfin, 282 femmes dans l'étude néerlandaise dont 50% de migrantes sans-papiers.

Concernant les procédures utilisées, les articles belges, suisses, danois et suédois (Faurholdt et al., 2023 ; Liu et al., 2019 ; Montagnoli & Wanner, 2023 ; Schoenborn et al., 2021) utilisent des méthodes de collecte de données appliquant pour certains, des modèles de régression logistique. Les auteurs de la revue systématique ont utilisé l'échelle de Newcastle-Ottawa, une méthode permettant d'« évaluer la qualité des études non randomisées » selon trois critères : la sélection des études, la comparabilité des résultats et la fiabilité des résultats (uOttawa, 2024). Ainsi, les études sélectionnées par nos soins dans la revue systématique ont un risque de biais faible, ce qui signifie que les résultats des articles font preuve de transparence et les conclusions en découlant sont probantes.

### 4.7.2 Politiques de santé

A travers l'analyse de ces articles, nous avons constaté que l'accès des sans-papiers aux soins de santé varie considérablement d'un pays à l'autre, malgré les conventions sur les droits de l'homme et la politique commune de l'UE (Schoenborn et al., 2021). Certains d'entre eux ne fournissent encore que des soins limités, y compris les soins relatifs à la maternité (Liu et al., 2019).

En Belgique, une demande d'aide médicale d'urgence doit être réalisée au préalable par les migrants sans-papiers afin de bénéficier de soins gratuits. Cette procédure est complexe,

parfois longue et implique une enquête sociale pour vérifier l'illégalité de leur statut (Schoenborn et al., 2021).

Comme le prévoit la législation suisse, les femmes enceintes sans-papiers peuvent bénéficier de soins médicaux de base mais le système de soins étant propre à chaque canton, l'accessibilité aux soins diffère (Montagnoli & Wanner, 2023).

L'article danois stipule que tout individu nécessitant des soins de santé au Danemark doit posséder un numéro d'identification personnel afin de figurer dans le registre central des personnes (CPR). Cependant, les personnes sans autorisation de séjour ne peuvent en obtenir un et n'ont donc qu'un accès limité aux soins de santé publics, y compris au programme danois de dépistage prénatal (Faurholdt et al., 2023).

Enfin, l'article suédois mentionne que l'égalité des droits aux soins de maternité, qui existe en Suède, n'est pas suffisante pour garantir l'égalité d'accès aux soins (Liu et al., 2019).

#### **4.7.3 Prématuration**

Le taux de naissances prématurées chez les femmes sans-papiers par rapport à la population ayant un statut légal de résidence est plus élevé dans l'étude belge (10.6% contre 6.6%, RR 1.61,  $p < 0.0001$ ) (Schoenborn et al., 2021), dans la revue systématique aux Pays-Bas ( $n = 226$ , migrantes sans-papiers contre migrantes avec statut légal : 12.6% contre 3.1%, OR 4.59, 95% CI, 1.43, 14.72) (Gieles et al., 2019) et dans l'étude suisse, bien que non significatif ( $n = 335$ , migrantes sans-papiers contre migrantes avec statut légal : 9% contre 4%,  $p = 0.09$ ) (Montagnoli & Wanner, 2023).

L'étude danoise (Faurholdt et al., 2023), quant à elle, souligne un risque accru de naissances prématurées chez les femmes sans-papiers par rapport à celles bénéficiant d'un statut légal de résidence (aOR 1.41, 95% CI, 1.04-1.93,  $p = 0.0297$ ).

En revanche, l'étude suédoise (Liu et al., 2019) observe un taux plus faible de naissances prématurées chez les femmes migrantes (sans-papiers, requérantes d'asile et réfugiées) comparées aux Suédoises (RR 0.92, 95% CI, 0.87-0.97 et RD -3.8, 95% CI 6.4-1.3 pour 1 000 naissances). Enfin, dans cette même étude, la comparaison entre les femmes sans statut de résidence (requérantes d'asile et sans-papiers) et les réfugiées révèle un taux plus élevé de naissances prématurées chez les femmes sans statut de résidence (RR 1.47, 95% CI, 1.21-1.79 et RD 19.3, 95% CI, 7.6-13.0 pour 1 000 naissances) (Liu et al., 2019).

#### **4.7.4 Faible poids de naissance**

Concernant le faible poids de naissance, l'étude belge (Schoenborn et al., 2021) révèle un taux plus élevé de faible poids de naissance pour les femmes sans-papiers par rapport à la population ayant un statut légal de résidence (9% comparé à 5.5%, RR 1.65,  $p < 0.0001$ ).

Dans l'étude suédoise (Liu et al., 2019), une analyse comparative entre les femmes migrantes (sans-papiers, requérantes d'asile et réfugiées) et les femmes nées en Suède met également en évidence un taux plus élevé de nouveau-nés présentant un faible poids de naissance parmi les femmes migrantes (RR 1.46, IC à 95% 1.36-1.55 et RD 12.8, IC à 95% 10.2-15.3 pour 1 000 naissances). Ces résultats sont également observés lors de la comparaison entre les femmes sans statut de résidence (sans-papiers et requérantes d'asile) et les réfugiées (RR

1.36, IC à 95% 1.11–1.66 et RD 15.9, IC à 95% 3.9–28.0 pour 1 000 naissances) (Liu et al., 2019).

L'étude suisse (Montagnoli & Wanner, 2023) indique un risque augmenté de faible poids de naissance chez les nourrissons issus de femmes sans-papiers, bien que cette observation ne soit pas statistiquement significative (aOR 0.95, 0.85-1.06,  $p$  0.375). De plus, l'étude s'est penchée sur les naissances de nouveau-nés présentant un très faible poids de naissance, identifiant un risque accru parmi les femmes sans-papiers par rapport à la population bénéficiant d'un statut légal de résidence (aOR 1.43, 1.13-1.81,  $p$  < 0.01) (Montagnoli & Wanner, 2023).

Enfin, les conclusions de la revue systématique (Gieles et al., 2019) renforcent les résultats obtenus dans les autres articles en indiquant un taux accru de faible poids de naissance dans d'autres pays européens, notamment aux Pays-Bas ( $n$  = 226, migrantes sans-papiers contre migrantes avec statut légal : 15% contre 5%, OR 3.51, 95% CI, 1.30, 9.52) et en Suisse ( $n$  = 335, migrantes sans-papiers contre migrantes avec statut légal : 4.7% contre 2.6%,  $p$  0.24). Par ailleurs, une observation notable émerge : lorsque les femmes migrantes obtiennent des documents de légalisation à la suite d'un changement de loi, le taux de faible poids de naissance chez les enfants nés de ces femmes diminue significativement (1.2% contre 2.7%,  $p$  < 0.05) (Gieles et al., 2019).

#### **4.7.5 Mortinatalité**

L'étude menée en Belgique (Schoenborn et al., 2021) indique un taux plus élevé de mortinatalité chez les nouveau-nés de mères sans-papiers par rapport aux nouveau-nés de mères ayant un statut légal de résidence (1.2 vs 0.5%,  $p$  < 0.0001). L'étude suédoise (Liu et al., 2019) montre elle aussi un taux plus important de mortinatalité chez les migrantes (sans-papiers, requérantes d'asile et réfugiées) comparées aux Suédoises (RR 2.24, 95% CI, 1.89–2.66 et RD 3.3, 95% CI, -2.4–4.3 pour 1 000 naissances en Suède). Cependant, lorsque la comparaison est faite entre la catégorie des sans-papiers et des requérantes d'asile et celle des réfugiées, l'étude suédoise révèle un taux de mortinatalité similaire entre les deux populations (RR 1.30, 95% CI 0.74–2.29 et RD 2.0, 95% CI -2.8–6.7 pour 1 000 naissances) (Liu et al., 2019).

L'étude danoise (Faurholdt et al., 2023) indique également un risque accru de mortinatalité pour les nouveau-nés de mères sans-papiers comparé à ceux de mères avec statut légal (aOR 3.50, 95% CI, 1.31-9.38,  $p$  0.0127).

## 5. Discussion

### 5.1 Résultats

#### 5.1.1 Prématurité

La plupart des études sélectionnées tendent vers le même constat : les femmes migrantes sans-papiers présentent un taux plus élevé de naissances prématurées. En effet, l'étude belge (Schoenborn et al., 2021) ainsi que la revue systématique (Gieles et al., 2019) incluant les Pays-Bas et la Suisse s'accordent sur ce même résultat, bien que non significatif en Suisse. Concernant l'article suédois (Liu et al., 2019), lorsque l'on compare les femmes sans statut de résidence (comprenant les sans-papiers et les requérantes d'asile) et les réfugiées, les conclusions restent les mêmes. En parallèle, cette même étude, comparant également les femmes migrantes (sans-papiers, requérantes d'asile et réfugiées) et les Suédoises, met en avant un taux de naissances prématurées plus faible dans la population migrante (Liu et al., 2019). Enfin, il est à noter que deux de nos études sélectionnées, l'étude suisse (Montagnoli & Wanner, 2023) et l'étude danoise (Faurholdt et al., 2023), présentent un risque accru de naissances prématurées pour ces femmes.

L'article suédois (Liu et al., 2019) suggère que la santé plus fragile des femmes enceintes sans-papiers et requérantes d'asile, combinée au stress engendré par l'incertitude de leur statut légal, entraîne une augmentation des naissances prématurées. Les migrantes sans-papiers proviennent de divers horizons et font face à une multitude de facteurs de stress, notamment des parcours migratoires difficiles dans des environnements hostiles, l'absence de pérennité du statut légal induisant la crainte d'être expulsé du pays d'accueil, des conditions de vie précaires avec un logement inadéquat, la pauvreté et l'isolement social dû à la séparation familiale (Barkensjö et al., 2018 ; Eslier et al., 2020). Bien que les réfugiés et migrants sans-papiers diffèrent en raison de leur statut, ces populations peuvent avoir vécu un parcours migratoire difficile. L'article de Liu et al. (2014) axé sur les réfugiés de guerre, émet l'hypothèse que le stress associé à la guerre et à la migration peut accroître le risque d'accouchement prématuré au cours de la première année de résidence dans le pays d'accueil.

Les auteurs avancent d'autres hypothèses, mettant en exergue que d'autres facteurs contribuent à ce taux élevé d'accouchement prématuré chez les femmes sans-papiers, notamment les infections, la malnutrition ou les difficultés d'accès aux soins (Liu et al., 2014).

En dernière hypothèse figure le jeune âge maternel, plus répandu parmi les sans-papiers (Faurholdt et al., 2023; Liu et al., 2019). D'après Diabelková et al. (2023), le risque d'accouchement prématuré est encore plus présent chez les adolescentes, en raison des soins prénatals insuffisants et de leur immaturité biologique. En effet, ce groupe présente un risque accru d'immaturité gynécologique, caractérisée par un col de l'utérus court (25 mm) et un petit volume utérin (Diabelková et al., 2023). De plus, elles sont plus susceptibles de développer des infections subcliniques, ce qui les rend encore plus vulnérables (Diabelková et al., 2023).

### 5.1.2 Faible poids de naissance

Concernant les résultats relatifs au faible poids de naissance, tous les auteurs observent la même tendance : un taux ou risque plus élevé de nouveau-nés présentant un faible poids de naissance chez les mères migrantes sans-papiers par rapport aux mères bénéficiant d'un statut légal de résidence. En effet, cette constatation est présente dans plusieurs études, mettant en avant un taux ou risque augmenté aux Pays-bas, en Belgique et en Suisse, bien que non significatif chez ce dernier (Schoenborn et al., 2021 ; Montagnoli & Wanner, 2023 ; Gieles et al., 2019). L'étude suédoise (Liu et al., 2019) renforce ces résultats à travers la comparaison entre les femmes migrantes (sans-papiers, requérantes d'asile et réfugiées) et les femmes nées en Suède ainsi que la comparaison entre les femmes sans statut de résidence (sans-papiers et requérantes d'asile) et les réfugiées. De plus, l'étude suisse (Montagnoli & Wanner, 2023) souligne également un risque accru concernant les nouveau-nés présentant un très faible poids de naissance chez les femmes sans-papiers. Enfin, la revue systématique (Gieles et al., 2019) démontre que l'obtention de documents de légalisation par les femmes migrantes, à la suite d'un changement de loi, entraîne une diminution significative du taux de faible poids à la naissance chez leurs nouveau-nés. Salmasi et Pieroni (2015) précisent que cette légalisation facilite l'intégration socioéconomique, réduisant ainsi les disparités et améliorant l'accès aux soins prénatals, car la crainte de la dénonciation disparaît.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette augmentation du taux de faible poids de naissance chez les sans-papiers. Tout d'abord, les femmes sans-papiers, ayant peu de ressources, sont plus touchées par la malnutrition (OMS, 2024a). Selon l'UNICEF (2023a), un apport nutritionnel insuffisant chez la femme enceinte, notamment concernant certains nutriments clés, peut influencer le risque de faible poids de naissance. En effet, pendant la grossesse, en raison de l'augmentation des besoins nutritionnels, il est crucial de répondre aux besoins en macro et micronutriments de l'organisme (Abdalla et al., 2024). Une alimentation adéquate favorise le développement optimal des organes fœtaux, la fonction cognitive et renforce la résilience du système immunitaire (Naaz & Muneshwar, 2023). La malnutrition chez les mères, incluant la dénutrition, a été associée à des complications néonatales telles qu'un faible poids à la naissance, un développement neurologique déficient, et une prédisposition accrue aux maladies chroniques à l'âge adulte (Naaz & Muneshwar, 2023).

