

Faculté de santé publique

Comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier, en post-partum à Bruxelles ?

Une approche qualitative

Mémoire réalisé par
Clémence BERTOUILLE

Promoteur
Marie DAUVRIN

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier, en post-partum à Bruxelles ?

Une approche qualitative

Mémoire réalisé par
Clémence BERTOUILLE

Promoteur
Marie DAUVRIN

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens, avant tout, à remercier sincèrement Madame Dauvrin, ma promotrice de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité et ses nombreux conseils, toujours précieux.

Je souhaite également manifester toute ma gratitude à l'ensemble des professionnels sociaux et de santé bruxellois qui ont contribué à la réalisation de mon étude, avec générosité et expertise.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Abréviations

AMI : Assurance maladie invalidité

AMU : Aide médicale urgente

AS : Assistant social

CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CGRA : Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides

CPAS : Centre public d'action sociale

DIU : Dispositif intra-utérin

DMG : Dossier médical global

GYN : Gynécologue

INAMI : Institut national d'assurance maladie invalidité

KCE : Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MENA : Mineur étranger non-accompagné

ODD : Objectifs de développement durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONE : Office de la naissance et de l'enfance

ONG : Organisation non gouvernementale

PEP's : Partenaires enfants-parents

SF : Sage-femme

SPF SP : Service public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

SPP IS : Service public de programmation de l'Intégration Sociale, la Lutte contre la Pauvreté, l'Economie Sociale et la Politique des Grandes Villes

TMS : Travailleur médico-social

Table des matières

Introduction	3
I) Cadre théorique	5
1.1. Caractéristiques individuelles – post-partum	6
1.1.1. Définition	6
1.1.2. État des lieux	6
1.2. Comportement de santé – planification familiale.....	6
1.2.1. Définition	6
1.2.2. Bénéfices de santé	7
1.2.3. Droit fondamental	9
1.3. Réseau social	10
1.4. Conditions de vie et de travail	11
1.4.1. Éducation.....	11
1.4.2. Logement et accès à des installations sanitaires.....	12
1.4.3. Accès aux services de santé	13
1.5. Contexte culturel, politico-juridique et social	17
1.5.1. Contexte culturel	17
1.5.2. Contexte politique et juridique	18
1.5.3. Contexte social	20
II) Matériel et méthodes	22
2.1. Méthode de recueil des données.....	22
2.1.1. Cadre et période de l'étude.....	22
2.1.2. Instrument de collecte des données	22
2.1.3. Échantillonnage	24
2.1.4. Procédure de collecte des données	25
2.2. Méthode d'analyse des données	26
2.3. Posture de la recherche et considérations éthiques	26

III)	Résultats	27
3.1.	Échantillon effectif	27
3.2.	Barrières et leviers.....	29
3.2.1.	Contexte culturel, politico-juridique et social	29
3.2.2.	Conditions de vie et de travail.....	32
3.2.3.	Réseau social	43
3.2.4.	Comportement individuel de planification familiale en post-partum	44
3.2.5.	Synthèse	45
IV)	Discussion	47
4.1.	En post-partum, comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier à Bruxelles ?	47
4.1.1.	Accessibilité et équité des services	47
4.1.2.	Globalité et continuité des soins.....	54
4.1.3.	Effcience des parcours de soins	59
4.1.4.	Approche centrée sur la personne	62
4.2.	Limites de l'étude	67
4.3.	Implications de l'étude.....	69
4.3.1.	Implications pour la recherche	69
4.3.2.	Implications pour la pratique.....	69
	Conclusion.....	71
	Annexes	87

Introduction

Aujourd'hui, l'accueil des personnes migrantes se trouve au cœur des débats sociaux et politiques à l'échelle belge et européenne. Avec une augmentation globale des déplacements vers l'Europe, 27 742 personnes ont introduit une demande de protection internationale en Belgique au cours de l'année 2019 (CGRA, 2020). Parmi celles-ci, 36,9 % ont obtenu un permis de séjour à durée limitée (CGRA, 2020). À leurs côtés se trouvent des milliers d'immigrants en séjour irrégulier, sans autorisation de résidence sur le territoire. Bien qu'il soit par définition difficile à évaluer avec certitude, le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 85 000 et 160 000, soit entre 0,8 et 1,4% de l'ensemble des habitants du pays (Roberfroid et al., 2015). Les femmes et les jeunes filles représentent environ la moitié des personnes qui immigrent en Belgique, tous motifs migratoires et tous statuts juridiques confondus (CIRE, 2020).

En outre, en regard du combat continu pour l'égalité des genres, *« les droits sexuels commencent à s'imposer progressivement dans les consciences et dans les débats, et dans une moindre mesure dans les pratiques »* (Giami, 2015). La santé reproductive, planification familiale incluse, s'impose effectivement comme une priorité de santé et un droit fondamental qu'il est essentiel de reconnaître en tout temps et en tout lieu, dans une perspective vertueuse de développement individuel, communautaire et sociétal.

La demande de maîtrise sur l'espacement des naissances existe au moins autant dans les contextes de migration forcée que dans la population générale (Asgary et Price, 2018). Pourtant, en Belgique, *« des milliers de femmes, souvent sans-papiers, n'ont pas accès à la contraception »* (Médecins du Monde, 2018). L'enjeu fondamental de santé publique est donc de faire coïncider la demande, le besoin de prévention primaire ainsi que l'offre pour y répondre. Pour les mères sans titre de séjour en post-partum, les multiples bouleversements physiques, psychiques et sociaux de la période postnatale s'ajoutent à l'immense chamboulement des repères socio-économiques et culturels qu'induit la migration irrégulière.

Ainsi, dans le cadre de ma pratique clinique de sage-femme en région de Bruxelles-Capitale, j'ai rencontré de nombreuses mères sans-papiers dont les grossesses étaient non désirées et rapprochées, parfois la conséquence d'un viol. Chez ces femmes, sexuellement actives et en âge de procréer, l'absence d'une contraception satisfaisante mène à des situations de grande détresse sanitaire, émotionnelle et sociale. Ce constat est également partagé par les sages-

femmes de l'ASBL Aquarelle, rencontrées pour ancrer ce travail de recherche en réponse à un besoin ressenti et exprimé sur le terrain.

Il est dès lors apparu nécessaire de réfléchir à la question suivante : en post-partum, comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier à Bruxelles ?

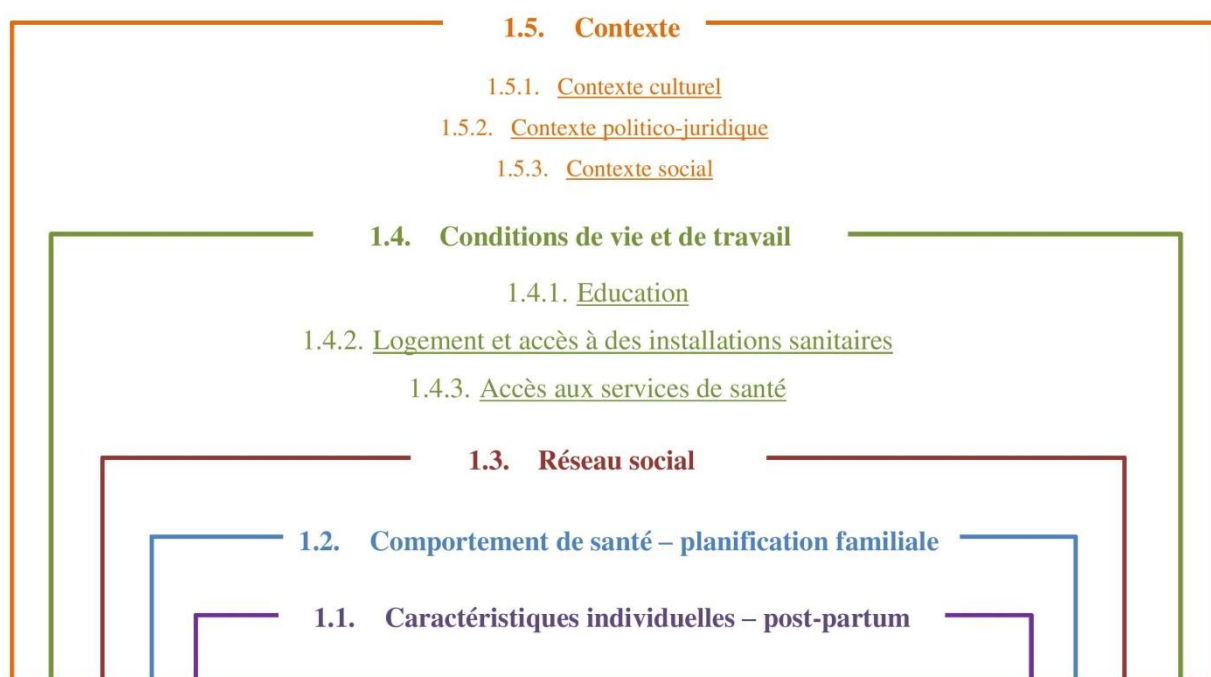
Pour ce faire, ce mémoire s'articule en quatre chapitres. Tandis que le premier étaye un cadre théorique sur base d'une revue de la littérature scientifique, le deuxième détaille la méthode de recherche exploitée dans ce travail. Après exposition des résultats de l'étude dans la troisième partie, des pistes d'action concrètes seront finalement discutées.

L'objectif de la présente étude est donc d'identifier les barrières et leviers qui influencent la satisfaction du besoin de planification familiale postnatale des mères migrantes en situation irrégulière. Elle vise également à explorer des pistes d'action concrètes pour accroître la capacité organisationnelle et systémique à faire correspondre l'offre et les besoins de promotion de la santé reproductive de cette population aux multiples vulnérabilités.

I) Cadre théorique

La planification familiale est un comportement issu d'un choix individuel, avec un impact sur l'état de santé¹ de la personne. Ainsi, la décision d'utiliser un moyen contraceptif s'inscrit dans un système plus large et dans une démarche de promotion de la santé. Comme l'illustre le cadre théorique de Dahlgren et Whitehead de 1991, elle résulte de l'interaction entre le contexte culturel, politico-juridique et social ; les conditions de vie et de travail ; le réseau social et communautaire ; les caractéristiques individuelles. Représenté dans la figure 1, l'ensemble de ces éléments constituent des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci agissent à différents niveaux dans la balance entre les risques et les ressources pour la santé. Ils peuvent être modulés par diverses stratégies d'action en santé publique, tout en étant fondamentalement interdépendants (Dahlgren et Whitehead, 2007). Considérer le comportement de planification familiale comme la résultante de l'interaction entre les multiples déterminants de la santé permet de l'appréhender de manière holistique, en termes d'équité ; pour, *in fine*, identifier les interventions optimales afin de le favoriser dans le cadre d'une situation irrégulière post-migration internationale.

Figure 1 – Modèle des déterminants sociaux de la santé, adapté de Dahlgren et Whitehead (2007)



¹ « État de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

1.1. Caractéristiques individuelles – post-partum

Les caractéristiques individuelles, non modifiables, sont constituées du sexe, de l'âge ainsi que des facteurs génétiques et héréditaires. Dans le cadre de la problématique de la planification familiale, l'étude porte sur la situation des femmes sans titre de séjour régulier et en âge de procréer, soit de 15 à 44 ans. Puisqu'elle se concentre sur la période postnatale, l'état de post-partum est donc également une caractéristique individuelle à prendre en compte.

1.1.1. Définition

Le « post-partum » définit la période suivant l'accouchement. Il est dit « immédiat » endéans les deux heures ; « proche » endéans la semaine ; « éloigné » endéans l'année suivant la naissance de l'enfant. La période postnatale est caractérisée par de multiples modifications physiologiques et psychoaffectives, qui rendent la mère d'autant plus vulnérable sur les plans physiques et psychologiques. Le post-partum est ponctué d'un retour de couche, toujours imprévisible. La réapparition des cycles menstruels, plus ou moins tardive en fonction de l'allaitement maternel ou artificiel du nourrisson, est précédée de l'ovulation. L'adoption d'une contraception est, donc, essentielle pour prévenir toute grossesse rapprochée, non planifiée ou non désirée.

1.1.2. État des lieux

En Belgique, la grande majorité des mères accouchent à l'hôpital. Lorsqu'elles donnent naissance à leur enfant par voie basse ou par césarienne, elles séjournent respectivement trois ou cinq jours en maternité. Le suivi post-partum est donc essentiellement réalisé à domicile, selon un modèle de soins périnataux qui tend de plus à plus à dépasser les murs de l'hôpital (Benhamed, 2014). La profession de sage-femme est, dès lors, revalorisée et redéfinie par l'augmentation de la demande en soins de première ligne. L'enjeu est de soutenir les parents dans leur nouveau rôle et de renforcer leurs ressources en santé – notamment par des interventions de planification familiale – en faveur du bien-être maternel, infantile et familial à long terme. Cet objectif se dessine de manière transversale pour toutes les familles, mais d'autant plus pour les familles les plus vulnérables (Benhamed, 2014).

1.2. Comportement de santé – planification familiale

1.2.1. Définition

Le concept de planification familiale couvre l'ensemble des méthodes permettant à la population d'anticiper les naissances et donc « *d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de*

déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infertilité » (OMS, 2019). Nous nous concentrons, ici, uniquement sur le comportement d'utilisation d'un contraceptif, « agent, dispositif, méthode ou procédure pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (OMS, 2019).

Dans la littérature, le besoin en planification familiale est dit insatisfait lorsque « *des femmes et des jeunes filles sexuellement actives souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais n'utilisent pas de moyen de contraception moderne*² » (IPPF European Network, 2012). Ainsi, un besoin satisfait apparaît principalement défini par l'utilisation d'un moyen de contraception moderne. Néanmoins, il nous semble judicieux, en regard de nos expériences cliniques et de nos lectures, de compléter cette définition comme suit : le besoin en planification familiale est satisfait pour les femmes et jeunes filles fertiles, sexuellement actives dans une relation hétérosexuelle, qui utilisent correctement un moyen contraceptif moderne, choisi de manière libre et éclairée et correspondant tant à leurs préférences qu'à leurs valeurs. Il s'agit donc d'un comportement de santé qui dépend des caractéristiques individuelles de la personne concernée, mais qui est aussi influencé par son réseau social ; ses conditions de vie et de travail ; son environnement culturel, politico-juridique et social.

1.2.2. Bénéfices de santé

L'utilisation d'une contraception est un comportement qui réduit les risques pour la santé de la femme, impactant sa communauté et la société dans laquelle elle évolue.