La seconde hypothèse pourrait être en lien avec l'usage de tabac. Torchin et al. (2020) expliquent que le tabagisme actif chez la femme enceinte augmente le risque de faible poids de naissance chez l'enfant, avec un effet dose-dépendant. En effet, le fœtus reçoit les différents composants de la combustion via la circulation placentaire avec des concentrations proches de celles maternelles, et impactent donc inévitablement son développement (Torchin et al., 2020). Toutefois, Mahdjoub et al., (2023) indiquent que les femmes immigrantes ont une prévalence plus faible concernant le tabagisme en comparaison avec les femmes autochtones, ce qui permettrait donc de diminuer le risque de faible poids de naissance chez les nouveau-nés de mères migrantes sans-papiers.

Enfin, une dernière hypothèse concerne les grossesses adolescentes, plus fréquentes chez les femmes sans-papiers (Faurholdt et al., 2023 ; Liu et al., 2019). Selon Kangulu et al. (2014),

les femmes ayant moins de 18 ans sont plus susceptibles d'accoucher de nouveau-nés de faible poids de naissance. En effet, les adolescentes en plein développement ont des besoins nutritionnels élevés et leur organisme peine à fournir suffisamment de nutriments pour leur propre croissance et celle du fœtus (Kangulu et al., 2014). Cela peut ainsi se traduire par la naissance de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance (Kangulu et al., 2014). Toutefois, Kangulu et al. (2014) précisent qu'il est important de prendre en compte d'autres facteurs ayant un impact sur le faible poids de naissance (origine africaine, niveau socioéconomique faible, petite taille, faible niveau d'éducation, etc.). Les auteurs concluent que l'âge serait plutôt un facteur social de risque et non un facteur biologique, dans le sens d'une conduite exposant à des facteurs de risques propre à la jeunesse (Kangulu et al., 2014).

### **5.1.3 Mortinaissance**

Parmi les trois articles étudiant la mortinaissance (Faurholdt et al., 2023 ; Liu et al., 2019 ; Schoenborn et al., 2021), les auteurs s'accordent sur le fait que les mères sans-papiers présentent un taux ou un risque plus élevé de mortinatalité que celles ayant un statut légal. L'article suédois (Liu et al., 2019) révèle un taux de mortinatalité similaire lorsque l'auteur compare les femmes sans statut de résidence (requérantes d'asile et sans-papiers) avec les femmes réfugiées disposant d'un droit de résidence.

La première hypothèse explicative de ce taux ou risque plus élevé de mortinatalité chez les nouveau-nés de mères sans-papiers est le jeune âge maternel. Cette hypothèse est présentée comme l'une des explications par les auteurs de l'article danois, étant donné la proportion presque trois fois plus importante de femmes âgées de moins de 20 ans parmi les sans-papiers comparé aux femmes danoises (Faurholdt et al., 2023). Les auteurs de l'article suédois présentent quant à eux une proportion de femmes enceintes âgées de 11 à 19 ans plus de dix fois supérieure parmi les sans-papiers et les requérantes d'asile par rapport aux suédoises, et de presque trois fois supérieure pour les 20-24 ans (Liu et al., 2019). Cette hypothèse est également avancée par plusieurs études qui établissent un lien direct entre le jeune ou très jeune âge maternel et la mortinaissance. Ainsi, pour Zhang et al. (2020), le risque de mortinaissance et de décès néonatal chez les adolescentes enceintes âgées de 10 à 19 ans était presque trois fois supérieur à celui des femmes enceintes adultes. Les jeunes adultes (20-24 ans) présentaient quant à elles des risques plus élevés de mortinaissance et de décès néonatal que les femmes adultes âgées de 25 à 34 ans, mais moins élevés que les adolescentes. Pour Wilson et al. (2008), le jeune âge maternel est associé à un risque accru de mortinaissance (à la fois antepartum et intrapartum) et le déclin de l'âge maternel apparaît comme un facteur de risque important de mortinatalité. Cependant, selon Shrim et al. (2011), la mortinaissance serait la conséquence de la prématurité induite par le jeune âge maternel.

La plupart des études menées sur le lien entre l'âge maternel et la mortinaissance associent de façon plus évidente l'âge maternel avancé à des taux ou des risques plus élevés concernant cette issue fœtale ou néonatale (Faurholdt et al., 2023 ; Lean et al., 2017). Néanmoins, selon une étude de Lawn et al. (2016) pour The Lancet, même si un risque plus élevé de mortinaissance lié à un âge maternel de 35 ans et plus a pu être mis en évidence, les grossesses adolescentes sont également associées à un risque accru, en particulier chez les jeunes de moins de 16 ans. Les auteurs précisent néanmoins qu'en raison d'un nombre plus faible de grossesses dans ce groupe, la contribution attribuable à cette population à la mortinaissance est relativement faible (Lawn et al., 2016).

La cause infectieuse, bien qu'avancée par un seul article sur les trois, est également une hypothèse explicative retrouvée dans de nombreuses études sur le sujet. Dans l'étude systématique menée par Heslehurst et al. (2018), bien que celle-ci se concentre sur les réfugiées et les demandeuses d'asile plutôt que sur les migrantes sans-papiers, les auteurs concluent que les infections maternelles telles que le VIH, la toxoplasmose, les infections sexuellement transmissibles et la rubéole seraient plus fréquentes chez les réfugiées et les requérantes d'asile dans 63.6% des études. Ces populations seraient donc plus sujettes aux infections pendant la grossesse. Selon Page et Silver (2020), dans les pays à faible revenu, jusqu'à 50% des cas de mortalité sont attribuables aux infections. Lawn et al. (2016) pour The Lancet indiquent quant à eux que les infections pendant la grossesse sont d'importants facteurs de risque, en particulier la malaria, la syphilis et le VIH. Les infections maternelles responsables d'une augmentation de la mortalité peuvent être liées à d'autres facteurs évoqués notamment dans l'étude suédoise, à savoir le manque de suivi prénatal ou l'âge gestationnel tardif à la première consultation de suivi de grossesse (Liu et al., 2019). Par ailleurs, pour McClure et al. (2022), si le paludisme et la syphilis sont les deux infections maternelles les plus fortement associées à la mortalité, de nombreuses autres infections ne sont identifiées dans ce lien de causalité qu'à partir d'études de cas, en raison de l'absence de dépistage prénatal systématique. De façon évidente, les populations les plus vulnérables, telles que les femmes enceintes migrantes et/ou sans-papiers, sont les plus concernées par ces lacunes de prises en soins (Tasa et al., 2021).

## **5.2 Hypothèses de facteurs de risque communs aux issues obstétricales et néonatales**

### **5.2.1 Soins prénatals inadéquats**

Le recours adéquat aux soins prénatals est considéré comme un facteur important de réduction des risques maternels et périnataux (Eslier et al., 2020). Il a toutefois été démontré que le statut de migrant était associé à une prise en charge prénatale inadéquate dans plusieurs pays à revenu élevé (Eslier et al., 2020).

En effet, Nellums et al. (2021) constatent que les femmes migrantes sans-papiers sont confrontées à des obstacles complexes pour accéder aux services de maternité, risquent davantage de ne pas recevoir le niveau recommandé de soins de maternité et présentent de moins bons résultats obstétricaux que les femmes autochtones ou ayant obtenu un statut de résidence. L'absence de suivi, de dépistage, le nombre insuffisant de consultations prénatales ou la faible qualité des soins prénatals reçus par les femmes sans-papiers est un facteur d'issues défavorables présenté dans plusieurs études (Eslier et al., 2020 ; Liu et al., 2019). Les visites prénatales et les examens échographiques manqués peuvent être en partie dus à une arrivée tardive dans le pays de destination (Liu et al., 2019). Cela pourrait également s'expliquer par le fait que les femmes sans-papiers craignent d'être dénoncées lors de consultations médicales, les conduisant à manquer de confiance dans le système de santé, à annuler les examens ou à s'abstenir de consulter par exemple (Barkensjö et al., 2018). D'autre part, l'accès aux soins des femmes sans-papiers est également entravé par la précarité de leur statut légal, la présence de barrières linguistiques, l'isolement social, le stress perçu, le bas niveau socioéconomique et le manque de littératie en santé (Eslier et al., 2020). Enfin, l'étude de Barkensjö et al. (2018) met en avant un manque de connaissance du personnel

soignant concernant la population de sans-papiers et leur manière d'aborder ces patientes, ce qui impacte inévitablement la prise en soins de ces dernières.

La difficulté d'accès aux soins peut être expliquée par le faible niveau de littératie en santé des femmes migrantes sans-papiers. La littératie en santé correspond au fait de posséder « les aptitudes et outils nécessaires pour comprendre l'information et prendre part aux décisions concernant sa [propre] santé et les soins reçus » (Boland & Stacey, 2016). Le manque de connaissances en matière de santé représente une source d'inquiétude pour les femmes enceintes. En effet, ces dernières n'étant pas familiarisées avec les actes médicaux pratiqués, les malentendus qui en résultent ont eu un impact négatif sur la relation patient-médecin et ont été perçus comme un obstacle majeur à l'utilisation des services de santé (Sami et al., 2019). D'autre part, les femmes sans-papiers manquent souvent d'information sur le système de santé, y compris sur les procédures administratives telles que la prise de rendez-vous médicaux. Il semblerait en effet que les services de maternité aient principalement été conçus pour les personnes qui comprennent le système (Sami et al., 2019).

### **5.2.2 Barrière linguistique**

La barrière linguistique est également un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé et à la satisfaction des soins continus. En effet, les malentendus qu'elle génère peuvent conduire à un manque d'information (Sami et al., 2019). Pour la population des sans-papiers, les barrières culturelles et linguistiques, en l'absence d'interprètes, ne permettent pas aux femmes d'être pleinement informées quant aux différentes options de traitements, de répondre à leurs attentes et besoins, ce qui compromet potentiellement la qualité des soins (Woodward et al., 2014). Selon Origlia Ikhil et al. (2019), lors de situations sociales complexes notamment lorsque le statut de résidence est incertain, la communication peut devenir particulièrement difficile.

Lorsqu'un interprétariat est nécessaire et qu'il n'y a pas de traducteurs au sein de l'institution de soins, il a été mis en avant par Sami et al. (2019) que les femmes comptent principalement sur des interprètes de leur entourage tels que des membres de la famille, pour surmonter cet obstacle. Cette situation est particulièrement préoccupante, car les auteurs ont démontré dans leur étude que le recours à des interprètes non professionnels conduit à une communication de mauvaise qualité et à un manque de confidentialité (Sami et al., 2019). En Suisse, rares sont les migrants qui semblent avoir connaissance de la mise à disposition gratuite d'interprètes professionnels au sein des hôpitaux universitaires (Sami et al., 2019). L'existence de tels services est un gage de qualité des soins, permettant de garantir le même accès à l'information aux populations autochtones et migrantes, représentant ainsi une intervention essentielle pour promouvoir la santé des patientes migrantes (Hayes et al., 2011). Cependant, il a été démontré que la disponibilité limitée des interprètes entraîne une tendance à concentrer le plus d'informations possible lors d'une consultation, ce qui, naturellement, submerge souvent les femmes (Origlia Ikhil et al., 2019).

### **5.2.3 Situation socioéconomique**

Certains de nos articles se sont penchés sur les différences liées à la situation socioéconomique découlant du statut légal, éclairant ainsi des pistes explicatives pour l'analyse des résultats.

Les revenus ou la situation économique des femmes enceintes ou ayant donné naissance ont été analysés dans l'étude belge (Schoenborn et al., 2021), révélant que les femmes enceintes sans-papiers étaient moins susceptibles d'avoir deux revenus dans le ménage et plus susceptibles de n'avoir aucun revenu.

Le niveau d'éducation en tant que déterminant socioéconomique est également comparé dans plusieurs études. L'article belge (Schoenborn et al., 2021) indique que les mères sans-papiers sont plus susceptibles d'avoir un niveau d'éducation primaire par rapport aux mères enregistrées. Dans l'article suédois (Liu et al., 2019), les migrantes sans-papiers et demandeuses d'asile apparaissent comme ayant un niveau d'éducation systématiquement inférieur en comparaison des femmes réfugiées et suédoises.

L'association entre les issues périnatales défavorables et le faible statut socioéconomique est notoire. En effet, parmi les étiologies associées, on constate que la diminution des richesses et des conditions de vie augmente le stress physiologique (Vos et al., 2014). Les faibles niveaux de revenus auraient également un impact sur les mauvaises conditions de logement, de nutrition et l'accès aux soins de santé (Vos et al., 2014).

Une méta-analyse menée au Royaume-Uni et en Irlande du Nord a permis d'identifier qu'un bas niveau socioprofessionnel ou une classe sociale inférieure sont associés à un risque significativement accru de mortinaissance, de mortalité néonatale et périnatale, de naissances prématurées et de faible poids de naissance d'environ 40% (Thomson et al., 2021). Des données supplémentaires suggèrent qu'il existe également un risque accru de mortinaissance et de naissance prématurée chez les parents sans emploi (Thomson et al., 2021). Parmi les autres facteurs de statut socioéconomique entraînant un risque accru d'issues défavorables de la grossesse, on peut citer le niveau d'éducation le plus bas, le logement et le revenu (Thomson et al., 2021).

#### **5.2.4 Stress et peur**

Le fait de vivre en tant que sans-papiers semble être associé à des taux élevés de stress généralisé et d'anxiété (Castañeda, 2009). En effet les sans-papiers vivent « sous les radars » et se méfient de tout ce qui va les obliger à se montrer, même si cela concerne l'obtention de soins médicaux parfois vitaux (O'Sullivan, 2023 ; Eslier et al., 2020 ; Barkensjö et al., 2018).

Citée comme un obstacle important à la recherche de soins parmi la population des sans-papiers, la crainte d'être dénoncé aux autorités est une réalité bien présente, et cela même en l'absence de toute obligation de déclaration (Woodward et al., 2014). Cette peur en dissimule parfois une deuxième, plus profonde encore, liée à la possibilité d'une expulsion qui surviendrait comme conséquence d'une dénonciation. Cela les mènerait à devoir retourner dans leur pays d'origine, qu'ils ont quitté pour diverses raisons notamment politiques, dues à la guerre qui s'y déroule, ou pour des raisons d'appartenance à une minorité et la crainte d'être harcelés, arrêtés, emprisonnés ou tués (Andersson et al., 2018).