De fait, les effets bénéfiques de la planification familiale sur la santé individuelle sont manifestes, comme le montrent de multiples études réalisées lors de l'implémentation de tels programmes sanitaires dans les pays en voie de développement (Saiffudin et al., 2012 ; Sheehan et al., 2017 ; Canning et Schultz, 2012). En post-partum, la planification familiale permet l'espacement des naissances, résultat de différer la grossesse suivante pour avoir un intervalle planifié, choisi, souhaité et sain³ entre deux enfants. En prévenant les grossesses non désirées, elle contribue considérablement à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile (Saiffudin et al., 2012). Elle minimise les risques sanitaires de la grossesse en général, mais aussi les complications obstétricales, d'autant plus pour les

² La contraception moderne comprend : les contraceptifs oraux ou « pilule », l'implant, les contraceptifs injectables, le patch contraceptif, l'anneau contraceptif intravaginal, les dispositifs intra-utérins (DIU), les préservatifs masculins ou féminins, la stérilisation masculine par vasectomie, la stérilisation féminine par ligature des trompes utérines, la contraception d'urgence ou « pilule du lendemain ».

³ L'OMS (2006) recommande un intervalle accouchement-à-grossesse de 24 mois.

adolescentes dont le pelvis est toujours en développement et pour les mères de plus de 40 ans ou grandes multipares, à risque accru d'hypertension artérielle et d'hémorragie de la délivrance. La contraception permet également d'éviter des interruptions volontaires de grossesses clandestines, éventuellement illégales⁴ ou dans des conditions à risque, sujettes à d'importantes complications physiques et psychologiques (Saiffudin et al., 2012).

A long terme, un besoin satisfait en planification familiale est associé à un meilleur indice de masse corporelle et une plus longue espérance de vie chez les femmes (Canning et Schultz ; 2012). En meilleure santé et avec une plus petite charge de travail pour le soin des enfants, les mères qui bénéficient d'une contraception moderne ont davantage l'opportunité d'acquérir des compétences professionnelles, d'avoir un emploi rémunéré et, *in fine*, un statut socio-économique plus élevé (Canning et Schultz ; 2012). Cette observation est d'autant plus importante durant l'adolescence (Sheehan et al., 2017), lorsque la grossesse peut mettre en péril le parcours scolaire. En parallèle, l'accès à une contraception satisfaisante participe à l'*empowerment* des femmes en leur donnant « *d'avantage de maîtrise sur leur propre santé et d'avantage de moyens de l'améliorer* » (OMS Europe, 1986). Leur pouvoir d'action individuel découle de leur capacité à décider et à agir pour leur bien-être, sexuel et holistique, et celui de leur famille (OMS, 1998). Il s'agit d'une ressource essentielle pour la santé.

Pour les familles ayant un niveau socio-économique peu élevé, un faible taux de fécondité est, en outre, associé à une augmentation des ressources disponibles par enfant. Le développement physiologique et cognitif des enfants en est impacté avec, notamment, de meilleures nutrition et scolarité (Canning et Schultz, 2012).

Ces observations micro ont des répercussions aux niveaux communautaire et populationnel, où l'efficience des interventions de la planification familiale se dessine clairement. A l'international, les bénéfices de la provision de moyens contraceptifs sont plus importants que les coûts qui en sont engendrés (Guttmacher Institute, 2017).

Sur le plan méso, la productivité des femmes et, plus tard, de leurs enfants participe à la croissance économique de la communauté avec l'arrêt potentiel d'une transmission intergénérationnelle de la pauvreté (Canning et Schultz, 2012). La famille peut alors tendre à de meilleures conditions de vie et de travail et donc à moins d'inégalités sociales de santé.

⁴ En Belgique, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée par la loi «*avant la fin de la douzième semaine de conception* », soit jusqu'à 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée (Moniteur belge, 2018)

Au niveau macro, répondre aux besoins de planification familiale de la population a un rapport coût/qualité optimal. Augmenter sa productivité permet de développer le marché du travail (Onarheim, Iversen et Bloom, 2016), tout en limitant les coûts des soins de santé requis par la prise en charge de la morbidité individuelle et communautaire.

Ces outcomes, *evidence-based*, ont fait de la planification familiale une partie intégrante des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et, plus récemment, des dix-sept Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies. Entrée en vigueur en janvier 2016, cette dernière déclaration s'adresse à l'ensemble des pays membres, qu'ils soient développés – comme la Belgique - ou en voie de développement. Elle mentionne explicitement la nécessité d'un accès universel à la planification familiale pour « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* », à l'horizon 2030. L'accès à la contraception intervient également, de manière plus implicite, dans la lutte pour « *l'égalité des sexes et l'autonomie de toutes les femmes et les filles* » (Nations Unies, 2015).

1.2.3. Droit fondamental

Au cours des dernières décennies, la planification familiale s'est inscrite dans une perspective de promotion de la santé génésique, mais également dans un mouvement socio-politique et idéologique pour le respect des droits sexuels et reproductifs. Dans les années 1950, les programmes de planification familiale sont des outils de contrôle de la croissance de la population et relèvent du domaine des démographes. Au nom de la théorie Malthusienne⁵, les gouvernements décident de mesures coercitives pour restreindre le nombre de naissances par femme. En 1968, la régulation de la fécondité est, pour la première fois, explicitement liée aux Droits de l'Homme lors de la conférence des Nations Unies à Téhéran (Giami, 2015). Le « *droit de déterminer le nombre et l'espacement des enfants de manière libre et responsable, de recevoir l'information, l'éducation et les moyens pour ce faire* » et l'interdiction pour les Etats d'adopter des politiques oppressantes ou discriminatoires résultent des Conférences Mondiales sur la Population à Bucarest en 1974 et à Mexico en 1984 (Berro Pizzarossa, 2018). En 1993, la Conférence de Vienne souligne le caractère interdépendant et indissociable des Droits de l'Homme, à savoir que le droit au niveau de santé le plus élevé ne peut, par exemple, être défendu sans protéger le droit à l'éducation et à l'information. Finalement, en 1994 au Caire, le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le

⁵ Selon Thomas Malthus (1766-1834), la propension de la population à se multiplier dépasse l'aptitude de la terre à produire des moyens de subsistances nécessaires. Il se positionne, ainsi, en faveur d'un contrôle de la croissance de la population et encourage la chasteté jusqu'au mariage tardif (Malthus, 1852).

Développement définit la notion de santé reproductive. Il aborde la planification familiale comme une approche intégrée des services de santé, centrée sur les femmes (Berro Pizzarossa, 2018). Cette conception a fondé de nombreuses initiatives nationales et internationales au cours de ces vingt-cinq dernières années, tous les Etats ayant ratifié au moins l'un des traités fondamentaux des Droits de l'Homme (Nations Unies, 2019), Belgique comprise.

En pratique, il en ressort que chaque Etat est dans l'obligation d'assurer des services de promotion de la santé reproductive et de planification familiale en harmonie avec les Droits de l'Homme, tels que le droit à l'égalité et à la non-discrimination, à la santé, à l'éducation, à l'information et à la liberté d'expression, à l'intimité, à la vie (Nations Unies, 1948).

1.3. Réseau social

Le comportement de planification familiale d'une femme est influencé par son réseau social. Les normes qui y sont établies, en lien avec le contexte culturel, peuvent constituer tant des barrières que des leviers pour l'adoption d'un moyen contraceptif. La littérature souligne la présence de deux mécanismes explicatifs de cette association : l'influence sociale et l'apprentissage social. D'une part, l'influence sociale permet la dispersion rapide d'une nouvelle idée ou d'un nouveau comportement au sein d'un réseau, généralement dense, proche et homogène. Le groupe exerce une pression plus ou moins consciente sur ses membres, par le partage de conseils et par les frontières qu'il crée autour de lui, facilitant ou empêchant l'accès à de nouvelles ressources extérieures (Lowe et Moore, 2014). D'autre part, l'apprentissage social s'opère lorsqu'un membre du réseau change de comportement en regard de l'expérience d'un tiers, éventuellement par mimétisme. L'hétérogénéité du réseau apparaît alors comme un atout pour la transmission d'informations nouvelles, qu'elles soient fondées ou erronées (Lowe et Moore, 2014). Le réseau social a d'autant plus d'impact sur les comportements de la jeune mère en post-partum, vulnérable physiquement et psychiquement.

Aujourd'hui, les réseaux sociaux des hommes et des femmes ont tendance à se multiplier en raison de leurs diverses origines : familiales, professionnelles, de loisir ou encore de quartier. Dans le cadre d'une migration, cette évolution est également présente. Cependant, deux principaux réseaux sociaux se dessinent, l'un dans la communauté d'origine et l'autre étant dans le pays de destination. Ainsi, un grand dynamisme spatio-temporel caractérise le réseau d'une personne déplacée, modifié par ses expériences sociales et sa mobilité géographique (Ryan, 2011). Le capital social qui en ressort peut, dès lors, être difficile à appréhender et à évaluer.

Au sein de ce réseau, notons que le partenaire semble être le nœud le plus influant, dans le cas d'une migration en couple ou en famille. Le soutien du mari est associé à une attitude positive de la femme concernant l'utilisation d'une contraception (Dikmen, Cankaya et Yilmaz, 2018).

1.4. Conditions de vie et de travail

La migration, quels qu'en soient les motifs, définit nécessairement les conditions de vie de la personne, de son départ à son arrivée en passant par l'ensemble de ses étapes de transit.

En Belgique, une personne sans titre de séjour a accès à un nombre très limité de droits : aller à l'école pour les mineurs ; avoir un salaire décent, de bonnes conditions de sécurité et une compensation en cas d'accident dans le cadre d'un travail clandestin ; introduire des recours en justice avec une éventuelle aide juridique *pro deo* ; séjourner dans un centre d'accueil pendant trente jours pour les familles avec un mineur ; se marier. Elle n'a accès à aucun autre droit, ce qui impacte inévitablement ses conditions de vie.

1.4.1. Éducation

Le niveau de scolarité d'une personne influence ses comportements de santé sexuelle et reproductive en plusieurs dimensions. L'étude belge et néerlandaise de Kneygaert et al. (2014) met en évidence que les migrants ayant un faible niveau de scolarité nuancent peu leur définition de la santé sexuelle ; accordent une grande importance à ses déterminants individuels et interpersonnels ; considèrent leur famille et leurs amis ainsi que la télévision comme les principales sources d'informations sur la sexualité. *A contrario*, les personnes avec un haut niveau d'éducation valorisent davantage la satisfaction, l'absence de risques, l'accès aux soins et à l'information dans leur définition de la santé sexuelle ; se rendent compte du rôle des déterminants organisationnels et sociétaux ; préfèrent se renseigner auprès de professionnels de santé (Keygnaert et al., 2014).

Il existe, ainsi, une corrélation entre le niveau d'éducation et les comportements de santé. Ce lien est notamment expliqué par des médiateurs modulables tels que la littératie en santé (Vancorenland et al., 2014). Il s'agit de la « *motivation et capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser les informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes de soins, de prévention des maladies et de promotion de la santé* » (Sorensen et al., 2012). Le niveau d'éducation influence donc la littératie en santé, entre autres par l'aptitude de l'individu à lire et à écrire. La littératie impacte, à son tour, l'adoption d'un comportement de

santé en déterminant l'accessibilité et l'efficacité des soins, la probabilité d'être correctement informé et sensibilisé à la santé, le stress lié à la navigation dans le système socio-sanitaire, le sentiment d'auto-efficacité (Vancorenland et al., 2014).

Dans les pays en voie de développement, le rapport entre les niveaux d'éducation et de santé féminine est aussi démontré par une augmentation de *l'empowerment* lors de la mise en œuvre de la gratuité de l'école primaire. La scolarisation des enfants a un impact positif sur l'utilisation de contraceptifs modernes, en favorisant la capacité des femmes à formuler leurs besoins et à prendre des décisions au sein de leur couple et de leur famille, pour leur santé et celle de leurs enfants (Bose et Heymann, 2019).

1.4.2. Logement et accès à des installations sanitaires

L'accès au logement est un déterminant de la santé et un droit fondamental reconnu tant par la Déclaration universelle des droits de l'homme (Nations Unies, 1948) que par la Constitution belge. Cependant, pour des raisons administratives et financières, il est particulièrement difficile, voire impossible, pour les migrants de faire valoir ce droit sans titre de séjour. De fait, dans la grande majorité des cas, les propriétaires exigent un titre de séjour valable pour la signature d'un bail. Ils demandent également des preuves de solvabilité au candidat locataire. Or, les personnes en situation irrégulière ont souvent des revenus non déclarés et difficiles à objectiver, puisqu'ils n'ont pas le droit d'avoir un contrat de travail légal. Enfin, le paiement de la garantie locative est aussi un obstacle de taille (Devillé, 2018).

Les personnes en séjour irrégulier vivent, dès lors, dans des conditions très précaires. Ils dorment dans des logements collectifs organisés par des initiatives associatives ou citoyennes ou sont sans-abris (Devillé, 2018) avec, dans les deux cas, d'importantes répercussions sur leurs comportements de santé.

Ainsi, les logements collectifs jouent un rôle fédérateur, permettant de créer et d'entretenir des réseaux sociaux. Ceci dit, par manque de vie privée et donc d'opportunités de relations intimes, la santé sexuelle et la planification familiale ne font pas l'objet des préoccupations individuelles (Keygnaert et al., 2014). De plus, le fait de dépendre de tiers pour répondre à ses besoins fondamentaux, caractéristique essentielle de la condition de migrant en séjour irrégulier, réduit l'autonomie et l'estime de soi. On observe alors un déplacement du lieu de contrôle de la santé. Un *locus* interne avant le parcours migratoire, défini par un sentiment de responsabilité personnelle dans la réalisation et le maintien de sa santé sexuelle, entre autres

par l'utilisation d'un contraceptif, devient passif externe avec une altération de cette attitude proactive envers les comportements positifs de santé (Keygnaert et al., 2014).

Pour les personnes en situation de sans-abrisme, les besoins fondamentaux tels que se nourrir et se loger constituent la priorité (Larchanché, 2012). Assurer leur sécurité représente également un enjeu primaire, surtout pour les femmes, exposées aux violences de tous types, notamment sexuelles. En post-partum, les mères font physiologiquement primer les soins et la sécurité de leur bébé avant leur propre équilibre⁶. La faible estime de soi, l'anxiété et les sentiments de peur sont alors omniprésents, avec des attitudes de méfiance qui freinent l'accès aux services d'aide et de soins. Le fait de ne pas avoir de logement favorise aussi l'isolement, réduisant le capital et le support social ainsi que l'accès aux moyens de communication. Ces conditions de vie accentuent l'impossibilité et le non-droit à participer à aux activités collectives du pays d'accueil (Keygnaert et al., 2014), réduisant leur capacité à accéder aux services de santé, surtout préventifs. La prise en charge des personnes sans-abri et en situation irrégulière se limite généralement aux soins curatifs d'urgence (Larchanché, 2012).