Dans un contexte de soins, la barrière linguistique est également une importante source de stress pour les populations migrantes, en raison des problèmes de communication et des malentendus qu'elle génère (Sami et al., 2019).

### 5.2.5 Healthy migrant effect

Pour clore ce chapitre sur les hypothèses de facteurs de risque communs aux issues obstétricales et néonatales étudiées dans notre travail, il est impossible d'ignorer un concept souvent rencontré dans la littérature sur la santé des migrants et des sans-papiers, notamment dans l'article suisse et la revue systématique (Montagnoli & Wanner, 2023 ; Gieles et al., 2019). Ce dernier semble constituer, à l'inverse des facteurs présentés ci-dessus, un facteur favorable.

Il s'agit du « healthy migrant effect », que l'on peut traduire par « effet du migrant sain ». Ce concept a été présenté à la suite d'études sur les issues de santé des migrants comparées à celles des autochtones, et dont les résultats suggèrent que les immigrants bénéficient d'un avantage en matière de santé par rapport à la population du pays d'accueil (Brabete, 2017). Selon Ruhnke et al. (2022), ce concept s'applique d'autant plus aux sans-papiers, puisque la migration sans documents légaux entraîne de nombreux défis supplémentaires qui pourraient amplifier l'autosélection positive des personnes dotées d'une grande résilience physique et mentale. En regard des femmes enceintes en particulier, Goble et al. (2023) constatent que les réfugiées présentent moins de complications obstétricales car celles entreprenant un voyage migratoire ont généralement une meilleure santé que la population moyenne de leur pays d'origine, les rendant ainsi plus aptes à migrer.

Le « healthy migrant effect » semble être cependant atténué voire annulé par deux facteurs principaux ; premièrement le pays d'origine, puisque le niveau économique de celui-ci a un impact direct sur la santé de ses citoyens et donc des migrants issus de celui-ci (Miller et al., 2016), et deuxièmement le temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays d'accueil. On constate en effet que l'état de santé se détériore au fur et à mesure que la durée de résidence dans le pays d'accueil se prolonge (Brabete, 2017), phénomène encore plus marqué pour les migrants sans-papiers dont le séjour est illégal (Ruhnke et al., 2022).

## **6. Retour dans la pratique**

### **6.1 Enjeux des résultats**

Les nouveau-nés prématurés ainsi que ceux de faible poids de naissance présentent un taux de mortalité et de morbidité élevé. En effet, la prématurité accroît le risque de développer à l'âge adulte des pathologies chroniques affectant le système cardiovasculaire (hypertension, insuffisance cardiaque, maladies coronariennes et thrombo-emboliques veineuses), le système pulmonaire (asthme), rénal, endocrinien (diabète de type 1 ou 2, obésité), et neurodéveloppemental (risque plus élevé d'infirmité motrice cérébrale, de handicap cognitif, troubles épileptiques, risques d'anxiété, de dépression, de troubles de l'attention et d'hyperactivité) (Chehade et al., 2018 ; Crump, 2020 ; Pravia & Benny, 2020). Les nourrissons de faible poids de naissance, quant à eux, sont plus souvent confrontés à des pathologies chroniques affectant le système cardiovasculaire, métabolique (diabète de type 1 ou 2, obésité, surpoids) et neurodéveloppemental (retard mental, paralysies cérébrales, troubles de l'attention) (Schellong et al., 2012).

La prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance sont des enjeux de santé publique pour lesquels il serait opportun d'étudier le coût sociétal des soins de santé, de santé mentale ainsi que le coût des infrastructures et besoins en personnel.

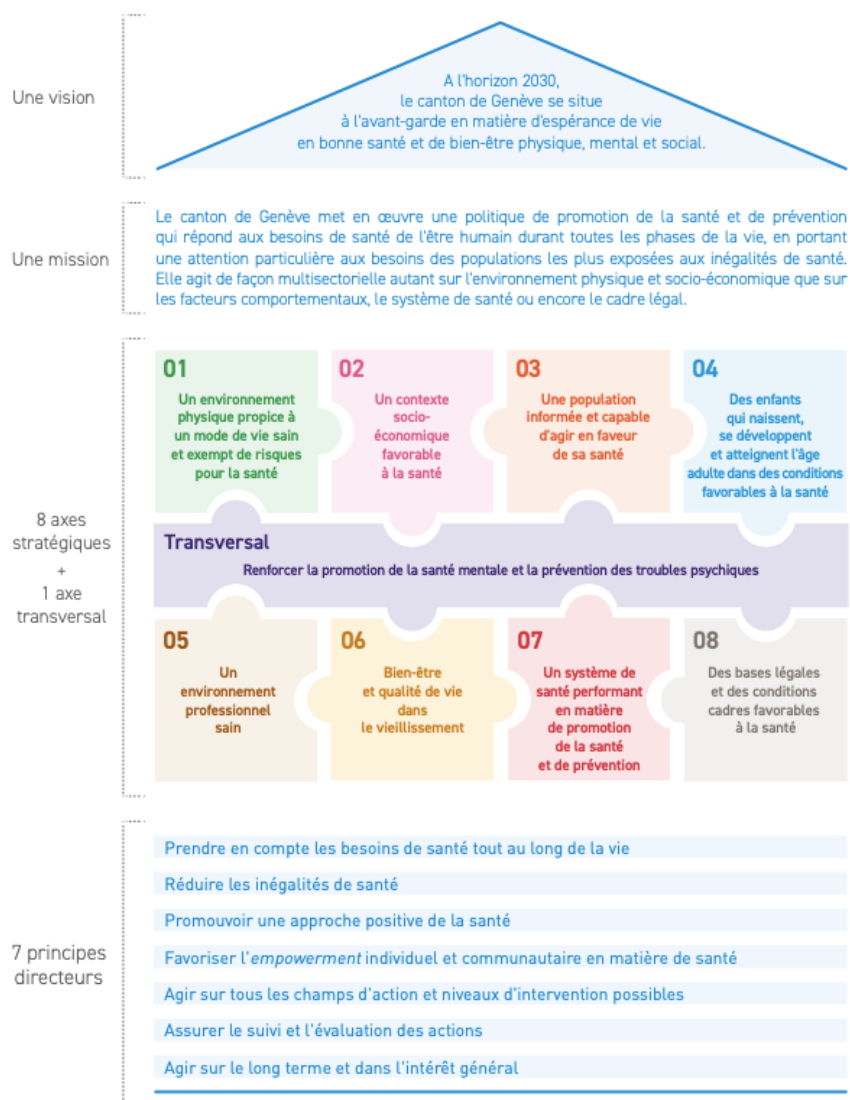
### **6.2 Confrontation des résultats à la pratique sage-femme et au terrain**

Pour situer les résultats de notre recherche par rapport à la pratique sage-femme, il nous a semblé pertinent de répertorier les structures existantes, susceptibles d'offrir du soutien et des soins, de santé générale ou de périnatalité, aux migrants et aux sans-papiers. Nous avons choisi d'observer les cantons de Genève et de Vaud pour deux raisons spécifiques : d'une part, ils sont tous deux en tête de liste des cantons d'accueil de la migration en Suisse, d'autre part ce sont ceux où nous avons effectué, durant notre formation, le plus de stages. Nous pourrions également rajouter que ce sont ceux où nous serons probablement amenées à pratiquer notre future profession.

#### **6.2.1 Canton de Genève**

Le canton de Genève a présenté ses axes politiques en matière de promotion de la santé et de prévention dans un document établi en 2016, nommé Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 (République et canton de Genève, 2024) (*figure 5*).

Figure 5 : Lignes directrices de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030



Tiré de Etat de Genève, 2016

Les instances cantonales font un constat lucide :

L'état de santé de la population ... présente des différences significatives, tant en matière d'espérance de vie, de mortalité, de prévalence des maladies ou encore d'accès aux soins ..., ces disparités [affectant] en particulier les personnes sans emploi, à bas revenu, à faible niveau de formation ainsi que les populations migrantes et les personnes sans statut légal (Etat de Genève, 2016).

Parmi les propositions de stratégies d'intervention présentées dans le Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030, il y a celle de « favoriser la détection précoce des maladies chroniques et des risques d'atteintes à la santé ... en accordant une attention particulière aux personnes ... présentant des vulnérabilités accrues (personnes migrantes, ...) » (Etat de Genève, 2016).

Il convient également de relever les défis posés par la persistance d'importantes inégalités de santé au sein de la population, souvent dues à la précarité et/ou à la migration, ou par l'existence de risques émergents, liés, notamment, à l'évolution des modes de vie (Etat de Genève, 2016).

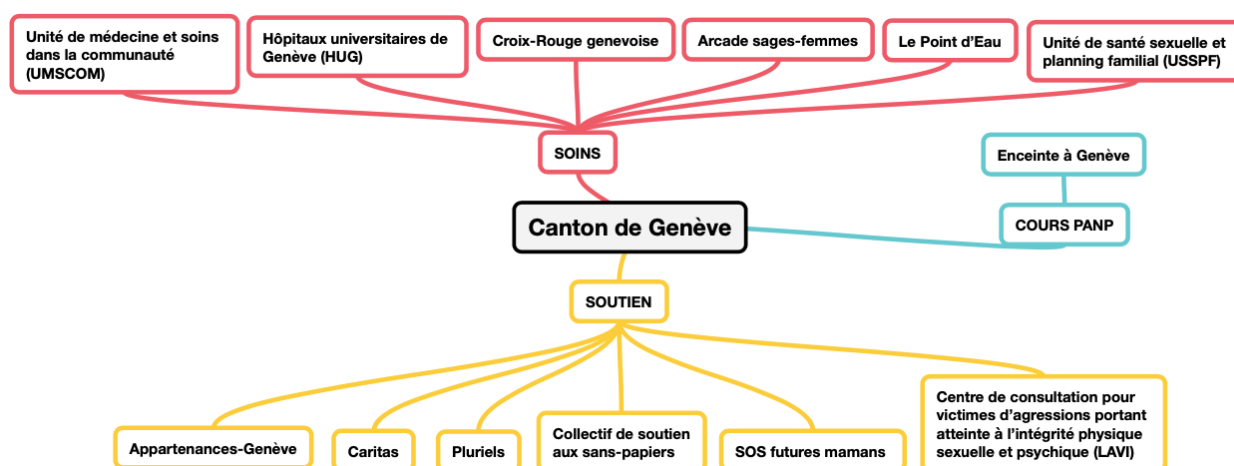
Dans le but de suivre, année après année, les objectifs fixés dans le Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030, les autorités genevoises établissent un plan cantonal de promotion de la santé et de prévention quadriennal. L'axe 2 du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 a pour but spécifique de « renforcer l'égalité des chances et l'équité en matière de santé » (Etat de Genève, 2023).

... l'axe 2 vise le déploiement de mesures structurelles pour favoriser, dans la durée, une réduction des inégalités de santé et donner les moyens à chaque personne, quels que soient son âge, son sexe, son genre, son état de santé, sa nationalité, son statut légal, son orientation sexuelle ou encore sa situation socio-économique, de vivre dans la meilleure santé possible tout au long de sa vie (Etat de Genève, 2023).

Ainsi, les autorités cantonales s'efforcent de rassembler et coordonner des partenaires, identifiés comme les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les associations et prestataires spécialisés (Etat de Genève, 2023), afin d'atteindre les objectifs de cet axe 2.

Nous avons tenté de lister ci-dessous, de façon non-exhaustive, les structures genevoises œuvrant en particulier pour les personnes migrantes et/ou sans-papiers et travaillant à atteindre les objectifs du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 dans un contexte de périnatalité (figure 6 + tableau 10).

Figure 6 : Structures genevoises d'aide aux migrants et aux sans-papiers



Réalisé par nos soins, 2024

Tableau 10 : Descriptifs des structures genevoises

<b>Réseau de soutien</b>	<b>Appartenances Genève</b>	« Association à but non lucratif, active dans le domaine des soins psychologiques, le soutien et l'intégration des familles migrantes et des personnes ayant subi des violences collectives » (Appartenances Genève, 2024a)
	<b>Caritas</b>	Aide aux « personnes en difficulté, sans distinction de confession, de nationalité et de statut ». « Accompagnement social, ... conseil juridique, ... formation et ... insertion professionnelle, ... épicerie sociales, ... brocantes et ... boutiques de seconde main » (Organisations régionales Caritas, 2024)
	<b>Pluriels</b>	Suivi psychologique aux populations migrantes. Consultations accessibles sans assurance-maladie (Pluriels, s. d.)
	<b>Collectif de soutien aux sans-papiers</b>	Informations et conseils pour la régularisation, le regroupement familial, l'accès aux services de santé et aux prestations sociales, l'éducation, la formation, les cours de français et le système juridique suisse (CCSI, 2024)
	<b>SOS futures mamans</b>	« Aide à toute femme enceinte ou à toute maman ... sans distinction de confession, d'ethnie ou de situation sociale, ... morale, matérielle, financière, médicale, administrative ou juridique » (SOS Futures Mamans, s. d.)
	<b>LAVI</b>	Renseignements sur la législation, les droits et propose un soutien psychologique, social et juridique aux victimes (Centre LAVI, 2023)
<b>Réseau de soins</b>	<b>UMSCOM (ancien CAMSCO)</b>	Mission visant à « répondre aux besoins de santé et de soins des populations vulnérables de Genève, coordonner les interventions de santé du réseau précarité à Genève, produire de l'enseignement et de la recherche en lien avec les populations vulnérables » (HUG, 2024c)
	<b>HUG</b>	Accès aux soins pour les femmes sans-papiers avec ou sans assurance-maladie, en dehors des heures d'ouverture du CAMSCO, (HUG, 2024a)
	<b>Croix-Rouge genevoise</b>	« Aide de proximité ... auprès de toute personne vulnérable, notamment ... des personnes migrantes » pour « promouvoir la santé et préserver leur dignité » (Croix-Rouge genevoise, 2024)
	<b>Arcade sages-femmes</b>	Groupe de sages-femmes qui accompagnent, informent, conseillent pendant et après la grossesse. Propose également des permanences et cours (Arcade Sages Femmes, s. d.)
	<b>Le Point d'Eau</b>	Pour les « personnes en difficulté sociale ou en situation de mal ou non-logement » afin de « soigner leur santé (dentiste, podologue), leur hygiène corporelle (douche, rasage, coiffure) et vestimentaire (vestiaire, buanderie et lessive à disposition) » (Fondation Carrefour-Rue & Coulou, 2024)
	<b>USSPF</b>	« Information et accompagnement psychosocial à toute personne quels que soient son âge, sa culture, son identité de genre et son orientation sexuelle, ... dans les domaines de la vie relationnelle, sexuelle et reproductive, ... entretiens gratuits et confidentiels » (HUG, 2024b)
<b>PANP</b>	<b>Enceinte à Genève</b>	Cours de PANP menés par Appartenances Genève en collaboration avec l'Arcade sages-femmes (Appartenances Genève, 2024b)

Réalisé par nos soins, 2024

## 6.2.2 Canton de Vaud

Le canton de Vaud vise, par son engagement, à « garantir un accès équitable à des soins universels, adaptés et de qualité pour toutes les personnes, quels que soient leurs situations et leurs besoins » (Service de la santé publique du canton de Vaud, 2018).