1.4.3. Accès aux services de santé

En Belgique, plusieurs professionnels de la santé, conventionnés ou non à l'INAMI, gravitent autour de la problématique de la planification familiale en post-partum. Il s'agit de sages-femmes, de gynécologues, de médecins généralistes, de travailleurs médico-sociaux ; travaillant dans diverses organisations telles que les hôpitaux, les plannings familiaux, l'ONE, les maisons médicales, les cabinets indépendants en solo ou en équipe, les organisations non gouvernementales et les initiatives citoyennes. Leur lien interprofessionnel et interorganisationnel varie largement sur un continuum allant des pratiques parallèles à la fusion. Ces services de santé peuvent être disponibles, mais ne sont pas pour autant accessibles. En effet, de multiples barrières existent sur le chemin d'une personne en séjour irrégulier vers des soins de santé de qualité, notamment pour la planification familiale.

Au niveau macro, les dimensions législatives, financières et administratives de l'accès aux soins posent véritablement problème. Ses modalités diffèrent selon le statut juridique de la

⁶ En post-partum, la mère se trouve dans un état psychologique particulier : la préoccupation maternelle primaire. Elle est définie par Daniel Winnicott comme une disponibilité et une attention totale de la maman pour son nouveau-né, par hypersensibilité à ses besoins. Notons que ce processus physiologique, qui permet l'attachement mère-enfant et la création d'un environnement optimal pour l'adaptation extra-utérine du nouveau-né, requiert que la mère se sente en sécurité et en confiance, soutenue dans son rôle parental. De sa perturbation, peuvent résulter des comportements de négligence envers l'enfant (Winnicott, 1989).

personne, en lien avec le fait que la Belgique soit son pays d'arrivée, de destination ou une étape de transit. Tandis qu'un bénéficiaire de protection internationale est couvert par l'assurance maladie invalidité obligatoire belge et affilié à une mutualité, l'aide matérielle et médicale des demandeurs de protection internationale est délivrée par Fedasil (Dauvrin et al., 2019). Les migrants en séjour irrégulier peuvent, quant à eux, bénéficier de l'aide médicale urgente (AMU)⁷.

Les modalités d'octroi de l'AMU sont prévues dans l'arrêté royal du 12 décembre 1996. Ainsi, l'aide concerne le remboursement de frais liés à des soins médicaux préventifs ou curatifs, ambulatoires ou hospitaliers. Elle est financée par l'Etat belge, représenté par le SPP Intégration sociale (SPP IS), via les CPAS pour les soins de première ligne et par la CAAMI pour les soins hospitaliers. Conformément à la loi, la personne en séjour irrégulier doit remplir trois conditions pour se voir accorder un réquisitoire d'AMU : résider « *habituellement* » sur le territoire de la commune concernée⁸, ne pas être en mesure de payer ses frais de santé par elle-même ou avec l'aide de son entourage, avoir un certificat médical attestant d'un besoin de soins médicaux urgents. Il revient alors au CPAS de prendre la décision d'accord ou de refus de l'AMU et de définir la durée de la couverture accordée ainsi que son étendue (Roberfroid et al., 2015). Celle-ci peut être globale ou limitée à certains soins. Le SPP IS rembourse les soins et les médicaments repris dans la nomenclature INAMI. En ce qui concerne les traitements contraceptifs, ils font partie de la catégorie de médicaments D sur prescription, à savoir qu'ils ne sont pas remboursables par l'INAMI au-delà de l'âge de 25 ans. Inclus dans la liste « plus », il relève du rôle de chaque CPAS d'accepter ou de refuser son remboursement dans le cadre de l'AMU. L'ensemble de ces décisions ne sont pas réalisées sur des critères transparents (Roberfroid et al., 2015), tandis que le coût constitue la première barrière à l'accessibilité des soins de santé maternelle, sexuelle et reproductive.

Sur le terrain, le taux de couverture de l'AMU reste faible, bien loin des 98,8% de l'assurance maladie invalidité obligatoire (AMI) (INAMI, 2017 ; Service public fédéral intérieur, 2018). Un rapport du KCE (2015), publié dans la lignée du livre vert de l'INAMI en 2014 sur l'accès aux soins en Belgique, met en lumière les points faibles de l'organisation actuelle du système.

⁷ La vigilance est de mise pour ne pas la confondre avec son homonyme, l'aide médicale urgente définie comme la « *dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié par lequel sont assurés les secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adéquat* » (loi du 8 juillet 1964).

⁸ « *Contrairement au séjour accidentel ou intentionnel* », selon la circulaire du 9 juillet 2002 sur la détermination des compétences pour l'aide médicale urgente fournie aux étrangers en séjour illégal dans le Royaume.

Il déplore la variabilité des enquêtes sociales sur l'indigence et de la couverture accordée, le poids de la charge administrative et complexité des procédures, la confusion autour du terme « AMU », la liberté limitée de choix du prestataire de soins, la communication difficile entre les parties prenantes, le monitoring difficile des pratiques de soins et des coûts (Roberfroid et al., 2015). L'ensemble de ces failles ont un impact sur la charge de travail des CPAS, sur la marge d'action des prestataires de soins, mais aussi et surtout sur la capacité des personnes en séjour irrégulier à accéder aux soins. Le droit à la santé sexuelle, ne se limitant pas à l'absence de maladie, semble ainsi être déterminé par leur statut légal (Keygnaert et al., 2014).

Le niveau méso est caractérisé par d'importants défauts dans l'organisation des services. Le manque de collaboration entre les différents professionnels de terrain, couplé aux carences de la première ligne de soins en Belgique, crée un réel dédale dans lequel les bénéficiaires se perdent. Cette fragmentation structurelle et fonctionnelle mène à des *gaps* et à des superpositions de services, au détriment de la globalité, de l'efficacité et donc de la qualité des soins (Chiarenza et al., 2019).

Au niveau micro, les barrières linguistiques et culturelles sont largement documentées dans la littérature, notamment pour les unités de santé reproductive et sexuelle. L'absence de services professionnels d'interprétariat⁹ altère la communication et la compréhension entre la personne étrangère et le soignant ou le travailleur social. Il est donc plus difficile d'appréhender les émotions du patient et d'identifier ses besoins (Dauvrin et Lorant, 2014), dimension pourtant centrale de tout accompagnement. Les consultations sont, alors, moins nombreuses et plus longues, avec un impact sur la satisfaction (Kluge et al., 2012) et le bien-être du bénéficiaire (Piacentini et al., 2019).

Au-delà des problèmes linguistiques, les compétences culturelles des prestataires constituent un déterminant important de l'équité et de la qualité des soins pour tous, y compris pour les personnes en séjour irrégulier. S'adapter aux représentations sociales du patient dans le respect de ses valeurs et de ses croyances est essentiel dans tout contexte de soins, mais d'autant plus auprès de femmes, lors de consultations à domicile¹⁰, dans le cadre de la santé

⁹ En Belgique, comme dans d'autres pays européens, quatre structures de soins de santé primaire sur cinq n'utilisent pas de service professionnel d'interprétariat, qu'ils soient en *face-to-face*, par téléphone ou par l'intermédiaire de membres du personnel bilingues et médiateurs. Ce constat apparaît surtout dans les pays où les structures de soins bénéficient de peu de financement par subsides à cet égard (Kluge et al., 2012).

¹⁰ Lors d'une visite à domicile, le colloque singulier patient-soignant est souvent bouleversé par la présence d'autres personnes (le mari, les enfants aînés,...) et donc par des conversations multidirectionnelles, éventuellement en plusieurs langues. De plus, le professionnel se trouve en position « d'invité » dans un espace

maternelle et de la promotion de la santé. L'enjeu y est *l'empowerment* de la bénéficiaire des soins, par une approche holistique centrée sur le patient, bien au-delà de ses dimensions physio-pathologiques (Piacentini et al., 2019). Or, il s'avère, en Belgique, que « *certaines assistants sociaux et prestataires de soins [soient] peu sensibilisés à l'importance de l'interculturalité* ». Le témoignage de personnes sans titre de séjour montre, d'ailleurs, un manque d'empathie et de respect de la vie privée, voire une réticence des soignants à les prendre en charge (Dauvrin, Gysen et Lorant, 2016). De fait, les professionnels de santé ne se considèrent que partiellement responsables de l'adaptation culturelle. Tandis qu'ils acceptent de s'adapter pour dépasser la barrière linguistique afin de faciliter le diagnostic et le traitement, ils nient leur rôle dans la négociation des valeurs culturelles et des croyances sur la santé (Dauvrin et Lorant, 2014). La prédominance du modèle biomédical avec un libre choix du prestataire, la législation sur les droits du patient et les programmes de formation des prestataires de soins sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce constat, influencé par le lieu d'exercice des interrogés (Dauvrin et Lorant, 2014).

En parallèle, les soignants belges manquent de connaissances sur les législations et les démarches administratives inhérentes à l'accès aux soins pour les migrants, ce qui y constitue un frein, entre autres dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle (Chiarenza et al., 2019). De plus, les professionnels de santé n'ont généralement aucune information sur le passé médical du patient, ce qui réduit la possibilité d'une prise en charge de qualité. L'absence de dossier partagé entre les différentes organisations au sein d'un même Etat mais aussi entre les différents pays du trajet migratoire altère effectivement la continuité des soins (Chiarenza et al., 2019).

Dans le champ des personnes en séjour irrégulier, nous observons de véritables carences dans la connaissance des droits et des services de santé disponibles. L'accès à ceux-ci est, entre autres, restreint par la peur d'être dénoncé aux autorités publiques. Les migrants manquent aussi d'informations sur le fonctionnement du système belge d'aide socio-sanitaire pour y naviguer de manière optimale. Le pouvoir discrétionnaire du personnel social et médical est également ressenti par les patients en séjour irrégulier, augmentant l'incertitude et l'anxiété liées à la démarche d'accès aux soins (Dauvrin, Gysen et Lorant, 2016).

qui lui est inconnu, ce qui modifie la répartition traditionnelle du pouvoir au sein de la relation soignant-soigné. Il s'agit, finalement, de s'adapter à l'aménagement physique de la maison et d'appréhender adéquatement les notions de frontières, d'hospitalité et d'intimité. La créativité et l'empathie sont indispensables pour établir une communication interculturelle satisfaisante (Piacentini et al., 2019).

L'ensemble de ces barrières macro, méso et micro ont pour conséquence de retarder, voire d'empêcher le recours aux services de santé chez les migrants en séjour irrégulier, pour les activités curatives mais aussi et surtout pour les soins préventifs (Rosano et al., 2017).

1.5. Contexte culturel, politico-juridique et social

1.5.1. Contexte culturel

Tout au long de leur parcours, les personnes migrantes sont mises au défi de concilier leur culture d'origine et l'ensemble des réalités de terrain du pays d'arrivée (Davidson et al., 2016). Le domaine de la planification familiale n'y fait pas exception. En offrant aux individus un cadre cohérent pour interpréter leurs expériences de vie, les normes culturelles influencent de manière significative les comportements de santé sexuelle et reproductive (Keygnaert et al., 2014). Ainsi, les traditions définissent avant tout les représentations sociales liées à la procréation, la valeur accordée à la fertilité d'un couple, le rôle plus ou moins utilitaire des enfants dans la communauté. Cela fait varier la taille idéale d'une famille et donc l'intérêt d'utiliser un moyen contraceptif (Davidson et al., 2016). Ensuite, le niveau de reconnaissance des droits de la femme dans la société détermine son pouvoir de décision en matière de planification familiale. Les mythes et croyances concernant le corps féminin, des menstruations et de la maturité sexuelle sont également propres à chaque groupe ethnique. Ils peuvent définir des tabous autour de la santé sexuelle, mais aussi d'importantes méconnaissances sur les modes d'action et les effets secondaires des différents contraceptifs modernes (Davidson et al., 2016).

Apparaissant en filigrane pour l'ensemble de ces observations, la confession religieuse forge significativement l'identité culturelle et, donc, les schémas d'accès aux soins et d'utilisation de la contraception, au-delà des frontières régionales ou nationales (Geist et Cole, 2019). Ceci dit, l'hétérogénéité des interprétations du discours religieux au sein d'un même culte empêche d'établir des liens formels entre les textes fondateurs et les comportements de santé (Davidson et al., 2016).

Ainsi se dessine tout l'enjeu du contexte socio-culturel : il délimite l'acceptabilité des différentes méthodes de contraception modernes, critère essentiel pour rencontrer le besoin de planification familiale. Les conceptions culturelles relatives à celle-ci et à l'espacement des naissances ne sont pas figées et peuvent être modulées par des interventions de promotion de

la santé, pour autant qu'elles soient éthiquement satisfaisantes et culturellement compétentes (Davidson et al., 2016).

1.5.2. Contexte politique et juridique

En Belgique, les questions d'immigration et de santé sont posées à différents niveaux politiques. Sur le plan international, elles sont, avant tout, régies par la Déclaration Universelle des Droits de l'homme (1948) et les divers traités qui en découlent, ratifiés par la Belgique. Dans le contexte de l'Union Européenne, la politique d'immigration constitue une compétence partagée, en vertu du Traité de Lisbonne (2009). Le pouvoir législatif en la matière appartient, dès lors, tant à l'Union Européenne qu'aux gouvernements des vingt-huit États membres. En ce qui concerne la protection et l'amélioration de la santé humaine, l'Union Européenne possède une compétence de coordination, à savoir que son rôle se limite à l'appui – sans harmonisation - de l'action des États membres dans la poursuite d'un objectif commun. Ainsi, la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (2009) stipule que *« toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. »*

En plus de déployer des outils juridiques à valeur plus ou moins contraignante, l'Union Européenne exerce cette compétence par l'intégration de la santé dans les autres politiques¹¹ et par l'établissement de plans d'action pluriannuels. Une résolution du Parlement Européen (2013) reconnaît et promeut le droit à la santé sexuelle et génésique pour tous, sans discrimination liée au statut migratoire¹². Cependant, cette recommandation n'a, jusqu'à présent, été intégrée dans aucune juridiction contraignante ; ni dans le domaine de l'immigration, ni en santé publique. De plus, l'agenda de la Commission Européenne sur la migration ne propose aucune mesure pour répondre aux besoins de santé des populations arrivées dans l'Union. Ses priorités se concentrent davantage sur la protection de ses frontières, notamment par une gestion de la migration dans les pays frontaliers tels que la Turquie. En ce qui concerne le programme d'action de la DG Santé (2014-2020), il comporte

¹¹ Notons que cet instrument fait écho au premier axe de la Charte d'Ottawa, *« élaborer des politiques pour la santé »*, et constitue donc un pilier d'action en promotion de la santé.

¹² Le parlement européen *« prie instamment les États membres et les pays candidats, au vu des retombées de la crise financière et économique sur le secteur de la santé publique, de fournir, gratuitement ou à un coût abordable, des informations et des services contraceptifs et autres services liés à la santé sexuelle et génésique qui soient adaptés (...) pour tous les segments de la population, y compris (...) les minorités ethniques, les migrants (...) »*

cinq projets concernant la santé des migrants. Le fait qu'ils soient « *tous concentrés sur des solutions à court-terme* » répond à une culture perceptible de la crise, de l'urgence et de la peur en matière d'immigration, au niveau européen (Ingleby, 2019).

En parallèle, de récentes initiatives internationales témoignent d'un engagement politique pour une approche globale et multidimensionnelle de la migration, y compris dans le domaine sanitaire. Nous notons, par exemple, la publication de cadre d'action de promotion de la santé par l'OMS, l'intégration transversale de la thématique dans les Objectifs de développement durable, la signature de la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants et puis du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières par les États membres des Nations Unies. Ces événements constituent des opportunités d'inscrire la santé des migrants, notamment sexuelle et reproductive, à l'agenda politique mondial (Ingleby, 2019).

Comme souligné par la juridiction européenne, les décisions nationales sont décisives en matière d'immigration. Or, en Belgique, le paysage politique est marqué par une véritable polarisation des opinions. Tandis que les partis nationalistes d'extrême droite connaissent un franc succès en Flandres, le parti socialiste de gauche reste majoritaire en Wallonie. Le pays a vécu plusieurs crises politiques au cours de la dernière décennie, en raison d'importantes divergences sur différents dossiers. Dans un tel contexte d'instabilité avec une grande compétition électorale, la migration est un sujet propice aux débats. En plus d'être la première préoccupation de la population belge, le sujet de l'immigration concerne les étrangers qui ne possèdent généralement pas de droit de vote et a trait aux questions fondamentales de citoyenneté, d'accès au territoire et de sécurité sociale. Pour les partis politiques, il s'agit, donc, d'y réaffirmer leur autorité pour restaurer la confiance de l'électorat (Gsir, Lafleur et Stanek, 2016).

En outre, la restriction budgétaire suite à la crise économique de 2008 a légitimé l'instrumentalisation de la sécurité sociale pour contrôler l'immigration, notamment par l'association de ces deux portefeuilles de compétences sous le chef d'une même Secrétaire d'État (Gsir, Lafleur et Stanek, 2016). L'effet cumulatif des fragilités politiques et économiques mène donc à des réformes de plus en plus strictes, affectant les conditions de vie et d'accès aux soins de santé des populations concernées. Cela a, par exemple, été illustré par le récent projet de réforme de l'AMU, dont l'objectif était d'y inclure – et de la complexifier avec – une procédure de contrôle des attestations médicales et de sanction des dispensateurs de soins « *pour lutter contre les abus* » (Ngo, Deswaef et Verbeeren, 2018).

1.5.3. Contexte social

Dans un système de démocratie représentative, les discussions de la sphère politique sont le reflet des débats sociaux. Ainsi, depuis le pic de déplacements nord – sud en 2015, l’immigration constitue la préoccupation première des Belges et des citoyens de l’Union Européenne (European Commission, 2019). En parallèle, nous observons une hyperpolarisation des discours et attitudes de la population sur le sujet (Rea, Francart et Coletta, 2019).

D’une part, il existe une réelle criminalisation de l’immigration, d’autant plus lorsqu’elle est irrégulière. Le refus de l’accueil, plus ou moins violent, est justifié par l’attribution d’une double peine à la migration. D’un point de vue utilitaire, le fait de ne pas contribuer aux charges de la société, en plus de passer la frontière sans autorisation, est considéré comme une transgression des normes établies. La sur-précarité dans laquelle se trouvent les femmes au cours du trajet migratoire suggère l’idée d’une troisième peine, basée sur le genre (Rea, Francart et Coletta, 2019). Les migrants du sud séjournant en Belgique font ainsi l’objet d’un mouvement de panique morale, plébiscités par les médias, les figures politiques et les discours populaires comme une « *menace pour les valeurs et les intérêts de la société* » (Cohen, 2011) et pour les ressources en termes d’opportunités d’emploi, de logement et d’aide sociale. Le sentiment de compétitivité et de peur nourrit, alors, l’illégitimité du déplacement nord – sud, considéré différemment par rapport à la migration est – ouest qui a historiquement été privilégiée. Le mépris qui en découle se concrétise par des attitudes d’hostilité et des mesures de déshumanisation à l’égard des personnes en séjour irrégulier, avec un déni de leur voix, de leur estime, de leurs droits (Rea, Francart et Coletta, 2019).

D’autre part, se construisent de grands mouvements de solidarité avec les migrants. En Belgique, de multiples associations, préexistantes ou créées par un rassemblement de citoyens lors du pic migratoire de 2015, apportent un soutien logistique et matériel, administratif, juridique, pédagogique et sanitaire aux migrants. Elles jouent aussi un rôle fédérateur et défendent les droits - notamment dans le domaine de la santé - des personnes en demande de protection internationale ou sans titre de séjour, par des actions régulières de sensibilisation du grand public et de plaidoyers politiques (CIRÉ, 2019). Cela a, par exemple, été le cas face au projet de réforme de l’AMU en mars 2018 (Ngo, Deswaef et Verbeeren, 2018).

Ainsi, l'opinion publique et la décision politique évoluent côte à côte en s'influçant l'une l'autre pour déterminer les conditions de vie et d'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier et, *in fine*, leur capacité à adopter des comportements bénéfiques de santé sexuelle.

Finalement, de cette revue de la littérature, il ressort que de multiples déterminants sociaux influencent le comportement de besoin de planification familiale. Une mère migrante sans titre de séjour peut rencontrer de nombreuses barrières sur son trajet de soins vers l'adoption d'un moyen contraceptif en post-partum. Contrairement aux caractéristiques individuelles, les déterminants liés au réseau social, aux conditions de vie et à l'environnement culturel, politico-juridique et social sont modifiables. Ainsi, la promotion d'une contraception optimale nécessite d'intervenir à différents niveaux : par l'éducation pour la santé auprès de l'individu, mais également par la protection de la santé dans la communauté, le quartier ou la ville, la région, le pays.

Cette étude théorique a, en outre, permis de mettre en évidence le fait que les freins à un besoin satisfait en planification familiale n'ont été que peu étudiées dans le contexte particulier du post-partum. Dès lors, comment les diverses parties prenantes de la problématique identifient-elles ces différentes barrières ? Comment ces freins s'expriment-ils dans le processus de soins postnataux des mères migrantes en situation irrégulière ? Quelles interventions de promotion de la santé les parties prenantes identifient-elles pour satisfaire le besoin en planification familiale du public cible ? Sur base de quels leviers ?

II) Matériel et méthodes

2.1. Méthode de recueil des données

2.1.1. Cadre et période de l'étude

Pour répondre à ses objectifs, cette étude repose sur une approche qualitative. L'accès à une planification familiale satisfaisante¹³ est effectivement un phénomène complexe et sensible, sous-tendu par de multiples déterminants sociaux de la santé. Il s'agit, dès lors, de comprendre l'expérience des soignants et d'analyser leur vécu pour explorer, de manière approfondie, la complexité des processus de soins postnatals des mères en séjour irrégulier.

La collecte des données est réalisée au cours des mois de février et de mars 2020, dans la région de Bruxelles-Capitale. Dans cette zone géographique, composée de 19 communes¹⁴, se trouve une grande partie des personnes en séjour irrégulier dans le pays. Lors de la dernière campagne de régularisation, en 2009, 43% des demandes de personnes sans titre de séjour en Belgique ont été introduites à Bruxelles¹⁵. Bruxelles-Ville, Schaerbeek, Anderlecht et Molenbeek-Saint-Jean sont, en outre, les communes avec le plus grand nombre de bénéficiaires d'AMU en Belgique, dépassant l'entièreté des provinces de Brabant Wallon, de Namur, du Limbourg ou du Luxembourg (Samenlevingsopbouw Brussel, 2019).

2.1.2. Instrument de collecte des données

Les données, issues du langage parlé, sont recueillies par des entretiens semi-directifs afin de permettre aux professionnels interrogés de s'exprimer relativement librement, au sein d'un cadre défini (Corbière et Larivière, 2014). L'échange d'informations se concentre donc sur des thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien¹⁶.

Chaque interview est construite autour d'une vignette clinique fictive, dans le but d'amener tous les répondants à réfléchir sur les mêmes variables caractéristiques de l'accès à la contraception, d'une part, et d'ancrer la conversation dans leur réalité de terrain, d'autre part

¹³ Pour rappel, le besoin en planification familiale est, ici, considéré comme satisfait pour les femmes et jeunes filles fertiles, sexuellement actives dans une relation hétérosexuelle, qui utilisent correctement un moyen de contraception moderne, choisi de manière libre et éclairée et correspondant à leurs préférences et à leurs valeurs.

¹⁴ Soit Anderlecht, Auderghem, Berchem-Sainte-Agathe, Bruxelles-Ville, Etterbeek, Evere, Forest, Ganshoren, Ixelles, Jette, Koekelberg, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Noode, Schaerbeek, Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe-Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre.

¹⁵ En 2009, parmi les 47 846 demandes de régularisation introduites en Belgique, 20 500 d'entre elles ont été enregistrées en Région de Bruxelles-Capitale (Samenlevingsopbouw Brussel, 2019).

¹⁶ Cfr. annexe 1.

(Yin, 2018). Le cas typique de « Madame A »¹⁷, mère en post-partum sans titre de séjour belge, présente des facteurs de vulnérabilité identifiés dans la revue préliminaire de la littérature scientifique. Il est aussi nourri de notre expérience de sage-femme à Bruxelles.

Concrètement, la nationalité somalienne de Madame A est définie en regard des récentes données chiffrées du CGRA¹⁸ (2020), puisqu'une demande de protection internationale déboutée peut constituer une porte d'entrée vers la situation de séjour irrégulier. Au même titre que le fait d'avoir un hébergeur rencontré à Bruxelles, la présence de son mari en Belgique et l'inconnu concernant le lieu de résidence des enfants aînés permettent d'ouvrir le dialogue sur l'influence du réseau social sur la satisfaction du besoin de planification familiale (Lowe et Moore, 2014 ; Dikmen, Cankaya et Yilmaz, 2018). Ensuite, le fait d'être arrivée six mois avant la consultation post-partum pose l'enjeu du suivi prénatal et de son intérêt hypothétique en termes de contraception. Également identifiées dans la littérature, les barrières de la langue (Dauvrin et Lorant, 2014 ; Kluge et al., 2012 ; Piacentini et al., 2019) et du logement précaire (Keygnaert et al., 2014 ; Larchanché, 2012) sont illustrées dans le cas de Madame A. Enfin, la grande multiparité et l'expression du désir d'espacer les naissances, sans avoir de contraception, interrogent la manifestation effective de ce besoin par les mères en post-partum et la manière dont il est perçu, voire reçu, par les professionnels.

Afin que la situation proposée fasse véritablement écho à leur vécu, certaines caractéristiques, telles que le moment, le lieu de consultation postnatale et la demande en matière de contraception, sont adaptées à chacun des répondants. Sa pertinence est également discutée avec les intervenants, avec la possibilité de modifier la vignette présentée. L'objectif est, *in fine*, d'avoir une discussion construite autour de questions prédéfinies, certes, mais aussi ancrée dans la réalité clinique des répondants.

¹⁷ « Madame A a 26 ans. Originaire de Somalie, elle a fui son pays avec son mari. Ils sont arrivés en Belgique il y a 6 mois et sont sans-papiers. Elle parle le somali. Elle a récemment accouché de son cinquième enfant, il y a (x) jours. Elle explique ne pas avoir d'argent et dort, avec son mari et leur bébé, sur un canapé dans l'appartement de quelqu'un qu'ils connaissent ici à Bruxelles. Lors de (x), elle vous partage ne plus vouloir tomber enceinte tout de suite mais n'a pas de moyen contraceptif. »

¹⁸ Au cours de l'année 2019, 945 personnes d'origine somalienne ont soumis une demande de protection internationale auprès des autorités compétentes belges (CGRA, 2020). En regard des bilans mensuels de janvier à juin (CGRA, 2020), 60,8% de ces demandes ont été introduites au cours du premier semestre de l'année. A la 9^{ème} place du « Top 10 des pays d'origine selon le nombre des personnes ayant fait une demande de protection internationale en 2019 », la Somalie ne fait, cependant, pas partie du classement homologué selon le nombre d'octrois du statut de protection internationale et subsidiaire (CGRA, 2020). Ainsi, moins de 172 demandes de personnes d'origine somaliennes ont été acceptées. Le nombre de ressortissants somaliens ayant reçu une décision négative – et se trouvant potentiellement en situation de séjour irrégulier en Belgique – dépasse donc 773 en fin d'année 2019.

Afin d'accroître leur qualité, le guide d'entretien et sa vignette clinique ont fait l'objet d'un prétest auprès d'une sage-femme travaillant en milieu intra- et extrahospitalier, en Belgique. Positifs, ses commentaires ont permis d'attester de la formulation adéquate des questions, dans le but de réduire le risque de biais de cadrage. L'ensemble du guide d'entretien a également été validé par notre promotrice.

2.1.3. Échantillonnage

Intentionnel, l'échantillon est cadré par des critères d'inclusion, déterminés en regard des objectifs de la recherche. Ainsi, chaque personne interrogée doit être un professionnel médical, paramédical ou social francophone, exerçant dans la région de Bruxelles-Capitale et intervenant dans le processus de soins post-partum - à tout moment et en tout lieu endéans la première année de vie de l'enfant - des mères migrantes en situation de séjour irrégulier. Différentes professions constituent, dès lors, la population cible de la recherche : sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes, travailleurs médico-sociaux, assistants sociaux et infirmiers. La diversité des lieux d'exercice et des compétences professionnelles est recherchée afin que le groupe illustre les différents parcours de soins possibles pour accéder à l'adoption d'un moyen contraceptif satisfait en post-partum.