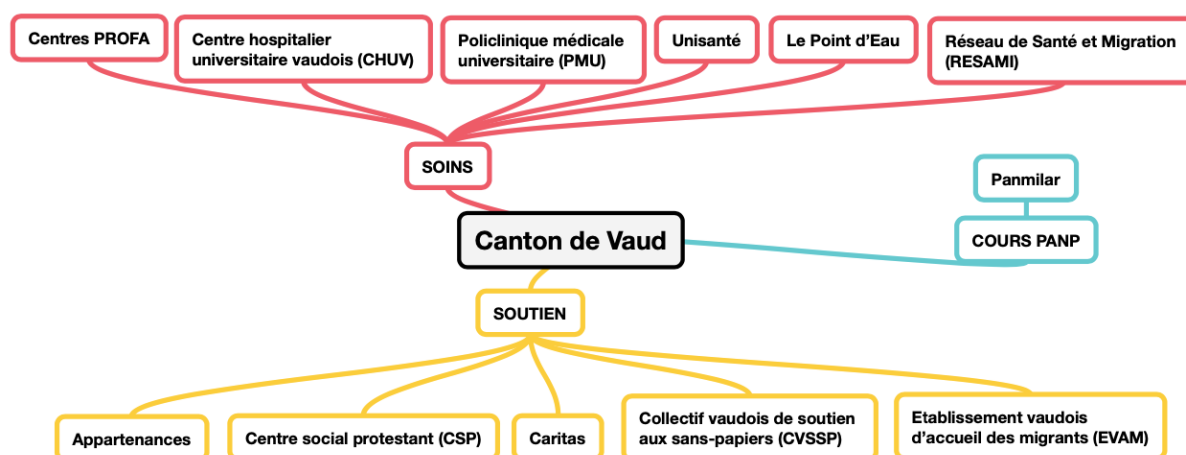
Ainsi, les huit champs d'action du rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 (*figure 7*) s'orientent vers cet engagement, à travers l'action de nombreuses associations offrant des conseils et des soins aux femmes migrantes sans-papiers, que nous avons également listé ci-après (*figure 8 + tableau 11*), toujours de façon non-exhaustive.

Figure 7 : Huit champs d'action du rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud



Tiré et adapté de Service de la santé publique du canton de Vaud, 2018

Figure 8 : Structures vaudoises d'aide aux migrants et aux sans-papiers



Réalisé par nos soins, 2024

Tableau 11 : Descriptifs des structures vaudoises

<b>Réseau de soutien</b>	<b>Appartenances</b>	Centre spécialisé dans la santé mentale des migrants, œuvrant pour l'intégration, la formation et l'interprétariat (Appartenances, 2024)
	<b>CSP</b>	Service d'aide sociale qui offre un soutien à toute personnes en difficulté, résidant en Suisse, quels que soient son origine et son statut légal (CSP, 2024)
	<b>Caritas</b>	« Association à but non lucratif, ... [dont la] mission est de lutter contre la pauvreté et l'exclusion en apportant une aide concrète aux personnes en difficulté, sans distinction de confession, de nationalité et de statut ». « Accompagnement social, ... conseil juridique, ... formation et ... insertion professionnelle, ... épiceries sociales, ... brocantes et ... boutiques de seconde main » (Organisations régionales Caritas, 2024)
	<b>CVSSP</b>	Permanence gratuite d'aide « pour une régularisation collective des personnes sans-papiers et une législation contre les discriminations » (CVSSP, 2024)
	<b>EVAM</b>	« Accueil, ... orientation, ... conseils et ... suivi dans la durée », « aux personnes en procédure d'asile, ... [en] admission provisoire, sans statut de réfugié, ... [ayant] un statut de protection ... , [aux] mineures non-accompagnées, [et] au bénéfice de prestations d'aide d'urgence (déboutées de l'asile) » (EVAM, 2024)
<b>Réseau de soins</b>	<b>Centres PROFA</b>	« Répartis sur le canton, ... centres de consultation ... pour toute question en lien avec la santé sexuelle, la périnatalité, le couple et la sexologie et l'aide aux victimes » (PROFA, 2022)
	<b>CHUV et PMU</b>	Filière spécifique et personnel formé à la prise en charge des personnes sans-papiers (CHUV, 2024 ; Médecine et Hygiène, 2016)
	<b>Unisanté</b>	« Soins aux personnes issues de la migration, notamment consultations médicales, activités de prévention et de promotion de la santé, suivi des mineurs non accompagnés, enseignement ou recherche » (Unisanté, 2024)
	<b>Le Point d'Eau</b>	« Différentes prestations aux personnes en situation précaire : consultations infirmières, médicales et para-médicales ainsi que des prestations d'hygiène et d'orientation » (Fondation Point d'Eau, s. d.)
	<b>RESAMI</b>	« Réseau médico-sanitaire ... pour les bénéficiaires de l' ... EVAM », orchestré par Unisanté. « Prise en charge ... adaptée notamment en termes de gestion des problématiques liées à la langue et aux différences culturelles » (Unisanté, 2014)
<b>PANP</b>	<b>Panmilar</b>	Association à but non lucratif, proposant un accompagnement périnatal multilingue aux femmes et familles issues de la migration. Cours de PANP et consultations à domicile après la naissance par un réseau de sages-femmes indépendantes avec le soutien d'interprètes communautaires (plus de 30 langues). Prestations prises en charge par la LAMal Panmilar collabore avec les différentes maternités du canton, le groupement des sages-femmes indépendantes du canton de Vaud (GSFIVD), les gynécologues et assistantes sociales ainsi qu'avec le réseau de migration et de parentalité (Panmilar.ch, 2024)

Réalisé par nos soins, 2024

### 6.3 Projections sur notre futur rôle professionnel

Les sans-papiers, par définition, vivent cachés et se heurtent à de nombreux obstacles concernant l'accès aux prestations de santé. Ainsi, l'un des enjeux de notre profession consiste à comprendre comment approcher ces populations afin de leur fournir de l'information sur l'accès à la santé et sur leurs droits, puis de leur offrir une prise en charge adaptée.

L'OFSP et le SEM (2017) avaient formulé des recommandations concernant les requérants d'asile afin de prévenir et d'empêcher les maladies infectieuses dans les centres d'hébergements (*tableau 12*). L'extension de ces recommandations aux migrants sans-papiers semble pertinente pour promouvoir leur santé et prévenir les complications médicales. Il est toutefois important de reconnaître que la plupart des migrants sans-papiers ne disposent pas d'une assurance-maladie et n'ont pas connaissance de leurs droits en matière de santé, ce qui pourrait limiter la mise en œuvre de ces recommandations.

Tableau 12 : Recommandations du SEM et de l'OFSP

<b>Introduire un premier entretien médical à l'échelle fédérale</b>
<b>Déterminer une procédure de gestion en cas de flambée de maladies</b> Outre la prévention et la détection précoce de maladies transmissibles, il est nécessaire de définir des mesures efficaces en cas de flambée de maladies dans les centres et de déterminer les responsabilités
<b>Mettre à disposition un concept de prévention et d'information pour les centres</b> Déterminer les thèmes, le moment, la forme, la transmission et les responsabilités ; le matériel d'information pour le premier entretien doit être disponible en plusieurs langues
<b>Examiner systématiquement le statut vaccinal et s'assurer qu'un plan de vaccination personnel soit élaboré dans le cadre de l'entretien d'information médicale à l'arrivée</b>
<b>Fournir des recommandations concernant les actions à entreprendre aux cantons qui assurent la mise en œuvre des mesures initiées au niveau fédéral (plan de vaccination)</b>
<b>Prescrire l'embauche obligatoire de personnel médical dans les centres fédéraux (avec recommandation correspondante aux centres cantonaux)</b>
<b>Renforcer les soins médicaux adaptés aux migrants</b> Soutenir et renforcer l'engagement des médecins de famille dans la collaboration avec les centres d'hébergement, créer des incitations financières et contractuelles, instaurer une plateforme d'information pour l'échange des connaissances de base et des meilleures pratique
<b>Améliorer l'accès aux offres de thérapies psychiatriques/psychothérapeutiques et utiliser les offres à bas seuil d'accès</b> Recommandation d'utilisation des offres de soutien à bas seuil d'accès dans les centres (structures d'accueil de jour, aide sociale, aumônerie, hébergement adéquat, p. ex.) et, dans la mesure du possible, mise à profit du savoir-faire des services spécialisés (Caritas, p. ex.)
<b>Réglementer la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le cadre des soins médicaux et définir leurs responsabilités</b>
<b>Introduire un dossier (électronique) de santé pour tous les requérants d'asile et garantir l'échange ou la transmission des données de santé</b> Ouvrir un dossier médical lors du premier entretien (y indiquer également si aucun problème de santé n'a été décelé) ; vérifier si le dossier médical pourrait être géré sous forme électronique

Tiré et adapté de OFSP & SEM, 2017

Le rôle de la sage-femme est essentiel dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés pendant la période périnatale, en particulier grâce à son accompagnement au plus proche de la femme. Compte tenu des résultats obtenus dans notre travail, il est essentiel de promouvoir une approche multidisciplinaire afin d'obtenir une vision globale de la situation et de favoriser des soins centrés sur la personne. Dans cette optique, le rôle de promotion de la santé et de prévention devient crucial. Cela offre également l'opportunité d'intégrer les femmes migrantes sans-papiers dans le système de soins de manière plus large, facilitant ainsi le dépistage de complications au-delà des aspects obstétricaux. Après avoir présenté le réseau existant concernant l'accueil et la prise charge en matière de soins pour les femmes enceintes sans-papiers dans les cantons de Genève et Vaud, nous avons étudié diverses mesures à envisager sur le terrain.

Tableau 13 : Nos recommandations

<b>Soins</b>	Fournir un suivi multidisciplinaire adapté et régulier dès la période pré-conceptionnelle
	Améliorer l'accès aux offres de thérapies psychiatriques et psychothérapeutiques
<b>Communication</b>	Assurer la présence d'interprètes ou l'utilisation d'application en cas d'indisponibilité des interprètes, lors des consultations de routine ou d'urgence
<b>Collaboration</b>	Renforcer la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le cadre des soins médicaux
	Introduire un dossier patient informatisé pour tous les migrants sans-papiers et assurer la transmission des données de santé entre institutions de manière sécurisée et confidentielle
<b>Promotion et prévention</b>	Mettre à disposition de l'information relative à la prévention et promotion de la santé, accessible à tous
	Examiner systématiquement le statut vaccinal et diffuser de l'information relative à la prévention et promotion de la santé vaccinale
<b>Formation</b>	Renforcer la formation spécifique, adaptée au personnel soignant
<b>Recensement</b>	Quantifier la population des sans-papiers afin d'adapter les infrastructures

Réalisé par nos soins, 2024

Concernant les recommandations relatives aux soins, il serait intéressant de mettre en place un suivi multidisciplinaire adapté dès la période pré-conceptionnelle, maintenu jusqu'au post-partum tardif, en adaptant les interventions selon les besoins spécifiques à chaque période. Des consultations spécifiques, en complément de celles initialement prévues, permettraient de dépister et de réduire les facteurs de risques, de détecter précocement les signes d'alerte et d'ainsi prévenir les complications tout au long de la période périnatale. De plus, le soutien psycho-social joue un rôle majeur, en permettant aux femmes d'identifier et d'accéder à des ressources adaptées à leurs besoins, ainsi qu'en les accompagnant dans leur transition vers la parentalité et l'arrivée d'un nouveau-né. La confiance en soi et l'empowerment pourraient être renforcés par le biais de cours de préparation à la naissance dans leur langue respective, permettant aux migrantes sans-papiers de faire face aux difficultés rencontrées. Par ailleurs, un accompagnement optimal pendant l'accouchement par des professionnels qualifiés

contribuerait à favoriser une expérience positive de l'accouchement et ainsi à éviter de nouveaux traumatismes. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement la période du post-partum, il serait judicieux d'augmenter le nombre de consultations pour les femmes sans assurance afin de favoriser la mise en place de l'allaitement. Cela permettrait également de prévenir les complications telles que la dépression du post-partum, les troubles de l'attachement, le dépistage des violences et de prodiguer les soins adaptés au nouveau-né. Par ailleurs, il serait également pertinent de venir à la rencontre des migrantes sans-papiers, à travers la mise en place d'une unité mobile permettant de délivrer des soins de santé et de prévention à ces populations, à l'image du Gynécobus en France. En effet, cela permettrait de réduire les inégalités d'accès aux soins, d'assurer des suivis de grossesse réguliers de manière confidentielle, et d'aller à la rencontre de ces populations afin de leur expliquer les droits dont ils disposent.