Au cours de l'échantillonnage, une attention particulière est accordée à la profession de sage-femme, en raison de sa position de premier maillon dans la chaîne de soins postnataux. Toute femme qui accouche et séjourne en maternité est en contact permanent avec une sage-femme, de son entrée à sa sortie de l'hôpital. Selon la loi belge, les compétences de la sage-femme incluent « *l'accomplissement autonome [...] durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, de la surveillance de la femme et de la dispensation à celle-ci de soins et conseils* » (Moniteur belge, 2015). Elle est également responsable « *de l'information et l'éducation à la santé, vis-à-vis de la femme, de la famille et de la société* » (Moniteur belge, 2015). En orientant les parents au sein du réseau sanitaire intra- et extrahospitalier, la sage-femme a un rôle implicite, mais déterminant de « *gatekeeper* » en post-partum. En matière de planification familiale, la législation belge lui reconnaît non seulement une compétence d'information de la mère et du couple, mais aussi un droit de prescription de certaines contraceptions orales¹⁹, endéans les trois premiers mois post-partum (Moniteur belge, 2018). En dehors du cadre

¹⁹ Au sein de la « *liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes* » au cours du post-partum, se trouvent les pilules contraceptives à base de levonorgestrel (0,03 mg), desogestrel (0,075 mg) ou d'éthinyl-oestradiol (0,02 mg) (Moniteur belge, 2018).

d'exercice de la sage-femme, toute prescription d'un moyen contraceptif relève de la compétence du médecin.

L'échantillon initial est, dès lors, composé de quatre sages-femmes et une gynécologue, identifiées en regard de notre expérience clinique au sein du réseau périnatal bruxellois. Il est ensuite enrichi par effet « boule de neige », chaque nouveau répondant étant inclus sur la recommandation du précédent, pour autant qu'il réponde à l'ensemble des critères de sélection prédéfinis. Cette technique d'échantillonnage garantit le fait que chaque participant soit expert, capable d'apporter un grand nombre d'informations sur le sujet de la recherche (Corbière et Larivière, 2014).

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, aucun prérequis n'est déterminé *à priori*, l'objectif de cette démarche qualitative n'étant pas de produire des résultats généralisables mais bien d'étudier le sujet en profondeur. L'échantillon est complet lorsqu'il a atteint son seuil de saturation empirique, que les données recueillies deviennent répétitives et n'ajoutent aucune nouvelle information aux yeux du chercheur (Corbière et Larivière, 2014).

2.1.4. Procédure de collecte des données

En pratique, une première prise de contact est effectuée par téléphone avec l'institution dans laquelle travaille le répondant, par l'accueillant ou le responsable du service. Ensuite, en suivant les recommandations issues de cet appel, la demande est relayée en interne lors d'une réunion d'équipe ou le répondant est directement contacté par téléphone ou par e-mail avec une explication détaillée du projet de recherche. Dans le respect des procédures de chaque organisation, l'accord du responsable ou du coordinateur de service est obtenu en amont, s'il est requis. Les modalités de rencontre sont, finalement, convenues directement avec chaque professionnel interrogé. Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, sont réalisés en face à face, par vidéoconférence ou par appel téléphonique, en fonction des possibilités²⁰. En plus de faire l'objet de notes écrites, les conversations sont enregistrées, avec l'accord des répondants, pour en permettre une analyse complète.

Chaque entretien s'articule en trois temps : la présentation du cadre et des objectifs de la recherche, la discussion en regard des questions posées, les remerciements et la définition des modalités de feedback des résultats. Notons que lors des rencontres en face à face, une fiche de coordonnées est donnée aux répondants pour faciliter un éventuel contact ultérieur de leur

²⁰ La récolte des données de cette étude étant réalisée dans le contexte de la crise sanitaire du covid-19, les mesures gouvernementales de confinement doivent être respectées.

part. La vignette clinique est aussi présentée en version papier, afin de pouvoir s'y référer pendant la discussion. Les entretiens sont convenus et réalisés dans un climat de confiance.

2.2. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données collectées est sémantique, à savoir qu'elle s'intéresse au sens des mots et des phrases pour comprendre les idées qui en sont émises. Elle est effectuée sans logiciel informatique, sur base des retranscriptions intégrales des entretiens et des notes prises durant chaque rencontre.

Thématique, le traitement des informations consiste à scinder le matériau en unités d'analyse, afin de regrouper les phrases liées une même signification, à un même résultat (Corbière et Larivière, 2014). Ces unités de sens ont, dans un premier temps, une fonction descriptive. Les thèmes exploités à cet effet sont préalablement définis et correspondent aux différents déterminants de la santé, exposés par Dahlgren et Whitehead (2007) dans leur modèle théorique. Dans un second temps, les données sont interprétées et conceptualisées dans le but de les expliquer. Elles sont alors discutées en regard de la littérature scientifique.

L'ensemble de ce processus de recherche est itératif, avec une alternance des phases de recueil et d'analyse du matériau. Cela permet d'orienter l'échantillonnage en « boule de neige » ainsi que de saisir le sens des données progressivement et en contexte. La collecte des informations en nourrit son analyse et vice-versa (Corbière et Larivière, 2014).

2.3. Posture de la recherche et considérations éthiques

En menant cette recherche dans le cadre du mémoire de fin du master en Sciences de la Santé Publique à l'Université catholique de Louvain, notre travail de fin d'études de bachelier de sage-femme et les divers travaux universitaires constituent l'unique expérience que nous avons dans le domaine. De plus, nous ne travaillons dans aucune des organisations contactées lors de l'échantillonnage.

L'ensemble des répondants participent à cette étude de manière volontaire, ayant marqué leur accord oral après avoir été informés des objectifs et des modalités pratiques. Leur anonymat est respecté puisque seules leur profession et les caractéristiques de leur lieu d'exercice les décrivent. Les participants qui le souhaitent auront accès à un résumé des résultats de la recherche.

III) Résultats

3.1. Échantillon effectif

L'échantillon effectif de cette étude qualitative comprend neuf professionnels du domaine socio-sanitaire, répondant tous aux critères d'inclusion prédéfinis. En regard de la méthode d'échantillonnage par effet « boule de neige », le recrutement des répondants s'est effectué en deux temps. Le premier échantillon est constitué de quatre sages-femmes et d'une gynécologue – soit l'échantillon (a) dans le tableau 1 - exerçant dans différents milieux de soins postnatals, traitant de la question contraceptive au quotidien. Ensuite, sur la recommandation de ces participantes, une sage-femme et trois assistantes sociales – soit l'échantillon (b) dans le tableau 1 - ont été interrogées.

Enfin, également sur le conseil de ces professionnelles, huit médecins généralistes d'une maison médicale ou d'un planning familial ainsi que quatre infirmières exerçant dans un planning familial ou dans un centre d'hébergement collectif bruxellois ont été contactés. Le refus de participation et l'indisponibilité de ces douze professionnels de santé se justifient par l'augmentation de leur charge de travail pour la gestion de la crise sanitaire du covid-19.

L'échantillon est exclusivement féminin, ce qui s'explique notamment par le fait que ces professions sont majoritairement exercées par des femmes. Malgré les refus, cet échantillon de répondantes est hétérogène, caractérisé par une diversité professionnelle et organisationnelle relativement importante.

Tableau 1 – Caractéristiques des participantes interviewées et mode de collecte des données (n=9)

Ech.	Rép.	Profession	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle		Entretien	
				générale	spécifique	Face à face	Tél.
(a)	SF 1	Sage-femme	Maternité hospitalière (environ 3500 accouchements par an)	7 ans	7 ans	x	
	SF 2	Sage-femme	Consultations prénatales et soins de post-partum à domicile au sein d'une association de sages-femmes indépendantes	10 ans	10 ans	x	
	SF 3	Sage-femme	Services d'obstétrique hospitaliers + consultations prénatales et soins de post-partum à domicile dans une ASBL d'accompagnement des mères en situation d'irrégularité ou de grande précarité	5 ans	3 ans		x
	SF 4	Sage-femme	Permanences de consultations médicales dans un centre multidisciplinaire et associatif d'aide médico-sociale pour les personnes en séjour irrégulier	Environ 35 ans (en Afrique et en Grande-Bretagne)	1 an		x
	GYN	Gynécologue	Services d'obstétrique hospitaliers + planning familial	7 ans	2 ans		x
(b)	SF 5	Sage-femme	Maternité hospitalière (environ 2000 accouchements par an)	30 ans	6 ans		x
	AS	Assistante sociale	Cellule AMU d'un CPAS	20 ans	20 ans		x
	TMS 1	Assistante sociale	Consultations médico-sociales pour enfants (de 0 à 6 ans) d'un centre ONE de quartier	11 ans	11 ans		x
	TMS 2	Assistante sociale	Consultations médico-sociales prénatales et postnatales d'un centre ONE de quartier	12 ans	1 an		x

3.2. Barrières et leviers

De cette étude qualitative menée auprès de professionnelles médico-sociales de la Région de Bruxelles-Capitale, il ressort que l'adoption d'une contraception satisfaisante pour Madame A, mère en séjour irrégulier en post-partum, est influencée par de multiples barrières et leviers. Identifiés par les répondantes dans leur pratique clinique et analysés en regard du modèle théorique de Dahlgren et Whitehead (2001), ces barrières et leviers se manifestent au niveau du contexte culturel, social et politico-juridique ; des conditions de vie et de travail en termes d'éducation, de logement, d'accès aux services de santé ; du réseau social ; des caractéristiques individuelles en post-partum. En constante interaction, l'ensemble de ces dimensions ont diverses conséquences sur les parcours de soins postnatals des femmes migrantes. Ils déterminent, ainsi, le comportement de planification familiale en post-partum et, *in fine*, l'état de santé sexuel et reproductif des mères sans titre de séjour.

3.2.1. Contexte culturel, politico-juridique et social

3.2.1.1. *Contexte culturel*

Huit professionnelles sur les neuf interrogées considèrent que la culture peut constituer une barrière à la satisfaction du besoin de planification familiale des mères en situation irrégulière. En effet, le choix de la contraception est particulièrement influencé par « *ce qu'il y a autour d'elles* » (GYN), soit « *leurs références culturelles au sens large, au-delà de leur pays d'origine* » (SF 1).

La culture forge, avant tout, les représentations personnelles et sociales de la parentalité et de la famille. Une femme peut, par exemple, être empreinte de la représentation d'être « *faite pour avoir des enfants* » (GYN). Cela détermine inévitablement son intérêt à espacer ou limiter les grossesses. De plus, « *ce n'est pas forcément bien vu pour elle de dire qu'elle ne veut plus d'enfants* » (SF 3), avec un impact direct sur sa capacité à exprimer un tel besoin, pourtant identifiée comme une ressource en pratique.

Ensuite, selon les répondantes, la culture influence aussi le pouvoir d'agir qu'une femme a sur sa vie sexuelle et reproductive. Dans certains cas, « *elle n'a aucun droit sur leur corps* » (SF 4). Au-delà de l'incapacité de prendre une décision après identification de ses envies et de ses besoins, l'idée même d'exercer un contrôle sur leur organisme pour planifier les naissances peut tout à fait ne pas coïncider avec ses représentations.

Il ressort également des entretiens que le mode d'action et les effets secondaires des moyens contraceptifs peuvent s'avérer problématiques en regard des représentations culturelles. Dans le cas du stérilet et de l'implant, le fait qu'il s'agisse d'un corps étranger peut être compliqué à accepter pour les femmes. Certaines contraceptions hormonales induisent une hypotrophie de l'endomètre alors qu'avoir ses menstruations chaque mois peut être « *important parce que ça fait partie de leur vie, de leur équilibre et ça marque un cycle* » (SF 3). Pour certaines femmes, « *le fait d'avoir des métrorragies est une catastrophe parce qu'elles vont être impures* » (GYN). Selon les répondantes, faire l'expérience de ces effets secondaires n'est donc pas acceptable pour elles.

Les professionnelles interrogées soulignent, de manière transversale, le rôle que joue la religion dans la construction des références culturelles en matière de planification familiale. D'une part, la planification familiale peut être « *mal vue par la religion* » (SF 4), notamment lorsque l'« *on s'en remet à Dieu et c'est Lui qui décide si on a un enfant ou pas* » (TMS 1). D'autre part, le cycle menstruel peut interagir directement avec la pratique du culte religieux, ce qui intervient alors dans le choix d'un moyen contraceptif : « *pour les femmes musulmanes par exemple, les règles sont des périodes importantes où elles sont impures et ne peuvent pas prier* » (SF 3).

Dès lors, « *la contraception touche vraiment à la culture, voire à la religion* » (SF 1) et son acceptabilité en dépend largement. Il ne s'agit, cependant, pas uniquement de se concentrer sur la culture d'autrui. La rencontre entre un soignant et un soigné met, nécessairement, en jeu deux ensembles culturels, potentiellement divergents. Ainsi, « *dépasser la barrière culturelle passe par l'explication des idées reçues* », mais également par « *un accueil des patientes de culture différente, en acceptant qu'elles fassent des choix qui sont différents en raison de leur culture* » (GYN). En regard de sa pratique, l'une des répondantes considère, *in fine*, la culture comme un élément essentiel à prendre en compte, sans pour autant savoir « *si on peut vraiment l'appeler une barrière* » (TMS 2).

3.2.1.2. Contexte politico-juridique

L'ensemble des professionnelles interrogées s'accordent sur le fait qu'il revient au monde politique belge de porter la responsabilité de développer des ressources nécessaires à la satisfaction du besoin de planification familiale des mères en séjour irrégulier. Il s'agit, en outre, d'une thématique qui se situe à l'intersection des politiques migratoires et sanitaires.

Au sujet de ces dernières, les répondantes souhaitent une prise de conscience des autorités concernant « *la nécessité de réinjecter des fonds dans les soins de santé et de faire en sorte qu'ils soient accessibles à tout le monde, y compris pour la contraception* » (SF 3).

Les politiques migratoires, quant à elles, influencent largement l'ensemble des autres déterminants de la santé, entre autres les conditions de vie et de travail des personnes concernées. Or, « *accueillir des gens sur notre territoire comme on le fait maintenant, c'est inadmissible* » (SF 3) et « *actuellement catastrophique* » (GYN).