Étant donné l'impact du statut de sans-papiers sur la santé mentale de ces personnes, il serait bénéfique qu'elles puissent accéder plus facilement aux offres de thérapies psychiatriques et psychothérapeutiques. Cela contribuerait ainsi à leur bien-être général, à leur intégration dans la société, et surtout à la prévention des risques obstétricaux et néonataux. Les séances, organisées de manière individuelle, via des groupes de parole et des sessions de soutien psychologique, organisées à l'hôpital ou dans des locaux d'associations déjà existantes, devraient être d'avantage promues.

En matière de communication, il serait également opportun que des interprètes soient systématiquement présents aux consultations, qu'elles soient de routine ou d'urgence, à l'hôpital ou chez le médecin traitant. En cas d'indisponibilité des interprètes, le recours à des applications sur tablettes, garantissant la confidentialité, pourrait être envisagé. Ces applications pourraient fournir des questions et réponses préétablies sous forme écrite ou orale permettant une utilisation pour tous.

En ce qui concerne la collaboration, il apparaît judicieux de soutenir la coordination ayant pour but de rassembler les divers acteurs, tels que les hôpitaux, les cabinets privés, les foyers d'accueil, et autres parties prenantes pertinentes, pour les formaliser et ainsi renforcer leur sécurité comme le font l'UMSCOM à Genève ou le RESAMI à Lausanne. En outre, pour assurer la transmission des données de santé entre les professionnels de santé et les institutions, il pourrait être pertinent d'introduire un dossier patient informatisé pour tous les migrants sans-papiers. Ce dernier permettrait de centraliser les informations et ainsi d'optimiser la collaboration et l'échange de données médicales, de manière sécurisée et confidentielle. Chaque personne disposerait de son propre identifiant, et l'accès au dossier devrait être accessible dans plusieurs langues.

Afin de garantir la prévention et la promotion de la santé, il serait judicieux que chaque femme dispose de documents écrits dans sa langue maternelle concernant les recommandations de grossesse, les informations sur le système de santé et les démarches administratives. Ces informations pourraient être présentées sous forme de brochures ou de flyers, avec des adaptations pour les personnes illettrées telles que l'utilisation de schémas, de pictogrammes ou de supports vidéo. Ces documents devraient être mis à disposition dans les lieux accessibles aux femmes migrantes sans-papiers, tels que les foyers d'hébergement, les centres culturels, les commerces, les cafés, les églises. De plus, aller directement à leur

rencontre permettrait de leur fournir les informations de vive-voix. Par ailleurs, les migrantes sans-papiers sont plus à risque de développer des infections, parfois mortelles, qui peuvent inévitablement impacter leur santé mais aussi celle du fœtus chez les femmes enceintes. La plupart des maladies virales étant évitables grâce à la vaccination, il apparaît donc important d'effectuer une évaluation systématique du statut vaccinal dès les premiers contacts avec les services de santé. Il conviendrait également de sensibiliser les sans-papiers à l'importance de la vaccination à travers des campagnes d'information accessibles à toutes.

D'autre part, offrir régulièrement des formations adaptées à la réalité du terrain aux professionnels de santé susceptibles de rencontrer ces populations pourrait être bénéfique afin d'optimiser leur prise en soins. Cette formation pourrait inclure dans un premier volet des connaissances sur l'approche culturelle ainsi que les usages et coutumes des pays, permettant aux soignants de créer un lien de confiance avec ces populations. Le deuxième volet de la formation pourrait aborder les aspects liés à la prévention et à la promotion de la santé spécifique à ces populations, de la période pré-conceptionnel au post-partum. Enfin, le dernier volet permettrait de sensibiliser les professionnels de santé aux différentes complications obstétricales et néonatales propres aux femmes migrantes. En parallèle, les structures hospitalières devraient lutter contre les préjugés, stéréotypes et risques de disparités, encore trop répandus de nos jours.

Par ailleurs, il serait important de tenter de quantifier plus régulièrement la population des sans-papiers dans le but d'adapter les infrastructures. Encourager le développement de lobbies pour la régularisation des sans-papiers serait également une alternative afin de promouvoir le droit d'asile.

En tant que sage-femme, notre rôle est primordial dans la prise en soins des femmes enceintes sans-papiers, notamment à travers les recommandations présentées ci-dessus. Notre position centrale nous permet de coordonner les efforts de différents intervenants, tels que les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les organisations communautaires, pour garantir à ces femmes des soins globaux, qualitatifs et continus. En facilitant la communication et la collaboration entre tous les acteurs impliqués, nous contribuons à améliorer les résultats de santé pour les femmes enceintes sans-papiers et leurs nouveau-nés, tout en veillant à ce que leurs besoins spécifiques soient pris en compte et respectés.

## 7. Perspectives de recherche et questionnements

En élaborant ce travail, nous avons pu constater la nécessité de mener des études supplémentaires sur le sujet des femmes enceintes migrantes sans-papiers pour diverses raisons.

Tout d'abord, la majorité des articles regroupe toutes les femmes migrantes, qu'elles soient réfugiées, requérantes d'asile ou sans-papiers, rendant ainsi difficile voire impossible l'interprétation des résultats concernant notre choix de population. Il serait donc nécessaire de mener davantage d'études sur la population spécifique des sans-papiers.

D'autre part, lors de la formulation des hypothèses justifiant les diverses issues obstétricales et néonatales, nous avons de nouveau constaté le manque de littérature concernant les femmes migrantes sans-papiers. De fait, les études mettant en lumière les liens de causalité entre notre population cible et les issues de santé choisies pour ce travail sont rares. Or le statut de sans-papiers semble exposer les personnes à une altération de la santé mentale, en lien direct avec le stress perçu et/ou les violences vécues, et comme le soulignent Ghahremani et al. (2022), les problèmes de santé mentale pendant la grossesse et la période postnatale peuvent être profonds et avoir de graves conséquences maternelles et périnatales.

Concernant la violence, une enquête qualitative menée aux Pays-Bas et en Belgique met en évidence la vulnérabilité des réfugiés, des demandeurs d'asile et des sans-papiers face à la violence sexuelle et sexiste, au niveau individuel, interpersonnel et surtout sociétal, car le fait de ne pas avoir de permis de séjour légal, d'avoir un statut non protégé et de ne pas avoir tous les droits ont été clairement identifiés comme des facteurs de risque (Keygnaert et al., 2012). Cette exposition à la violence pour les femmes migrantes et/ou sans-papiers a deux conséquences majeures qui peuvent être mises en lien direct avec les résultats d'issues obstétricales et néonatales défavorables de notre recherche. Premièrement, cela semble constituer une barrière à l'accès aux soins (Pérez-Urdiales, 2021). Deuxièmement, il a été mis en évidence que les femmes sans-papiers victimes de violences sont plus atteintes dans leur santé mentale, présentant des taux élevés de dépression et de troubles de stress post-traumatique (Shuman et al., 2022). Il serait alors pertinent d'étudier l'impact des violences vécues ou perçues par ces populations sur la prématurité, le petit poids de naissance et la mortinaissance.

Parmi les études portant sur l'état de santé des migrants sans-papiers, les problèmes psychologiques semblent les plus répandus et les femmes enceintes apparaissent comme les plus vulnérables (Woodward et al., 2014). Certaines de ces études, comme celle de Biswas et al. (2011), ont associé l'augmentation des symptômes de dépression, d'anxiété, des troubles du sommeil et des symptômes somatiques chez les sans-papiers à l'insécurité de leurs conditions de vie et de travail. L'irrégularité du statut semble donc impacter la santé mentale. Le canton de Genève a mené une action sur le marché de l'emploi entre 2017 et 2018, ayant pour but de légaliser le statut de séjour des migrants sans-papiers, sous réserve de conditions sélectives, et de régulariser l'économie souterraine. Cette opération a permis à 2 390 personnes de voir leur statut régularisé et, par conséquent, d'obtenir un accès aux services de santé et services sociaux (SEM, 2020). Cette mission s'est révélée bénéfique sur d'autres aspects, notamment l'amélioration de la santé mentale de ces populations (Refle et

al., 2024). Il serait alors intéressant de mener de nouvelles recherches pour examiner l'impact de l'état de santé mentale des populations sans-papiers sur la prématurité, le petit poids de naissance et la mortinaissance.

Ainsi à travers cette opération de régularisation, les autorités souhaitent encourager ces populations à obtenir un statut légal, ne pouvant pas ignorer la situation des sans-papiers et rester inertes face à la nécessité de mettre en place des structures adaptées. En effet, l'absence ou l'inadéquation de telles structures aggraverait leurs issues de santé et par conséquent les coûts sociétaux. Dès lors, la Suisse est-elle capable d'accueillir une population grandissante de sans-papiers en mettant à disposition les ressources nécessaires ?

## 8. Éthique

L'éthique biomédicale, ou éthique clinique, est sous-tendue par quatre principes de base : le respect de l'autonomie de la personne, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp & Childress, 2013).

La recherche scientifique est elle aussi régie par des principes, au nombre de sept (Emanuel, 2000) :

- Valeur : la recherche doit permettre d'améliorer la santé ou les connaissances
- Validité scientifique : la recherche doit être méthodologiquement rigoureuse
- Sélection équitable des sujets : ce sont les objectifs scientifiques, et non la vulnérabilité ou les privilèges, ainsi que le potentiel et la répartition des risques et des bénéfices, qui doivent déterminer les communautés sélectionnées comme sites d'étude et les critères d'inclusion des sujets individuels
- Rapport bénéfice-risque favorable : dans le contexte de la pratique clinique standard et du protocole de recherche, les risques doivent être minimisés, les bénéfices potentiels renforcés, et les bénéfices potentiels pour les individus et les connaissances acquises pour la société doivent l'emporter sur les risques
- Examen indépendant : des personnes non affiliées doivent examiner la recherche et l'approuver, la modifier ou y mettre fin
- Consentement éclairé : les individus doivent être informés de la recherche et donner leur consentement volontaire
- Respect des sujets inscrits : les sujets doivent voir leur vie privée protégée, avoir la possibilité de se retirer, et leur bien-être surveillé

Selon Emanuel (2000), le respect de ces sept exigences est nécessaire et suffisant pour rendre la recherche clinique éthique. Ces exigences sont universelles, même si elles doivent être adaptées aux conditions sanitaires, économiques, culturelles et technologiques dans lesquelles la recherche clinique est menée.

### 8.1 Principes généraux en lien avec notre sujet

Les principes généraux de bioéthique mobilisés par notre sujet sont les principes de bienfaisance et de justice. En effet, en partant de la considération de la grande vulnérabilité des femmes enceintes sans-papiers, et au double titre de leur situation, nous sommes mues par l'objectif de faire le bien. D'abord en éclairant les issues obstétricales et néonatales défavorables qui sont les leurs, puis en évaluant les possibilités de réduction des inégalités auxquelles elles font face et qui semblent expliquer ces issues défavorables. Ainsi, nous mobilisons le principe de bienfaisance en questionnant ce qui serait susceptible d'améliorer leur santé, et le principe de justice en mettant en lumière les facteurs d'inégalité d'accès aux soins dont elles sont tributaires.

Nous nous sommes également attachées, à travers ce travail, à remplir le principe de l'autonomie et en particulier sa conséquence la plus directe, à savoir la règle du consentement libre et éclairé :

Il s'agit du respect pour chacun de disposer soi-même de sa santé et de choisir les options qui correspondent à ses souhaits, ses valeurs ou ses projets de vie. Le respect

de l'autonomie est la norme qui prescrit de respecter les capacités de prise de décision des personnes autonomes, en connaissance de cause (Bracconi et al., 2017).

Le principe de non-malfaisance n'est pas directement concerné par notre démarche de rédaction de ce travail. En effet, cette démarche consistant à l'étude de littérature quantitative, nous nous situons dans un contexte de recherche et il n'y a pas d'action qui aboutirait à faire du mal. Cependant, si les études que nous avons sélectionnées ou notre propre travail devaient amener des perspectives pour améliorer les résultats, cela demanderait de faire appel au principe de diligence afin de se donner les moyens d'éviter de nuire à autrui.

## **8.2 Aspects éthiques des cinq articles sélectionnés**

### **8.2.1 Consentement à la participation**

Dans notre sélection de littérature, les auteurs des articles dont les résultats sont articulés sur des consultations de dossiers médicaux, dans le cadre d'études rétrospectives, indiquent que le consentement n'a pas été obtenu. En effet, il s'agit de dossiers anonymisés, en grand nombre, datant parfois de plusieurs années. A titre d'exemple, voici ce que précisent les auteurs de l'article suisse (Montagnoli & Wanner, 2023) : L'étude rapporte l'analyse d'un ensemble de données anonymes du registre suisse des naissances et non de dossiers cliniques entre 2000 et 2018 sans aucune forme d'intervention. Dans ce cas, le consentement n'est pas applicable (Montagnoli & Wanner, 2023). C'est aussi le cas des articles belge, danois et de la revue systématique (Faurholdt et al., 2023 ; Gieles et al., 2019 ; Schoenborn et al., 2021), cette dernière comparant les résultats d'autres études et n'ayant de fait aucun lien direct avec les populations sélectionnées.