Sur le terrain, les femmes en grande précarité apparaissent comme « *les premières victimes de la défaillance de notre système* » (SF 3). En matière de promotion de la santé à destination des mères sans-papiers, les professionnelles de santé considèrent « *porter le fardeau* », pourtant fondamentalement politique (SF 4). Ainsi, « *à notre niveau, on essaie de faire ce qu'on peut mais est-ce que ce n'est pas juste un pansement ?* » (AS). Selon les répondantes, les politiques actuelles, tant sanitaires que migratoires, constituent donc un frein à l'adoption d'une contraception satisfaisante pour les mères en séjour irrégulier.

3.2.1.3. Contexte social

Les professionnels sociaux et de santé sont influencés par le contexte social dans lequel ils vivent et évoluent au quotidien. Une hyperpolarisation des discours s'est, ainsi, dessinée au cours des entretiens.

D'une part, les discours d'une minorité des répondantes sont empreints de représentations négatives des personnes en séjour irrégulier : « *Bruxelles est réputé pour les illégaux* » (AS) ; « *des profiteurs, il y en a partout* » (SF 5). Les mouvements migratoires de ces dernières années sont caractérisés comme des « *flux* » qui sont à « *gérer autrement* », d'autant plus que « *c'est déjà difficile de trouver du travail* » (AS). En ce qui concerne les motifs de migration, seuls les « *push factors* » en matière de soins de santé sont pris en compte. Ces représentations des personnes sans-papiers influencent leur perception des besoins et des demandes des femmes et, donc, l'offre d'aide socio-médicale. Au niveau méso, « *ces dames ne peuvent pas accoucher ailleurs parce qu'elles sont sous AMU et donc refusées* » (GYN). Au niveau micro, cela se traduit par le fait qu'« *on ne peut pas aider tout le monde* » (SF 5).

D'autre part, la majorité des répondantes témoignent d'une volonté de ne pas faire de discrimination basée sur le statut migratoire. Pour certaines institutions de santé, « *le fait que les parents aient une mutuelle ou des papiers n'est pas un critère de sélection* » (TMS 1).

Dans le champ des soignants, *« on veut leur proposer la même chose que les autres mamans en termes de contraception »* (GYN). Sur le terrain, cela se traduit également par le fait de réaliser des consultations de manière bénévole, dans sa pratique quotidienne d'indépendante (SF 2) ou en s'investissant à temps plein dans le monde associatif (SF 4). Être dans une posture d'aide représente, dès lors, un certain coût pour les soignants.

3.2.2. Conditions de vie et de travail

L'ensemble des participantes mettent en évidence l'instabilité, l'incertitude, l'insécurité et la précarité, qui marquent les conditions de vie des mères en séjour irrégulier. La vulnérabilité apparaît d'autant plus grande lorsque la dame est non-accompagnée ou en transit en Belgique, dans l'objectif de rejoindre le Royaume-Uni par exemple.

En termes de planification familiale, les conditions de vie de la mère influencent sa disponibilité, sa réceptivité et son aptitude à se projeter à moyen et à long terme en post-partum. De fait, *« les mamans réfléchissent à la contraception si et seulement si leurs besoins de base sont satisfaits, avec une certaine stabilité et sécurité au quotidien. Mais, souvent, elles sont dans l'incertitude totale, ont peur d'être renvoyées dans leur pays ou de ne plus retrouver leur famille. La contraception n'est donc absolument pas leur priorité, sauf pour celles qui réalisent qu'un nouveau bébé peut mettre en péril leur situation à court terme »* (SF 1). Dès lors, se dessine un véritable paradoxe pour les soignantes : *« c'est pour ces femmes que c'est le plus important d'en discuter mais en même temps, ce sont les femmes les moins disponibles pour se questionner sur leur corps et leurs envies »* (SF 3).

3.2.2.1. *Éducation*

La majorité des professionnelles interrogées mentionnent le faible niveau scolaire, et notamment l'illettrisme, comme une barrière vers l'adoption d'une contraception satisfaisante en post-partum. *A contrario*, un haut niveau d'éducation constitue un levier.

Tout d'abord, au-delà de la barrière linguistique, le manque de scolarité de la mère influence sa compréhension des informations et la dynamique de son dialogue avec le soignant. *« Avec quelqu'un qui n'a jamais été à l'école, on peut sentir un petit complexe : elle n'a pas compris mais ne va pas oser demander plus d'explications par exemple »* (TMS 2).

Ensuite, l'illettrisme complique considérablement l'ensemble des démarches de la vie active. En effet, retenir un rendez-vous ainsi que se rendre à une adresse donnée, pour une heure et

une date précise peut représenter une épreuve non négligeable pour une dame non scolarisée. Par conséquent, « *quand on les réfère au planning familial, encore faut-il qu'elles sachent arriver jusque-là* » (GYN), ce qui complique l'accès effectif aux soins. Dans le cas de la contraception à prise régulière, le respect d'un horaire précis peut être difficile pour les mères avec un faible niveau d'éducation.

Enfin, selon la SF 1, le parcours scolaire de la mère détermine les connaissances qu'elle a de son corps, avec un impact sur la compréhension des modes d'action des différents moyens contraceptifs. De plus, « *celles qui n'ont pas du tout fait d'études ne sont pas du tout informées sur les différents moyens de contraception qui existent* » (TMS 1). La scolarité des jeunes filles leur permet, donc, d'être « *parfois bien conscientes de la nécessité d'avoir une contraception et [d'en être] demandeuses* » (SF 2), ce qui constitue une ressource pour la satisfaction du besoin de planification familiale.

Au cours des entretiens, deux professionnelles de santé soulignent l'intérêt, des séances d'éducation pour la santé sexuelle et affective sont réalisées dans les écoles primaires et secondaires belges. Ces activités ouvrent le dialogue et informent, entre autres, sur la planification familiale. Cependant, « *ce n'est pas forcément le cas dans le pays d'origine de la patiente* » (SF 5).

3.2.2.2. Logement et accès à des installations sanitaires

Cinq professionnelles identifient, à travers leur pratique, un lien entre les conditions de logement et la satisfaction du besoin de planification familiale des mères en séjour irrégulier. Pour les personnes qui immigrent, « *l'arrivée est quand même souvent très compliquée sur le plan social, au niveau du logement* » (TMS 2). En effet, « *pour obtenir un logement, il faut des papiers ; pour avoir des papiers, il faut se régulariser donc il faut de l'argent et un travail,...* » (AS). En conséquence de ce véritable cercle vicieux, certaines sont sans abri, d'autres dorment dans des logements collectifs ou sont hébergées chez des connaissances.

En ce qui concerne le sans-abrisme, ses impacts sur la santé sont multiples. Des entretiens, il ressort notamment que « *la rue déstructure ; certaines personnes ne savent pas si c'est le matin ou l'après-midi et il y a beaucoup de maladies psychiatriques* » (AS). De plus, « *celles qui dorment à la gare ou au parc ont une vulnérabilité extrême ; elles sont sales et tout ça...* » (SF 4). L'insécurité et les violences psychologiques, physiques et sexuelles sont également omniprésentes, surtout pour les femmes.

Pour les mères sans domicile en post-partum, la maternité, par le service social de l'hôpital ou la TMS de l'ONE, peut faire une demande de place en maison maternelle (SF 5) ou en logement collectif²¹ pour personnes sans-papiers. À propos de ces hébergements, « *on ne va pas se leurrer : Bruxelles est saturée* » (AS). L'incertitude d'y avoir une place est d'autant plus grande pour les centres d'accueil des familles, où les disponibilités sont surtout pour les dames « *qui ont une chance d'être régularisées* » (TMS 2). L'accueil est donc davantage conditionné par le statut légal de la personne que par ses besoins de santé et de sécurité.

Pour les mères qui en bénéficient, les logements collectifs peuvent constituer une entrave au sommeil, à l'autonomie et à l'intimité. Cependant, ils facilitent leur satisfaction du besoin de planification familiale en leur permettant, entre autres, « *d'être en meilleur état général* » (SF 4) et de développer leur réseau social. Grâce aux autres femmes et au staff, elles ont accès à des ressources informationnelles au sujet de la contraception en soi et des différentes aides disponibles. Certains centres d'accueil ont aussi des contacts réguliers avec les services sociaux et de santé et organisent des permanences d'assistantes sociales et de sages-femmes par exemple. Dans le champ des soignants, les hébergements collectifs représentent « *un levier parce qu'ils permettent d'avoir des nouvelles des dames, de savoir où elles en sont et d'entrer en contact avec elles si on n'y arrive pas autrement* » (TMS 2).

Lorsque la dame loge « *à droite et à gauche* » (TMS 2) chez une personne tierce rencontrée à Bruxelles, les professionnelles de santé remarquent que « *c'est compliqué parce qu'elle a peur de gêner* » (TMS 2). Au quotidien, en plus de participer aux charges financières et ménagères du foyer, « *elle doit faire attention à ce que le bébé ne fasse pas de bruits par exemple* » (TMS 1). Par conséquent, « *la maman préfère généralement venir directement à la consultation* » (TMS 1), ne permettant pas aux soignants d'avoir un contact avec son lieu de vie pour une prise en charge globale et continue, médicale et sociale.

Finalement, de manière générale, « *elles ne savent pas où elles vont dormir le lendemain* » (SF 4). En plus de ne pas être adaptés à une mère et son nouveau-né en post-partum, les différents hébergements susmentionnés sont très précaires, incertains et n'offrent que rarement un point d'attache fixe. Toute l'énergie et l'attention de la mère sont alors concentrées sur l'avenir à court terme, avec des préoccupations au sujet du logement, des possibilités d'accès à un séjour régulier et du bien-être de leur enfant. Il ne s'agira donc pas de

²¹ Les appellations « logement collectif » et « centre d'accueil » recouvrent, ici, l'ensemble des dispositifs d'accueil de nuit pour les personnes migrantes sans-abri. En région de Bruxelles-Capitale, il s'agit, par exemple, des logements organisés par la Plateforme Citoyenne Bxl-Refugees, la Croix-Rouge ou le SAMU Social.

s'interroger sur son besoin de planification familiale et de faire les démarches pour le satisfaire. De plus, la résidence habituelle est une condition nécessaire pour être rattachée à une commune et à un CPAS, notamment pour les demandes d'AMU. Habiter à moyen et long terme dans un même quartier permet également à la dame d'être suivie par une antenne du CPAS, davantage décentralisée et « *plus proche des gens* » (AS). Aussi, « *déménager régulièrement signifie devoir tout le temps reconstruire son réseau social et médical de proximité* » (TMS 2).

3.2.2.3. Accès aux services de santé

L'accès aux services de santé est multidimensionnel. Les professionnelles interrogées y décrivent des barrières et des leviers aux niveaux macro, méso et micro.

A) NIVEAU MACRO

Au niveau macro, les démarches administratives d'AMU d'une part, et la législation belge concernant les compétences de la sage-femme, d'autre part, ont été mentionnées comme des barrières par les répondantes.

Au sujet de l'AMU, les professionnels de santé qui travaillent en milieu extrahospitalier soulignent le poids des démarches auprès des CPAS, l'hétérogénéité des pratiques entre les communes et l'incertitude quant à la prise en charge des frais de contraception postnatale.

Premièrement, comme l'explique l'AS de notre échantillon, l'obtention de l'AMU nécessite de remplir quatre conditions : résider dans la commune du CPAS, ne pas avoir de ressources financières suffisantes pour payer ses soins, disposer d'un certificat d'aide médicale urgente délivré par un médecin, et avoir « *l'intention de rester et de s'établir en Belgique* » (AS). Tandis que les deux premières conditions sont vérifiées lors d'une visite à domicile, l'attache durable sur le territoire doit être attestée par « *une déclaration sur l'honneur, parce qu'il est vrai qu'on n'aide pas les personnes en transit qui disent qu'aujourd'hui elles sont ici et demain ailleurs* » (AS). En ce qui concerne la notion d'urgence de l'aide médicale qui est demandée, son évaluation relève exclusivement du rôle du médecin, considérant qu'il ne délivrerait pas de certificat à « *si quelqu'un en bonne santé* » (AS). La demande d'AMU est traitée par le CPAS en trente jours maximum.

Bien que certains CPAS de la région de Bruxelles-Capitale exigent un réquisitoire pour chaque soin, d'autres utilisent un dispositif de carte santé, aussi appelée « carte médicale » ou

« carte d'accès aux soins ». Dans tous les cas, la dame peut se rendre chez un médecin généraliste et dans une pharmacie attribués et spécifiquement mentionnés sur son document. Toute consultation chez un médecin spécialiste, tel qu'un gynécologue par exemple, « *doit se justifier via un réquisitoire délivré par le médecin généraliste et vérifié par le Comité du CPAS, qui se réunit toutes les semaines* » (AS).

La carte santé est « *à renouveler de mois en mois* », sauf « *si la patiente a une maladie chronique, alors la validité peut être de trois mois* » (AS). Tandis que le certificat médical est valable un an, la résidence et l'état de besoin de la personne sont vérifiés mensuellement.

En regard de ces démarches, les professionnelles de santé soulignent le « *temps énorme* » que prennent les procédures administratives, constituant un « *handicap* » en post-partum, lorsque « *le besoin est imminent* » (SF 2). « *C'est énormément de va-et-vient jusqu'au CPAS* » (TMS 2), tandis que se déplacer et faire la file représentent une épreuve pour les mères en post-partum. De plus, pour que les dames puissent avoir un temps de réflexion et en bénéficier pendant la période de validité de leur AMU, le sujet de la contraception doit être abordé le plus tôt possible. En pratique, « *une fois sur deux* », suite à une décision rapide, la femme souhaite le retrait de son contraceptif et « *doit carrément payer sa consultation de sa poche pour l'enlever, vu qu'elle n'est plus couverte par l'AMU* » (SF 3). Par contre, lorsque l'AMU est octroyée, le fait qu'elle couvre les dépenses de santé des trente jours pendant lesquels la demande était en cours représente un levier vu que « *beaucoup se passe pendant un mois pour une femme en post-partum* » (SF 3).

Deuxièmement, l'octroi de l'AMU étant une compétence communale, il existe des lois conjointes, mais également des critères internes et des pratiques propres à chaque CPAS. Pour les professionnelles de santé, « *c'est très difficile de savoir ce qui est pris en charge ou pas* » et les suivis de santé en ressortent particulièrement chronophages (SF 3).

Troisièmement, la satisfaction du besoin de planification familiale requiert d'avoir accès, notamment financièrement, à une consultation avec un médecin ou une sage-femme, d'une part, et au contraceptif en lui-même, d'autre part. Dans le cadre de l'AMU, la dame peut se rendre librement chez le médecin généraliste avec lequel le CPAS a conclu un engagement de prise en charge. Consulter un médecin gynécologue nécessite, par contre, d'avoir un accord préalable. Ce réquisitoire doit aussi être obtenu pour bénéficier de la couverture financière des services d'une sage-femme. Effectivement, « *pour les visites de sages-femmes, on travaille avec la CSD via une décision préalable du Comité, sans nombre limité de séances* » (AS).

Cependant, cette centrale bruxelloise de soins et de services à domicile ne compte aucune sage-femme dans leur équipe paramédicale. À Bruxelles, les soins extrahospitaliers sont majoritairement assurés par des sages-femmes indépendantes ou employées dans une association. En pratique, les prestations des sages-femmes à domicile ne sont pas remboursées par l'AMU, qui apparaît être « *vraiment pour les soins vitaux et au cas par cas* » (SF 2).

Concernant la couverture financière du moyen contraceptif, les discours divergent. Tandis que « *la carte médicale les couvre tous et il n'y a pas besoin de réquisitoire* » (AS), pour les professionnelles de santé, « *la première réalité à laquelle on doit s'adapter, c'est que tous les CPAS n'acceptent pas de rembourser tous les moyens de contraception* » (SF 3). Dans le cas de certaines contraceptions, la mère doit avancer son prix et assumer un ticket modérateur. La barrière financière est alors de taille pour une femme précarisée.

Au sujet de la prescription des moyens contraceptifs, les sages-femmes extrahospitalières considèrent que la restriction de leur droit de prescription en matière de contraception, défini par la législation belge, constitue une barrière pour la prise en charge holistique des mères en séjour irrégulier. En effet, « *je peux juste lui prescrire la pilule contraceptive mais encore faut-il que cette méthode-là lui convienne* » (SF 2).

B) NIVEAU MÉSO

Au niveau de l'organisation des services, les répondantes soulignent la difficulté pour les mères migrantes de naviguer dans le système de santé belge. De fait, « *sans complications, elles vont déjà dans plein de services différents et c'est difficile de savoir où aller, par où passer, quel service, quelle route,...* » (SF 4). La consultation pour enfants étant différente de la visite prénatale et des services hospitaliers d'obstétrique, « *c'est un « mic-mac » complet pour elles* » (TMS 1). Cette fragmentation organisationnelle est d'autant plus équivoque lorsque la mère présente des co-morbidités.

De la description des trajets de soins postnatals par l'ensemble des répondantes, il ressort que, pour accéder à un moyen contraceptif satisfaisant, une mère en situation irrégulière voit généralement huit organisations différentes, dix services différents et au moins autant de professionnels différents. En pratique, le parcours de soins en post-partum se limite aux huit premières semaines de vie de l'enfant. Cette période commence en salle d'accouchement et en maternité, à l'hôpital. Ensuite, selon ses possibilités financières et les protocoles hospitaliers, la mère a la visite à domicile d'une sage-femme - indépendante ou d'une association - ou a un

rendez-vous pour une consultation avec une sage-femme à l'hôpital. Entre cinq et quinze jours post-partum, la dame est contactée par l'ONE ou Kind en Gezin, responsables du suivi médico-social de l'enfant jusqu'à ses six ans mais également de consultations maternelles avec une sage-femme et une TMS pour les mères, à six semaines postnatales. L'ensemble de ces professionnelles ont un rôle d'information et d'éducation pour la santé en matière de planification familiale. En parallèle, la dame doit se rendre au CPAS pour effectuer sa demande d'AMU, que ce soit pour une ouverture ou pour un renouvellement de dossier. Elle y voit une assistante sociale, qui s'assurera de la recevabilité de sa demande lors d'une visite à domicile. Finalement, après avoir choisi le moyen contraceptif qu'elle souhaite adopter, la mère doit avoir une consultation avec un médecin pour en obtenir sa prescription, s'il ne s'agit pas de la pilule. Pour ce faire, elle peut prendre rendez-vous chez le médecin généraliste qui lui a été attribué par le CPAS, pour autant que celui-ci pratique des suivis gynécologiques. Sinon, avant de consulter un gynécologue, la maman doit en faire la demande auprès de la cellule « réquisitoire » du CPAS, après avoir obtenu un certificat *ad hoc* de son médecin traitant. Dans le cas où le gynécologue ou le planning familial ne sait pas fournir le moyen contraceptif à la patiente, celle-ci doit se le procurer dans sa pharmacie de référence, avec un éventuel ticket modérateur qui reste à sa charge. Dans le cas de l'implant et des dispositifs intra-utérins, elle doit, finalement, revoir le gynécologue pour la pose du contraceptif et pour un contrôle médical quelques semaines après celle-ci.

A contrario, une femme en séjour régulier en Belgique accède à une contraception satisfaisante en se rendant chez son gynécologue après être passée dans une pharmacie, éventuellement sur les conseils de sa sage-femme ou de sa TMS. Couvertes par l'AMI, elles bénéficient du remboursement de ces prestations selon la nomenclature INAMI, prédéfinie.

Face à la complexité de ce parcours de soins et des problèmes qu'il pose, le travail en réseau et l'implémentation locale des interventions - au niveau des quartiers par exemple - apparaissent comme un levier essentiel aux yeux des répondantes. Ainsi, « *quand on travaille en réseau, on a plus de ressources, on est plus disponibles et le travail de soutien parental se passe mieux* » (TMS 1). La collaboration entre personnes de différentes professions est d'autant plus riche. La multidisciplinarité s'impose comme une ressource pour la satisfaction du besoin de planification familiale des mères sans-papiers en permettant, notamment, de ne pas « *devoir s'occuper du volet social en plus du volet médical, en ayant le même temps imparti que n'importe quel autre médecin* » (GYN). Il s'agit, donc, de mobiliser les compétences spécifiques à chaque discipline, « *bagage que nous n'avons pas* » (TMS 1).

L'enjeu y est d'accroître la capacité du réseau à activer les leviers existants pour un accompagnement de qualité, mais aussi de réduire le coût que représente la prise en charge d'une situation complexe pour les différents professionnels.

En outre, la collaboration facilite la transmission des informations. Les outils utilisés à cet effet jouent un rôle prédominant. Selon les répondantes, leur efficacité réside avant tout dans le fait qu'il soit partagé avec les autres professionnels du post-partum et, donc, mobilisé tout au long du trajet de soins de la mère, à l'image du Carnet de l'Enfant de l'ONE. Ensuite, le format de l'outil semble également avoir un impact sur sa performance : les feuilles de liaison « *pré-faites, avec une case "contraception" à remplir* » présentent un atout supplémentaire en réduisant l'hétérogénéité des données concernées (SF 2). Cependant, la transmission des informations s'avère parfois déficiente sur le terrain, empêchant les soignants « *vraiment savoir si le sujet a été abordé ou pas* » (SF 2). Ainsi, la communication entre l'hôpital et la sage-femme de première ligne « *dépend de la personne qui fait la sortie* » (SF 2).

Au-delà de la collaboration, la fusion de différents unités psycho-médico-sociales apparaît aussi comme un levier pour répondre aux besoins de la dame en offrant la possibilité d'avoir un accompagnement global au cours d'une même rencontre et « *plus de chances d'avoir une accroche avec elle pour la suite du suivi médical* » (SF 4). Dans le cas d'un planning familial au sein d'un hôpital, l'intégration organisationnelle des services semble effectivement accroître la continuité des soins, multidimensionnelle.

Pour permettre l'accès des mères en situation irrégulière aux services de santé en matière de contraception, les professionnels de santé considèrent indispensable que « *chaque maman ait une personne ressource pour l'orienter dans le système de santé et lui expliquer le travail et le rôle de chacun* » (TMS 1). Avoir un professionnel de référence, qu'il soit sage-femme ou TMS, permet d'individualiser le suivi et de mobiliser le réseau de ressources socio-sanitaires disponibles. L'intérêt est également d'assurer la continuité des soins, tant informationnelle que relationnelle.

Au sein de l'offre de services médico-sociaux bruxellois, les répondantes soulignent le rôle déterminant du monde associatif. Les multiples ONG bruxelloises agissant pour la santé reproductive des mères en séjour irrégulier mettent du matériel contraceptif à disposition, mais offrent aussi des consultations en individuel et en groupe au sujet de la planification familiale. Au-delà de ces ressources, certaines associations portent une importante responsabilité politique, en menant des actions de plaidoyer et en entretenant une relation

« très puissante avec les médias » (SF 4). Il apparaît, finalement, que l'accès à une planification familiale satisfaisante pour une mère sans-papiers est « nulle... à moins qu'elle ne passe par le monde associatif » (SF 4).

En regard des parcours de soins de leurs patientes, les professionnelles de santé interrogées soulignent la plus-value d'aborder la thématique de la contraception en prénatal. Jugée nécessaire, cette démarche a pour objectif de « semer la petite graine dans son esprit et de lui laisser le temps de germer avant de prendre une décision » (SF 3), ce qui augmente la réceptivité et le « le taux d'acceptabilité » de la dame (GYN). En matière de planification familiale, le suivi anténatal est également essentiel pour créer un lien de confiance entre le soignant et la bénéficiaire, en la rassurant sur le fait que « le personnel médical est là pour l'aider et qu'elle peut avoir accès aux soins comme celles qui ont une mutuelle » (SF 1).

Toutes les répondantes mentionnent l'absentéisme des mères sans-papiers aux rendez-vous postnatals comme une barrière à la satisfaction de leur besoin de planification familiale. Plus régulières lors du suivi prénatal, une majorité de femmes migrantes apparaissent avoir de multiples autres préoccupations à six ou huit semaines post-partum. Des difficultés rencontrées par les soignants pour les contacter, il résulte que les dames sont « souvent perdues de vue en postnatal » (TMS 2). En ce qui concerne les démarches sociales, il arrive que ce soit « un « one shot » donc on répond à une urgence en lui donnant une carte médicale et puis on ne la revoit plus » (AS). Les répondantes recommandent, par conséquent, d'« éviter qu'il n'y ait trop d'allers et retours » entre les différents services socio-sanitaires (GYN).

C) NIVEAU MICRO

Lors de la rencontre entre le soignant et la patiente, la barrière linguistique constitue, pour sept interrogées, un frein important à l'adoption d'une contraception satisfaisante pour les mères en séjour irrégulier. Ainsi, « tout va dépendre de la barrière linguistique parce qu'une contraception, cela se discute donc une bonne traduction permet à la patiente d'en avoir une meilleure acceptabilité » (GYN).

Pour y remédier, trois possibilités semblent se présenter. La première consiste à faire appel à des collègues qui maîtrisent la langue de la bénéficiaire. En deuxième lieu, il est possible qu'un proche de la patiente, présent à la consultation, traduise la conversation. Dans ce cas, « on ne sait pas toujours s'il traduit correctement » (GYN). Enfin, la mobilisation d'un service professionnel d'interprétariat apparaît comme une solution pertinente, une « grande

ressource » (SF 3). En milieu hospitalier, au CPAS et à l'ONE, obtenir l'aide d'un interprète, en face à face ou par téléphone, est rendu possible par des conventions avec l'ASBL SeTIS, dont l'offre de langues est variée. Certaines associations non gouvernementales ont, quant à elles, un service d'interprètes salariés. L'échantillon a, par contre, un avis mitigé sur l'impact du genre de ce professionnel. Tandis que certaines trouvent cela « *pas vraiment déterminant pour une conversation où la patiente est habillée* » (SF 1), d'autres témoignent de l'impossibilité d'avoir « *ce genre de conversation avec un homme dans la pièce, parce que cela change toute la dynamique et qu'ils n'y comprennent absolument rien* » (SF 4).

En pratique, l'intérêt du recours à l'interprétariat professionnel ne fait pas l'unanimité auprès des répondantes : « *on peut faire appel à des interprètes de l'hôpital mais on le ne fait pas souvent parce qu'en général, les sages-femmes savent se débrouiller avec un peu d'anglais* » (SF 5). Dans le cas où le service d'un interprète est effectivement mobilisé en post-partum, il ne s'agit pas d'une procédure sans encombre, étant donné l'abondance de conseils à donner en un temps réduit. Le thème de la contraception est, alors, abordé pendant quelques minutes seulement. En milieu extrahospitalier, l'information de la barrière linguistique n'est pas systématiquement transmise entre les professionnels, ce qui les oblige à postposer leur consultation pour y prévoir l'intervention d'un interprète.

Les sages-femmes à domicile rapportent, quant à elles, ne pas avoir la possibilité de faire appel à un interprète et devoir, par conséquent, avoir « *des conversations en "petit chinois" avec google traduction, voire avec l'enfant de 8 ans dans la pièce d'à côté* » (SF 3) ou mettre fin à leur suivi post-partum et référer la patiente à une autre organisation. Finalement, sur le terrain, il n'est pas rare que les mères en séjour irrégulier n'aient aucune information dans une langue qu'elles comprennent et maîtrisent suffisamment pour pouvoir s'exprimer et poser des questions, ce qui altère largement leur capacité à satisfaire leur besoin de contraception.

Les entretiens révèlent, également, d'importantes confusions au sujet de la situation sociale des mères en séjour irrégulier, dans le champ des professionnels de santé du post-partum. Cela concerne, entre autres, les statuts des personnes migrantes : « *sans-papiers, c'est demandeur d'asile ou réfugié ?* » (SF 5). Il existe, aussi, une réelle hétérogénéité des discours à propos des démarches administratives et la couverture effective de la contraception dans le cadre de l'AMU. Les termes et concepts de carte médicale et de réquisitoires sont fréquemment interchangeables. Les incompréhensions sont, de surcroît, explicites : « *je ne sais*

pas expliquer pourquoi mais c'est comme ça » (SF 3). De leur côté, les travailleurs sociaux considèrent que le système d'AMU est connu par les soignants.

Dans un grand nombre de cas, les échanges entre le professionnel social ou de santé et la mère en séjour irrégulier sont aussi marqués par diverses méconnaissances de la part de cette dernière. Tandis que certaines répondantes sont d'avis que *« les femmes ne savent pas qu'elles ont le droit d'avoir accès à la contraception »* (SF 4), d'autres estiment qu'*« en général, les patientes connaissent bien leurs droits et certaines en sont même revendicatrices »* (SF 5). En ce qui concerne l'AMU, les dames qui en bénéficient en sont généralement informées. Par contre, la nécessité d'avoir une carte médicale et un réquisitoire pour aller chez un médecin spécialiste n'est pas toujours maîtrisée. Face à l'organisation complexe des services, la répartition des compétences de santé, tant préventives que curatives, entre les professionnels et les institutions n'est pas aisément comprise par les patientes en séjour irrégulier. Dans la pratique, les professionnelles notent la difficulté de juger de la compréhension des mamans : *« il arrive qu'elles disent "oui, j'ai bien compris" alors que ce n'est pas le cas »* (SF 2).