L'article suédois (Liu et al., 2019) est le seul de notre sélection à avoir basé son recueil de données sur le consentement des femmes incluses dans le panel d'étude. Des remerciements sont ainsi adressés à celles et ceux ayant permis l'étude de leurs données : Nous remercions toutes les femmes et tous les cliniciens qui ont contribué à la collecte des données et tous ceux qui ont fourni des données au registre suédois des grossesses.

### **8.2.2 Approbation éthique**

Quatre des cinq articles ne font pas mention de l'approbation d'une autorité garante d'éthique, se contentant d'indiquer que dans le contexte particulier de leur collecte de données le consentement n'était pas applicable.

Au contraire, l'article suédois se réfère à l'approbation d'un comité d'éthique, déclarant que l'autorisation a été accordée par le comité régional d'examen éthique de Stockholm (approbation n° 2017/2385-31/5 et amendement 2018/601-32) (Liu et al., 2019).

Il est à noter cependant que l'article belge cite l'approbation de la Commission belge de la protection de la vie privée (Schoenborn et al., 2021).

### **8.2.3 Conflits d'intérêts ou intérêts concurrents**

Tous les articles de notre sélection font déclaration d'absence de conflit d'intérêts ou d'intérêts concurrents, précisant parfois que cela concerne tous les auteurs.

## **8.2.4 Financement**

Tous les articles concernés par l'attribution de fonds pour financer leurs recherches mentionnent les organismes donateurs. Il s'agit pour l'article suisse de l'université de Bâle et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Montagnoli & Wanner, 2023), pour l'article danois de la Fondation Rockwool et de la Fondation OAK Danemark (Faurholdt et al., 2023), et pour la revue systématique de la bourse Van Walree de l'Académie royale néerlandaise des arts et des sciences (Gieles et al., 2019). Ces derniers mentionnent également la contribution des organisations ayant contribué à la recherche basée sur la littérature grise : Gezondheidszorg Illegalen Leiden, Defence for Children, Pharos, Doctors of the World UK et Médecins du Monde France (Gieles et al., 2019).

Les articles belges et suédois déclarent n'avoir obtenu aucun financement pour leurs recherches (Liu et al., 2019 ; Schoenborn et al., 2021).

## **8.3 Positionnement éthique de notre travail**

Notre mémoire s'inscrit dans notre cursus d'étudiantes et a été réalisé en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO Sage-femme. A ce titre, il est régi par la charte d'éthique et de déontologie des Hautes écoles universitaires et spécialisées de Genève qui « engage tous les membres de la communauté académique des Hautes Écoles » (UNIGE & HES-SO, 2019), incluant de fait les étudiants. Au même égard, nous n'avons pas sollicité de financement.

Ce travail étant basé sur une analyse de la littérature existante, le consentement des populations étudiées quant à l'exploitation de leurs données n'était pas requis.

Nous avons introduit ce document par une déclaration sur l'honneur, faisant état de notre probité quant à l'absence de plagiat et au référencement systématique de nos sources.

De la même manière, nous avons respecté l'éthique et la déontologie en n'apposant aucune restriction, hormis l'ancienneté ou la géographie, lors de la sélection de littérature pour documenter notre recherche. Nous avons clairement énoncé nos critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des cinq articles. Nous avons été attentives à éviter d'évincer des études montrant des résultats qui contrediraient nos hypothèses, et nous avons pris soin de faire preuve de recul, de nuance et de prudence dans l'interprétation des résultats.

Pour finir, nous exposons de façon transparente, ci-après, les forces et faiblesses de notre travail.

## **8.4 Forces et limites du travail**

### **8.4.1 Forces**

Notre mémoire se préoccupe du phénomène de migrants sans-papiers qui est pleinement au cœur de l'actualité. En effet, le nombre de sans-papiers ne cesse d'augmenter chaque année, illustrant la multiplication des inégalités socioéconomiques, des conflits et des bouleversements climatiques qui sont à l'origine d'un afflux massif de population. L'arrivée de migrants sans-papiers, difficiles à mesurer, soulève de réels défis, notamment en termes d'accueil, de réponses à leurs besoins de base (nourriture, logement, sécurité), d'accès aux

soins, de qualification de leurs droits dans le respect des politiques d'immigration et intégration locales.

Par ailleurs, notre recherche met en lumière les défis de santé maternelle et infantile des femmes enceintes sans-papiers, souvent négligés dans les données et les discussions. Elle vise à approfondir la compréhension des besoins de ces populations, à accroître la sensibilisation aux risques obstétricaux qui lui sont propres afin d'offrir une prise en charge plus optimale. Les résultats de ces études peuvent offrir des informations précieuses pour l'élaboration de politiques de santé publique en vue de renforcer l'accès aux soins de santé pour cette population vulnérable.

Enfin, les études sélectionnées sont récentes, la plus ancienne ayant été publiée en 2019. Les discussions s'inscrivent donc dans le contexte actuel.

#### **8.4.2 Limites**

Notre travail comporte également différentes limites qu'il importe de souligner afin de saisir les éventuels biais de certaines de nos analyses ainsi que de celles des études utilisées pour notre recherche. Parmi celles-ci, l'une des plus significatives concerne les définitions des populations issues de la migration. En effet, ces définitions divergent selon les pays concernés, ce qui impacte les interprétations et les analyses.

Par ailleurs, il faudrait également souligner la disparité des systèmes de santé nationaux malgré l'existence d'une politique européenne commune. Cette hétérogénéité entre l'idéal normatif européen et les réalités nationales limite la généralisation des résultats.

Concernant la documentation disponible dans la littérature, le nombre relativement restreint d'études menées sur le sujet des femmes enceintes migrantes sans-papiers a limité notre capacité à sélectionner une variété d'articles pertinents et exhaustifs. Nous avons donc été contraintes d'inclure des études s'éloignant légèrement de nos critères de recherche, comme une recherche dont les chiffres incluaient à la fois les requérantes d'asile et les migrantes sans-papiers. Cela induit un certain biais dont il faut tenir compte.

Enfin, bien que les études présentées fournissent des résultats concrets et précis, elles n'ont pas pour objectif de mettre en évidence les relations causales entre population migrante et augmentation de la prévalence des issues obstétricales et néonatales, ce qui limite les analyses effectuées dans ce travail.

## 9. Conclusion

Le phénomène de la migration, en constante augmentation, est un sujet d'actualité. « Le nombre de migrants internationaux dans le monde ... a atteint le niveau le plus élevé jamais enregistré dans l'histoire moderne ..., ce qui souligne l'urgence de remédier aux crises liées aux déplacements » (OIM, 2024c). Les raisons de la migration se multiplient, en raison des tensions géopolitiques, des conflits, de l'accroissement des disparités économiques, des bouleversements climatiques, participant à l'augmentation massive de l'afflux de population aux portes des pays d'accueil (OIM, 2024b).

L'Europe, considérée comme l'un des principaux territoires d'accueil (Natarajan et al., 2020), connaît également de nombreuses vagues d'immigration illégale, avec une hausse de 17% des entrées irrégulières en 2023 par rapport à 2022 (Panara, 2024). En raison de la clandestinité de ces populations, les autorités étatiques peinent à les recenser. Tapiées dans l'ombre, ces populations vivent dans la précarité et font face à des difficultés d'accès aux soins.

Les problématiques autour de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes sans-papiers sont des enjeux colossaux tant à l'échelle européenne pour les politiques de santé, que pour les états sur les plans socioéconomique et politique. Il serait alors nécessaire d'estimer l'évolution de ces populations dans les prochaines années afin d'adapter la capacité d'accueil de ces structures.

La sage-femme est au cœur de ces problématiques et constitue l'une des premières intervenantes clé dans la prise en soins des femmes enceintes sans-papiers. Il apparaît crucial d'offrir un accompagnement holistique basé sur l'approche biopsychosociale, afin de promouvoir une expérience positive de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Œuvrant pour la réduction des inégalités, la sage-femme met à disposition les ressources nécessaires, notamment en intégrant ces populations dans le système de soins. Dotée de compétences culturelles, elle fait preuve d'une certaine intelligence émotionnelle et utilise une approche interculturelle en promulguant des soins de qualité adaptés à la personne.

A ce jour, peu d'études s'intéressent à l'impact du statut de sans-papiers des femmes enceintes sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance. Nos recherches dans la littérature nous ont tout de même permis de répondre à la problématique. Les articles sélectionnés vont tous dans le même sens et s'accordent sur le fait que le statut de sans-papiers des femmes enceintes a un impact défavorable sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance. Cela pourrait principalement s'expliquer par le fait de recevoir des soins prénatals inadéquats mais également par l'impact de la barrière linguistique, le stress perçu, l'âge maternel et le bas niveau socioéconomique (précarité, malnutrition, infections, etc.). Par ailleurs, quelques études font état du « healthy migrant effect », un facteur protecteur pour la santé des femmes enceintes sans-papiers. Cela peut être une piste à développer en particulier pour les sages-femmes dans une optique de salutogénèse.

Nous avons pu constater la nécessité de mener des études supplémentaires sur cette population vulnérable. Ainsi, de nouvelles études sur les femmes enceintes migrantes sans-papiers pourraient être menées afin de corréler les données concernant la santé mentale, les violences vécues et le stress perçu par ces populations sur la prématurité, le faible poids de naissance et la mortinaissance.

## Liste de références

- Abdalla, M., Zein, M. M., Sherif, A., Essam, B., & Mahmoud, H. (2024). Nutrition and diet myths, knowledge and practice during pregnancy and lactation among a sample of Egyptian pregnant women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06331-3>
- Actualité Parlement européen. (2017, juillet 13). *Lutte contre la migration irrégulière*. <https://www.europarl.europa.eu/topics/fr/article/20170627STO78419/lutte-contre-la-migration-irreguliere>
- Agence France-Presse, Z. I.-. (2023, septembre 17). *Afflux de migrants : « C'est l'avenir que l'Europe veut se donner qui se joue ici » | La crise des migrants | Radio-Canada.ca*. Radio-Canada; Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2010899/afflux-migrants-lampedusa-avenie-europe-meloni>
- Andersson, L. M. C., Hjern, A., & Ascher, H. (2018). Undocumented adult migrants in Sweden : Mental health and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1369. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6294-8>
- Andro, A., Scodellaro, C., Eberhard, M., Gelly, M., Fleury, M., Riou, F., Spira, A., Hassoun, D., Nosedà, V., & Poncet, L. (2019). Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en île-de-france. Enquête Dsaahir. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* - BEH. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019\\_17-18\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_3.html)
- Appartenances. (2024). *Association Appartenances*. <https://www.appartenances.ch/>
- Appartenances Genève. (2024a). *Appartenances Genève*. Appartenances Genève. <https://www.appartenances-ge.ch/>
- Appartenances Genève. (2024b). *Enceinte à Genève*. Appartenances Genève. <https://www.appartenances-ge.ch/prevention/enceinte-a-geneve/>
- Arcade Sages Femmes. (s. d.). *Arcade Sages Femmes*. <https://www.arcade-sages-femmes.ch/>
- Ashcroft, R. E. (2007). *Principles of health care ethics* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Barkensjö, M., Greenbrook, J. T. V., Rosenlundh, J., Ascher, H., & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: A qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1851-9>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed). Oxford University Press.
- Bellemare, F.-A., & Carlier, F. (2013). La dynamique migratoire : Quels facteurs causaux de la fuite des cerveaux ? Une étude dans le contexte économique des territoires insulaires caribéens. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 5, 891-909. <https://doi.org/10.3917/rru.135.0891>
- Bilger, V., Hollomey, C., Wyssmüller, C., & Efinayi-Mäder, D. (2011). *Health care for undocumented migrants in Switzerland*. Swiss Federal Office of Public Health,

- International Center for Migration Policy Development, Swiss Forum for Migration and Population Studies – University of Neuchâtel, Vienna. [https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/nouvelles%20publications/Booklet-Publikation\\_FINAL\\_03082011\\_A5.pdf](https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/nouvelles%20publications/Booklet-Publikation_FINAL_03082011_A5.pdf)
- Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A., & Norredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*, 11(1), 560. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-560>
- Boland, L., & Stacey, D. (2016). La littératie en santé dans la pratique clinique et en recherche. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 26(4), 362-364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516255/>
- Bollini, P., Wanner, P., & Université de Neuchâtel. (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes : Disparités de risques et possibilités d'intervention*. <https://libra.unine.ch/bitstreams/538497d6-22b0-4275-86e8-bf882d55c607/download>
- Brabete, A. C. (2017). Examining Migrants' Health From a Gender Perspective. In *The Psychology of Gender and Health* (p. 231-250). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00008-0>
- Bracconi, M., Hervé, C., & Pirnay, P. (2017). Ethical reflections on the principle of patient autonomy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(12), 845-849. <https://doi.org/10.26719/2017.23.12.845>
- Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor : A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1552-1560. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.024>
- CCSI. (2024). *Collectif de soutien aux sans-papiers de Genève*. CCSI. <https://ccsi.ch/collectif/>
- Centre LAVI. (2023). *LAVI – Centre d'aide aux victimes d'agressions violentes*. <https://centrelavi-ge.ch/>
- CFM. (2024a, juin 20). *Migration irrégulière*. <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/archiv/zuwanderung-aufenthalt/sanspapiers/irregmigration.html>
- CFM. (2024b, juin 20). *Sans-papiers*. <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/archiv/zuwanderung-aufenthalt/sanspapiers.html>
- Chegade, H., Simeoni, U., Guignard, J.-P., & Boubred, F. (2018). Preterm Birth : Long Term Cardiovascular and Renal Consequences. *Current Pediatric Reviews*, 14(4), 219-226. <https://doi.org/10.2174/1573396314666180813121652>
- CHUV. (2024). *CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois*. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home>
- Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (= CP ; RS 311.0 ; état le 1er juillet 2024).
- Commission des migrations, des réfugiés et de la population. (2006). *Droits fondamentaux des migrants irréguliers* (10924). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=11204&lang=fr>

- Confédération suisse. (2007). *L'Histoire des politiques à l'égard des personnes migrantes*. [https://www.edi.admin.ch/dam/edi/fr/dokumente/objekt\\_07359.pdf.download.pdf/histoire\\_des\\_politiquesalegarddespersonnesmigrantes.pdf](https://www.edi.admin.ch/dam/edi/fr/dokumente/objekt_07359.pdf.download.pdf/histoire_des_politiquesalegarddespersonnesmigrantes.pdf)
- Conseil de l'Union européenne. (2023, janvier 5). *Demandes d'asile dans l'UE*. <https://www.consilium.europa.eu/fr/infographics/asylum-applications-eu/>
- Conseil fédéral. (2020). *Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers* (09.3484). <http://www.sante-sans-papiers.ch/FR/files/reponse-conseil-federal-reponse-au-postulat-Heim-francais.pdf>
- Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (= Cst ; RS 101 ; état le 3 mars 2024).
- Croix-Rouge genevoise. (2024). *Personnes migrantes | Croix-Rouge genevoise*. <https://www.croix-rouge-ge.ch/activites/personnes-migrantes>
- Croix-Rouge suisse. (2012). *Patients dépourvus de titre de séjour et d'assurance-maladie*. <https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/3ohdQAmHdKsmG82o8cOOYo/0dc8c0cb77baece0628aeb44cd5eaf72/Informationsbrochure Sans-Papier A5 fr Internet.pdf>
- Crump, C. (2020). An overview of adult health outcomes after preterm birth. *Early Human Development*, 150, 105187. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105187>
- CSP. (2024). *CSP Vaud*. CSP Vaud. <https://csp.ch/vaud/>
- CVSSP. (2024). *Les Sans Papiers Vaudois*. <https://sans-papiers-va.ch/>
- De Jong, L., Pavlova, M., Winters, M., & Rechel, B. (2017). A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(6), 990-997. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx181>
- Del Picchia, R. (2023, avril 3). *Vers une politique européenne d'immigration ?* Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r04-385/r04-385.html>
- Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
- Efionayi-Mäder, D., Schönenberger, S., Steiner, I., & Commission fédérale pour les questions de migration CFM. (2010). *Visage des sans-papiers en Suisse. Evolution 2000-2010*. <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/zuwanderung---aufenthalt/sanspapiers.html>
- Emanuel, E. J. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*, 283(20), 2701. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>
- Eslier, M., Deneux-Tharaux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C., & Azria, E. (2020). Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCARE Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7174. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197174>
- Etat de Genève. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030*. <https://www.ge.ch/document/concept-cantonal-promotion-sante-prevention->

- 2030#:~:text=Le%20concept%20cantonal%20de%20promotion,sant%C3%A9%20de%20la%20population%20genevoise.  
Etat de Genève. (2023). *Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028*. <https://www.ge.ch/document/34410/annexe/0>
- Euromed Rights. (2021, mai 11). *Le Pacte européen sur la migration et l'asile ne peut pas fonctionner*. EuroMed Droits. <https://euromedrights.org/fr/publication/le-pacte-europeen-sur-la-migration-et-lasile-ne-peut-pas-fonctionner/>
- European Asylum Support Office. (2018). *Le Régime d'Asile Européen Commun—Introduction à l'attention des juridictions*. [https://euaa.europa.eu/sites/default/files/easo-introduction-to-ceas-ja\\_fr.pdf](https://euaa.europa.eu/sites/default/files/easo-introduction-to-ceas-ja_fr.pdf)
- European Commission. (2024). *Migration and migrant population statistics*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics)
- EVAM. (2024). *EVAM, Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants*. <https://www.evam.ch/>
- Faurholdt, I. M., Halkjær, N., Boye, M. C., Meyrowitsch, D. W., Kann, C., Thomsen, C. E., Sørensen, L., Gadsbøll, K. M., Schmidt, M. C., Funge, J. K., & Norredam, M. (2023). Risk of stillbirth and preterm birth among undocumented pregnant migrant women in Denmark: A retrospective case-control study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 499-507. <https://doi.org/10.1177/14034948231151299>
- Fondation Carrefour-Rue & Coulou. (2024). *Le Point d'Eau*. Carrefour-Rue & Coulou. <https://carrefour-rue.ch/notre-action/lieux-accueil/>
- Fondation Point d'Eau. (s. d.). *Point d'Eau Lausanne*. <https://pointdeau-lausanne.ch/>
- Ghahremani, T., Magann, E. F., Phillips, A., Ray-Griffith, S. L., Coker, J. L., & Stowe, Z. N. (2022). Women's Mental Health Services and Pregnancy: A Review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 77(2), 122-129. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000994>
- Gieles, N. C., Tankink, J. B., van Midde, M., Düker, J., van der Lans, P., Wessels, C. M., Bloemenkamp, K. W. M., Bonsel, G., van den Akker, T., Goosen, S., Rijken, M. J., & Browne, J. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042>
- Goble, G., Formica, M., Lane, S. D., Sous, M., Stroup, C., Rubinstein, R. A., & Shaw, A. (2023). Refugee Births and the Migrant Health Effect in Syracuse NY. *Maternal and Child Health Journal*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03694-5>
- Guðmundsdóttir, E. Ý., Gottfreðsdóttir, H., Háldánsdóttir, B., Nieuwenhuijze, M., Gissler, M., & Einarsdóttir, K. (2021). Challenges in migrant women's maternity care in a high-income country: A population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(9), 1665-1677. <https://doi.org/10.1111/aogs.14186>
- Harzoune, M. (2022a). *Les migrations de femmes sont-elles différentes de celles des hommes ?* Musée de l'histoire de l'immigration. <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles-des-hommes>

- Harzoune, M. (2022b). *Quelle politique l'Europe mène-t-elle en matière d'immigration et d'asile ?* Musée de l'histoire de l'immigration. <https://www.histoire-immigration.fr/politique-et-immigration/quelle-politique-l-europe-mene-t-elle-en-matiere-d-immigration-et-d-asile>
- Hayes, I., Enohumah, K., & McCaul, C. (2011). Care of the migrant obstetric population. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20(4), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2011.06.008>
- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>
- HES-SO. (s. d.). *Descriptif filière Sage-femme*. <https://www.hes-so.ch/data/documents/Descriptif-filiere-Sage-femme-FR-5373.pdf>
- HUG. (2024a). *HUG - Hôpitaux universitaires de Genève*. <https://www.hug.ch/page-accueil>
- HUG. (2024b). *Santé sexuelle et planning familial à Genève aux HUG*. <https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial>
- HUG. (2024c). *UMSCOM du Service de médecine de premier recours à Genève aux HUG, ex CAMSCO*. <https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/umscom>
- Kangulu, I. B., Umba, E. K. N., Nzaji, M. K., & Kayamba, P. K. M. (2014). Facteurs de risque de faible poids de naissance en milieu semi-rural de Kamina, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 17, 220. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.220.2366>
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape : Sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 505-520. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.671961>
- King, L., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., & Zelkowitz, P. (2019). The healthy migrant effect and predictors of perinatal depression. *Women and Birth*, 32(3), e341-e350. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.017>
- Lamarque, D. (2019). 05. Les politiques migratoires en Europe : La gouvernance complexe de politiques régaliennes partagées et mondialisées. *Politiques & management public*, 4(4), 431-442. <https://doi.org/10.3166/pmp.36.2019.0019>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., Cousens, S., Flenady, V., Frøen, J. F., Kinney, M. V., ... Draper, E. S. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587-603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., & Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(10), e0186287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>
- Lequeux, V. (2023, mars 2). *Qu'est-ce que Frontex, l'Agence européenne de garde-frontières et de garde-côtes ?* Touteurope.eu. <https://www.touteurope.eu/institutions/qu-est-ce-que-l-agence-europeenne-de-garde-frontieres-et-de-garde-cotes-frontex/>

- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 304-306). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304>
- Liu, C., Ahlberg, M., Hjern, A., & Stephansson, O. (2019). Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17 : A register-based cohort study. *European Journal of Public Health*, 1048-1055. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120>
- Liu, C., Urquia, M., Cnattingius, S., & Hjern, A. (2014). Migration and preterm birth in war refugees : A Swedish cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 29(2), 141-143. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9877-9>
- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (= LAMal ; RS 832.10 ; état le 1er juillet 2024).
- Mahdjoub, S., Héron, M., Gomajee, R., Ducarroz, S., Melchior, M., & El-Khoury Lesueur, F. (2023). Evolution of smoking rates among immigrants in France in the context of comprehensive tobacco control measures, and a decrease in the overall prevalence. *BMC Public Health*, 23, 500. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15339-x>
- McClure, E. M., Silver, R. M., Kim, J., Ahmed, I., Kallapur, M., Ghanchi, N., Nagmoti, M. B., Dhaded, S., Aceituno, A., Tikmani, S. S., Saleem, S., Guruprasad, G., Goudar, S. S., & Goldenberg, R. L. (2022). Maternal infection and stillbirth : A review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(23), 4442-4450. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1852206>
- Médecine et Hygiène. (2016). *Policlinique médicale universitaire de Lausanne*. Planète Santé. <https://www.planetesante.ch/Partenaires/Policlinique-medicale-universitaire-de-Lausanne>
- Miller, L. S., Robinson, J. A., & Cibula, D. A. (2016). Healthy Immigrant Effect : Preterm Births Among Immigrants and Refugees in Syracuse, NY. *Maternal and Child Health Journal*, 20(2), 484-493. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1846-3>
- Montagnoli, C., & Wanner, P. (2023). Are pregnancy outcomes affected by the lack of legal status? A demographic study based on 850,288 live births in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05870-5>
- Morlok, M., Oswald, A., Meier, H., Efionayi-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D., Wanner, P., & B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung. (2015, décembre 12). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. [https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/internationales/illegale-migration/sans\\_papiers/ber-sanspapiers-2015-f.pdf](https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-sanspapiers-2015-f.pdf)
- Naaz, A., & Muneshwar, K. N. (2023). How Maternal Nutritional and Mental Health Affects Child Health During Pregnancy : A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.48763>
- Natarajan, A., Moslimani, M., & Lopez, M. H. (2020). Key facts about recent trends in global migration. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/short-reads/2022/12/16/key-facts-about-recent-trends-in-global-migration/>
- Nellums, L. B., Powis, J., Jones, L., Miller, A., Rustage, K., Russell, N., Friedland, J. S., & Hargreaves, S. (2021). "It's a life you're playing with" : A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Social Science & Medicine*, 270, 113610. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113610>

- OFD, O. fédéral de la douane et de la sécurité des frontières. (2024). *Migration irrégulière*. <https://www.bazg.admin.ch/bazg/fr/home/aktuell/medieninformationen/medienmitteilungen/irregulaere-migration-schweiz.html>
- Office québécois de la langue française. (2000). *Étude observationnelle*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8372187/etude-observationnelle>
- OFS. (2022). *Santé des nouveau-nés*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheits-neugeborene.html>
- OFS. (2024a, juin 22). *Naissances vivantes selon le canton et la catégorie de nationalité de la mère, de 1970 à 2023—1970-2023 | Tableau*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.32007388.html>
- OFS. (2023b, octobre). *Mortalité infantile et santé des nouveau-nés, en 2022*. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/28005917/master>
- OFSP. (2022). *Assurance-maladie : Prestations et tarifs*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>
- OFSP, & SEM. (2017). *Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-i/gesundheitsversorgung-asyl/konzept-bag-sem.pdf.download.pdf/konzept-bag-sem-de.pdf>
- OIM. (2019a). *Définition d'un « migrant » selon l'OIM*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/fr/definition-dun-migrant-selon-loim>
- OIM. (2019b). *World Migration Report 2020*. <https://www.iom.int/wmr/interactive>
- OIM. (2021). *World Migration Report 2022*. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
- OIM. (2023). *Évaluation des effets de la COVID-19 sur les flux migratoires mixtes : Traite des personnes, trafic illicite de migrants et risques connexes en matière de protection au Malawi, au Mozambique et au Zimbabwe*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/fr/node/186531>
- OIM. (2024a). *Termes clés de la migration*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- OIM. (2024b). *World Migration Report 2024*. <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/?lang=FR>
- OIM. (2024c, mai 7). *Le rapport sur l'état des migrations dans le monde 2024 révèle les dernières tendances et les défis mondiaux en matière de mobilité humaine*. <https://worldmigrationreport.iom.int/fr/news/le-rapport-sur-letat-des-migrations-dans-le-monde-2024-revele-les-dernieres-tendances-et-les-defis-mondiaux-en-matiere-de-mobilite-humaine>

- OMS. (2014, décembre 30). *Cibles mondiales de nutrition 2025: Note d'orientation sur l'insuffisance pondérale à la naissance*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=L'insuffisance%20pond%C3%A9rale%20%C3%A0%20la%20naissance%2C%20d%C3%A9finie%20par%20l',court%20et%20%C3%A0%20long%20terme.>
- OMS. (2016). *Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment*. <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (2020). *Nouveau-nés: Améliorer leur survie et leur bien-être*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- OMS. (2023a). *Mortalité maternelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2023b, mai 10). *Naissances prématurées*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. (2024a). *Malnutrition*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- OMS. (2024b). *Preterm and low birth weight infants*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/preterm-and-low-birth-weight>
- Organisations régionales Caritas. (2024). *Caritas*. Caritas. <https://caritas-regio.ch/fr/a-propos-de-caritas/geneve/portrait>
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants : Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- OSAR. (s.d.a). *La procédure d'asile*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/la-procedure-dasile>
- OSAR. (s.d.b). *Statut de séjour*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/statut-de-sejour>
- OSAR. (s.d.c). *Statut S*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/statut-de-sejour/statut-s>
- O'Sullivan, A. (2023). Undocumented migrants' access to healthcare in Sweden, and the impact of Act 2013:407. *Nursing Ethics*, 09697330231215947. <https://doi.org/10.1177/09697330231215947>
- Page, J. M., & Silver, R. M. (2020). Stillbirth. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 439-451. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.008>
- Panara, M. (2024, janvier 17). *Immigration : Les entrées irrégulières dans l'UE en hausse de 17%, d'après Frontex*. InfoMigrants. <https://www.infomigrants.net/fr/post/54575/immigration--les-entrees-irregulieres-dans-lue-en-hausse-de-17-dapres-frontex>
- Panmilar.ch. (2024). *Panmilar*. <https://panmilar.ch/>
- Parlement européen. (2024, juillet 3). *Lutte contre l'immigration irrégulière et gestion des frontières*.

- [https://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/expert/2017/7/story/20170627STO78419/20170627STO78419\\_fr.pdf](https://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/expert/2017/7/story/20170627STO78419/20170627STO78419_fr.pdf)
- Pérez-Urdiales, I. (2021). Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). *Global Health Action*, 14(1), 1896659. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1896659>
- Piguet, E., & Mahnig, H. (2000). *Quotas d'immigration: L'expérience Suisse*. [https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/shared/pub/o/o\\_03.pdf](https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/shared/pub/o/o_03.pdf)
- Pluriels. (s. d.). *Pluriels*. <https://pluriels.ch/>
- Portail sur les données migratoires. (2021, février 5). *Population de migrants internationaux*. Portail sur les données migratoires. <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/population-de-migrants-internationaux>
- Portail sur les données migratoires. (2023, mars 24). *Sexospécificités et migration*. Portail sur les données migratoires. <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/sexospecificites-et-migration>
- Pravia, C. I., & Benny, M. (2020). Long-term consequences of prematurity. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(12), 759-767. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19108>
- PROFA. (2022). Centres PROFA. *PROFA*. <https://www.profa.ch/centres/>
- Rebetez, B. (2023). *Les défis de la prise en charge des personnes migrantes*. ArcInfo. <https://www.arcinfo.ch/contenus-partenaires/les-defis-de-la-prise-en-charge-des-personnes-migrantes-1281328>
- Refle, J.-E., Burton-Jeangros, C., Jackson, Y., Consoli, L., & Fakhoury, J. (2024). *Sortir de la clandestinité. Les conséquences de la régularisation des travailleurs sans-papiers*. Épistémé. <https://doi.org/10.55430/8013VA01>
- République et canton de Genève. (2024). *Stratégie du canton*. ge.ch. <https://www.ge.ch/dossier/prendre-soin-sa-sante-geneve/politique-cantonale/strategie-du-canton>
- Ruedin, D., Efonayi-Mäder, D., Üllen, S., Bilger, V., & Hofmann, M. (2020, avril). *Corrélation entre migration, intégration et retour*. [https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes\\_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2075f\\_corr.pdf](https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2075f_corr.pdf)
- Ruhnke, S. A., Reynolds, M. M., Wilson, F. A., & Stimpson, J. P. (2022). A healthy migrant effect? Estimating health outcomes of the undocumented immigrant population in the United States using machine learning. *Social Science & Medicine*, 307, 115177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115177>
- Salmasi, L., & Pieroni, L. (2015). Immigration policy and birth weight: Positive externalities in Italian law. *Journal of Health Economics*, 43, 128-139. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.06.009>
- Sami, J., Quack Lötscher, K. C., Eperon, I., Gonik, L., Martinez de Tejada, B., Epiney, M., & Schmidt, N. C. (2019). Giving birth in Switzerland: A qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups. *Reproductive Health*, 16(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0771-0>

- Schellong, K., Schulz, S., Harder, T., & Plagemann, A. (2012). Birth Weight and Long-Term Overweight Risk : Systematic Review and a Meta-Analysis Including 643,902 Persons from 66 Studies and 26 Countries Globally. *PLoS ONE*, 7(10), e47776. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047776>
- Schoenborn, C., De Spiegelare, M., & Racape, J. (2021). Measuring the invisible : Perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9>
- SEM. (2012, décembre 7). *Message relatif à l'initiative populaire «Contre l'immigration de masse»*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2013/50/fr>
- SEM. (2020). *Papyrus*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/sans-papiers/papyrus.html>
- SEM. (2022, août 3). *Dublin*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/international-rueckkehr/kollab-eu-efta/dublin.html>
- SEM. (2024, mars 20). *L'entrée en Suisse ou dans l'espace Schengen*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/einreise/einreise-ch-schengen.html>
- Service de la santé publique du canton de Vaud. (2018). *Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022*. [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/accueil/fichiers\\_pdf/Rapport\\_sur\\_la\\_politique\\_de\\_sant%C3%A9\\_publique\\_du\\_canton\\_de\\_Vaud\\_2018-2022.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/accueil/fichiers_pdf/Rapport_sur_la_politique_de_sant%C3%A9_publique_du_canton_de_Vaud_2018-2022.pdf)
- Shrim, A., Ates, S., Mallozzi, A., Brown, R., Ponette, V., Levin, I., Shehata, F., & Almog, B. (2011). Is Young Maternal Age Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in a Canadian Tertiary Referral Hospital? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24(4), 218-222. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.02.008>
- Shuman, S., Pollitt, A. M., O'Brien, M., Ibrahim, J., & Gupta, J. (2022). Health Correlates of Intimate Partner Violence and Help-seeking Among Unauthorized Immigrant Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP15620-NP15648. <https://doi.org/10.1177/08862605211020981>
- SKOS CSIAS COSAS. (2022, mars 24). *Réfugiés d'Ukraine | Conférence suisse des institutions d'action sociale CSIAS*. SKOS CSIAS COSAS. <https://skos.ch/fr/themes/migration/refugies-ukraine>
- SOS Futures Mamans. (s. d.). *SOS Futures Mamans*. SOS Futures Mamans. <https://www.sosfuturesmamans.org/canton-de-geneve/centre-de-geneve>
- Steffen, G. (2017). *Sans papiers: LAMal et accès effectif aux soins*. <https://www.reiso.org/articles/themes/politiques/1780-sans-papiers-lamal-et-acces-effectif-aux-soins>
- Sturrock, S., Williams, E., & Greenough, A. (2021). Antenatal and perinatal outcomes of refugees in high income countries. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 80-93. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0389>
- Tasa, J., Holmberg, V., Sainio, S., Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2021). Maternal health care utilization and the obstetric outcomes of undocumented women in Finland –

- a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03642-7>
- Thomson, K., Moffat, M., Arisa, O., Jesurasa, A., Richmond, C., Odeniyi, A., Bambra, C., Rankin, J., Brown, H., Bishop, J., Wing, S., McNaughton, A., & Heslehurst, N. (2021). Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(3), e042753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042753>
- Torchin, H., Le Lous, M., & Houdouin, V. (2020). Tabagisme pendant la grossesse : Impact sur l'enfant, de la naissance à l'âge adulte — Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(7-8), 567-577. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.026>
- UNHCR. (2016). *La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés « est autant d'actualité aujourd'hui qu'elle l'était à l'époque »*. HCR. <https://www.unhcr.org/fr/actualites/stories/la-convention-de-1951-relative-au-statut-des-refugies-est-autant-dactualite>
- UNHCR. (2022, juin 16). *Les chiffres du déplacement forcé dans le monde atteignent un nouveau record et confirment une tendance à la hausse depuis une décennie, selon le HCR*. HCR. <https://www.unhcr.org/fr/actualites/news-releases/les-chiffres-du-deplacement-force-dans-le-monde-atteignent-un-nouveau>
- UNHCR. (2023). *Demandeurs d'asile*. UNHCR Suisse et Liechtenstein. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/en-bref/qui-nous-aidons/demandeurs-dasile>
- UNHCR. (2024). *Global Trends Report 2023*. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023>
- UNICEF. (2023a). *La nutrition maternelle*. <https://www.unicef.org/fr/nutrition/nutrition-maternelle>
- UNICEF. (2023b). *Never Forgotten: The situation of stillbirth around the globe*. <https://data.unicef.org/resources/never-forgotten-stillbirth-estimates-report/>
- UNIGE, & HES-SO. (2019). *Charte d'éthique et de déontologie des Hautes Ecoles universitaire et spécialisée de Genève*. [https://www.hes-so.ch/fileadmin/documents/HES-SO/Documents\\_HES-SO/pdf/actualites/charteethiquedeontologie\\_hesge-unige.pdf](https://www.hes-so.ch/fileadmin/documents/HES-SO/Documents_HES-SO/pdf/actualites/charteethiquedeontologie_hesge-unige.pdf)
- Unisanté. (2014). *Resami.ch, la plateforme des partenaires du REseau de Santé et Migration*. <https://www.resami.ch/accueil>
- Unisanté. (2024). *Soins aux migrants*. <https://www.unisante.ch/fr/propos-dunisante/mandats-prestation/soins-aux-migrants>
- uOttawa. (2024). *Revue systématique : Évaluer les résultats*. <https://uottawa.libguides.com/revuessystematiques/evaluer>
- Vos, A. A., Posthumus, A. G., Bonsel, G. J., Steegers, E. A. P., & Denktas, S. (2014). Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome : A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(8), 727-740. <https://doi.org/10.1111/aogs.12430>

- Wichmann, N., Hermann, M., D'Amato, G., Efonayi-Mäder, D., Fibbi, R., Menet, J., & Ruedin, D. (2011). *Les marges de manoeuvre au sein du fédéralisme. La politique de migration dans les cantons*. Commission fédérale pour les questions de migration CFM. <https://libra.unine.ch/server/api/core/bitstreams/cb5b7314-6ffc-4937-9345-3fb16bbb3278/content>
- Wilson, R. E., Alio, A. P., Kirby, R. S., & Salihu, H. M. (2008). Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(3), 231-236. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0557-4>
- Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union : A scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), 818-830. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061>
- Zhang, T., Wang, H., Wang, X., Yang, Y., Zhang, Y., Tang, Z., & Wang, L. (2020). The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy : A cross sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03022-7>
- Zlotnik, H. (2003, mars 1). *The Global Dimensions of Female Migration*. Migrationpolicy.Org. <https://www.migrationpolicy.org/article/global-dimensions-female-migration>

## Bibliographie

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Conseil fédéral. (2020). *Pour un examen global de la problématique des sans-papiers* (18.3381). [https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/internationales/illegale-migration/sans\\_papiers/ber-br-sans-papiers.pdf](https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-br-sans-papiers.pdf)
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., Van Den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & the ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Florian, S., Ichou, M., Panico, L., Pinel-Jacquemin, S., Vrijkotte, T. G. M., Ginkel, M. W. H., Huang, R.-C., Carson, J., Rodriguez, L. S. M., Subiza-Pérez, M., Vrijheid, M., Fernández-Barrés, S., Yang, T. C., Wright, J., Corpeleijn, E., Cardol, M., Isaevska, E., Moccia, C., Kooijman, M. N., ... Charles, M.-A. (2023). Differences in birth weight between immigrants' and natives' children in Europe and Australia: A LifeCycle comparative observational cohort study. *BMJ Open*, 13(3), e060932. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060932>
- Frei, L. S. (s. d.). Petit glossaire de bioéthique. Unige. [https://www.unige.ch/medecine/ieh2/application/files/7216/5088/0516/PETIT\\_GLOSSAIRE\\_DE\\_BIOETHIQUE.pdf](https://www.unige.ch/medecine/ieh2/application/files/7216/5088/0516/PETIT_GLOSSAIRE_DE_BIOETHIQUE.pdf)
- Huang, G., Guo, F., Cheng, Z., Liu, L., Zimmermann, K. F., Taksa, L., Tani, M., & Franklin, M. (2023). Nativity in the healthy migrant effect : Evidence from Australia. *SSM - Population Health*, 23, 101457. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101457>

- Ichou, M., & Wallace, M. (2019). The Healthy Immigrant Effect : The role of educational selectivity in the good health of migrants. *Demographic Research*, 40, 61-94. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2019.40.4>
- Juárez, S., Mussino, E., & Hjern, A. (2019). Being a refugee or having a refugee status ? Birthweight and gestational age outcomes among offspring of immigrant mothers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(7), 730-734. <https://doi.org/10.1177/1403494818777432>
- Keygnaert, I., Ivanova, O., Guieu, A., Van Parys, A.-S., Leye, E., & Roelens, K. (2016). What is the Evidence on the Reduction of Inequalities in Accessibility and Quality of Maternal Health Care Delivery for Migrants? A Review of the Existing Evidence in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390809/>
- Maheshwari, M. V., Khalid, N., Patel, P. D., Alghareeb, R., & Hussain, A. (2022). Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.25921>
- OFS. (2023). *Données relatives à l'âge de la population résidante permanente selon la catégorie de nationalité et le sexe, de 1999 à 2022*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/27225419>
- OSAR. (s.d.). *Politique migratoire européenne*. <https://www.osar.ch/themes/politique-migratoire/politique-migratoire-europeenne>
- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. R., & Fuhr, D. C. (2023). The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 8(3), e203-e216. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00342-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00342-5)
- Stevenson, K., Ogunlana, K., Alomari, M., Agoropopoola, R., Stevenson, F., Knight, M., & Aldridge, R. (2023). Lessons learned from co-production in public health research : The MAMAH case study involving underserved migrant mothers in the UK. *The Lancet*, 402, S87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02107-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02107-4)
- Teunissen, E., Van Bavel, E., Van Den Driessen Mareeuw, F., Macfarlane, A., Van Weel-Baumgarten, E., Van Den Muijsenbergh, M., & Van Weel, C. (2015). Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands : A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 82-90. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041830>
- Waller, D. (2022, mai). *Philosophie et éthique de la sage-femme* (Activités cliniques et soins de base 2). HES-SO.