Au cœur de la relation entre le soignant et la patiente, la confiance est, selon plusieurs répondantes, *« une vraie ressource pour avoir un réel échange sur le sujet »* (SF 3). Dès lors, sur le terrain, plusieurs consultations sont généralement requises pour aborder le sujet de la contraception au fur et à mesure des conversations. Dans le cas d'un suivi en post-partum proche uniquement, le manque de temps pour créer un lien de confiance avec la mère sans-papiers limite les soignants dans leur pratique d'éducation pour la santé.

En regard de leur expérience clinique, deux répondantes considèrent les séances de discussions en groupe comme un véritable levier en termes d'éducation pour la santé sexuelle et reproductive des mères sans-papiers. En plus de permettre aux participantes d'élargir leur réseau social, ces séances représentent l'occasion de rencontrer la sage-femme en dehors d'un colloque singulier. En conséquence, les femmes ont moins de craintes à faire la démarche de demande de soins. Autour de la contraception, les échanges collectifs se montrent *« vraiment aidants »* avec *« plein de questions qui émergent, auxquelles on n'aurait pas forcément répondu en one-to-one par manque de temps ou sans y penser »* (SF 3). Le groupe constitue, alors, un médiateur de l'individuel.

En conclusion, de multiples barrières et leviers influencent l'accès aux soins de santé pour les mères en situation irrégulière, surtout pour des mesures préventives telles que la contraception en post-partum. Dans le cadre de l'AMU, les assistants sociaux notent,

d'ailleurs, que la majorité des demandes ont lieu quand la personne est malade, sans qu'elle revienne lorsque son état de santé s'est amélioré. De plus, *« la plupart du temps, les gens vont à l'hôpital pour tout et n'importe quoi, au lieu d'aller chez le médecin généraliste »* (AS). Il en résulte que pour les mères sans-papiers, le premier contact se fait généralement à l'hôpital. En parallèle, leurs séjours hospitaliers sont prolongés en post-partum en raison de la complexité de leurs besoins psycho-médico-sociaux et du temps requis pour les satisfaire. Finalement, la prise en charge étant hospitalo-centrée, l'éducation pour la santé en matière de planification familiale doit principalement être réalisée en post-partum proche. Pourtant, *« ce n'est pas une période propice parce qu'il y a énormément d'informations, les nouvelles accouchées ne pensent pas à avoir des rapports sexuels et ne voient donc pas l'intérêt de parler de contraception ; elles ont d'autres préoccupations telles que l'hygiène et le bien-être de leur bébé »* (SF 1).

3.2.3. Réseau social

La grande majorité des répondantes considèrent le réseau social de la mère comme ayant une influence déterminante sur ses comportements de santé en post-partum, y compris au sujet de la planification familiale. Toutes n'évoquent que l'entourage présent en Belgique, en y distinguant la famille et les amis, d'une part, et les professionnels, d'autre part.

En ce qui concerne le réseau social informel, les professionnelles l'envisagent tant comme une barrière qu'un levier, ce qui est très difficile à appréhender dans la pratique. En effet, cela semble dépendre de la relation et de la confiance partagée par la mère et la tierce personne. Tandis que l'entourage peut transmettre des idées reçues qui sont erronées, il peut aussi être un appui pour une traduction, pour l'échange d'informations et de connaissances au sujet du système socio-sanitaire, des droits et de la contraception. Bénéficier du soutien émotionnel d'un proche lors d'une consultation médicale accroît, aux yeux des répondantes, la réceptivité de la femme et l'acceptabilité du moyen contraceptif choisi.

Dans le cas où la femme est mariée et que son époux est présent en Belgique, il apparaît comme le nœud le plus influent de son réseau social. De fait, *« souvent, ce que les dames nous racontent, c'est qu'elles prennent une contraception si leur mari est d'accord aussi »* (TMS 1). Celui-ci peut être bienveillant, soutenant, en demande, disponible à la discussion ou, au contraire, fermé et mal à l'aise. Sur le terrain, la SF 4 explique *« dans tous les cas d'abord se demander si on doit le cacher à son mari ou pas »*.

Concernant le fait d'être en famille avec des enfants en Belgique, les professionnelles l'identifient comme un réel levier pour la dame « *parce que ses enfants vont aller à l'école, à des activités ou même à des consultations médico-sociales, ce qui va lui permettre de se développer un réseau social* » (TMS 2).

Néanmoins, sur le terrain, les répondantes soulignent que les mères en séjour irrégulier sont généralement très isolées, avec peu de réseau social et de communauté desquels recevoir du soutien puisqu'elles sortent peu de leur domicile, ne travaillent pas et ne sont pas scolarisées. Il s'agit également de personnes qui sont à risque d'être « *contrôlées par quelqu'un, un trafiquant qui ne vient pas ici mais souvent qui l'attend pas loin, ce qui est terrible* » (SF 4).

Notons que les répondantes mettent en avant une tendance à l'homogénéité culturelle et ethnique au sein des réseaux sociaux des femmes migrantes. Effectivement, « *dans les lieux collectifs, elles se retrouvent généralement en communauté, les Erythréennes avec les Erythréennes par exemple donc pour la plupart des filles ici, c'est la première fois qu'elles parlent avec un Européen qui n'est pas de la police* » (SF 4). Cela peut expliquer leur méfiance vis-à-vis des services de santé belges et leur report des soins, surtout préventifs.

Le réseau de professionnels médico-sociaux constitue, en outre, une ressource incontestée par les répondantes. Bénéficier des services d'organisations et de professionnels dont la prise en charge est globale et continue, notamment sur le plan relationnel, apparaît comme un levier essentiel dans l'accès à une contraception satisfaisante. De fait, « *sans ce réseau et sans ces professionnels qui la réfèrent de l'un à l'autre, elle n'a simplement pas accès à la contraception vu qu'elle ne peut pas juste aller chez un médecin privé* » (TMS 2).

Dès lors, pour accroître la satisfaction du besoin de planification familiale en post-partum, « *la clé est vraiment de construire un réseau social d'amis et de professionnels sur lequel la maman peut s'appuyer* » (TMS 2).

3.2.4. Comportement individuel de planification familiale en post-partum

L'ensemble de ces déterminants de la santé influencent fondamentalement la satisfaction du besoin de planification familiale par le biais de deux critères essentiels, mis en évidence à de nombreuses reprises dans le discours des répondantes : la faisabilité et l'acceptabilité du moyen contraceptif aux yeux de la mère. L'évaluation de ces critères est, par définition, propre à chaque méthode mais aussi et surtout, à chaque femme.

D'une part, l'adoption d'une certaine contraception est faisable lorsqu'il n'y existe pas de contre-indications médicales. Ensuite, en pratique, il doit être totalement pris en charge par l'AMU ou accessible gratuitement par le biais d'un planning familial ou une association. La faisabilité est également déterminée par le mode d'action de la méthode, avec une prise plus ou moins complexe au quotidien. Chaque moyen contraceptif est, en parallèle, « *plus ou moins facile à expliquer et à comprendre lors de la consultation* » de santé (GYN). Devoir être présente à plusieurs rendez-vous médicaux peut aussi altérer sa faisabilité.

D'autre part, l'acceptabilité de la contraception est définie par les représentations et les convictions personnelles de la mère, en regard de son histoire de femme et de parent. Or, de nombreuses patientes ont un rapport violent avec leur corps. En raison de leur vécu pré-, per- et post-migratoire, il peut leur paraître inconcevable d'exercer un « *contrôle sur leur vie sexuelle* » et « *un droit sur leur corps* » (SF 4). Leur expérience de la contraception, parfois coercitive au cours du trajet migratoire, peut également compliquer le fait « *de se dire que c'est un choix qu'elles peuvent faire elles-mêmes* » (SF 3). En situation irrégulière, elles se méfient des institutions européennes, y compris des services de santé. Par convergence de ces différents éléments, les mères migrantes n'expriment que rarement leur envie et leur besoin d'espacer ou de limiter les naissances. Il est, dès lors, de la responsabilité des professionnelles sociales et médicales d'avoir une attitude proactive au sujet de la contraception.

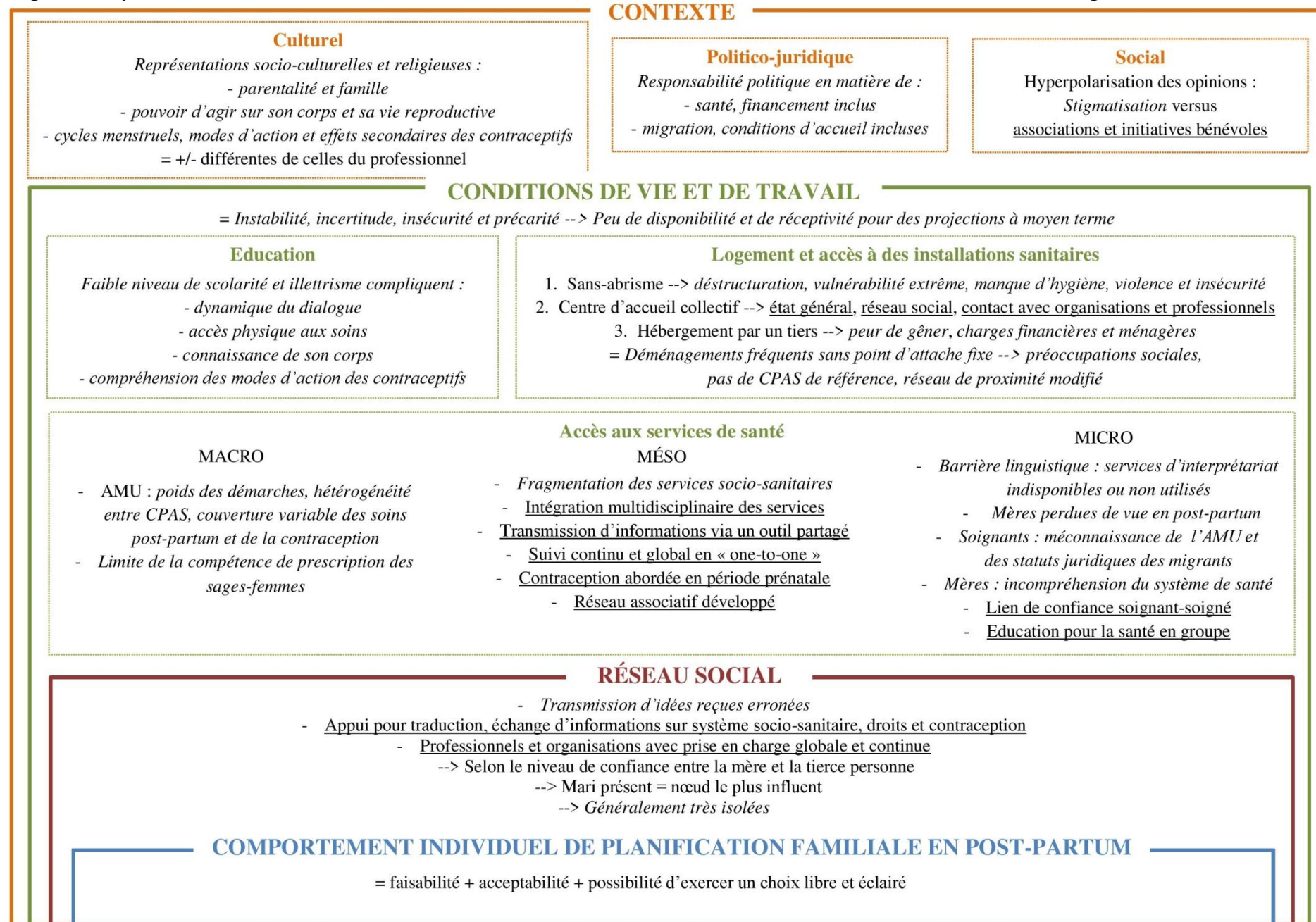
Finalement, la satisfaction du besoin de planification familiale, pour une mère en séjour irrégulier comme pour toute autre femme, requiert l'exercice d'un choix libre et éclairé, éminemment mis à mal par l'ensemble des barrières présentes sur son parcours de soins.

3.2.5. Synthèse

La figure 2, ci-dessous, illustre l'ensemble des résultats de cette recherche qualitative. Adaptés du modèle théorique de Dalhgren et Whitedhead (2007), les déterminants sociaux de la santé sont en constante interaction (*cfr.* I) Cadre théorique). En vertu de l'expérience des professionnelles socio-médicales interrogées, ils constituent les multiples rouages de la satisfaction du besoin de planification familiale des mères en séjour irrégulier en post-partum, problématique fondamentalement complexe.

Figure 2 – Synthèse des résultats de l'étude

Légende : barrières - leviers



IV) Discussion

4.1. En post-partum, comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier à Bruxelles ?

L'étude des filières de soins à travers l'expérience des professionnels de terrain a mis en évidence la présence de multiples barrières et leviers influençant l'adoption d'une contraception satisfaisante en post-partum, pour les mères en situation irrégulière. Améliorer la qualité de ces parcours requiert de considérer l'ensemble des déterminants de la santé pour en dépasser les faiblesses et en développer les forces aux niveaux macro, méso et micro. Une trajectoire de soins qui offrent aux femmes sans-papiers les conditions nécessaires à l'exercice d'un choix libre et éclairé en matière de contraception doit, dès lors, répondre aux critères d'accessibilité des services dans une perspective d'équité, mais aussi de globalité, de continuité, d'efficience des soins et d'approche centrée sur la personne.

Il s'agit, donc, de promouvoir le bien-être des mères en post-partum par des interventions optimales de protection de la santé, d'une part, et d'éducation sur la santé, d'autre part. Ainsi, quelles pistes d'action explorer, dans le champ bruxellois de la santé périnatale, pour répondre à ces impératifs de qualité et faire correspondre l'offre et le besoin de promotion de la santé ?

4.1.1. Accessibilité et équité des services

L'accès aux soins correspond à « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus, de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* » (Lurie, 1997 ; Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Ainsi, l'accessibilité des services de santé est définie par leur accès potentiel, qui correspond à la possibilité de les utiliser, en amont de leur accès effectif (Anderson et al., 1977 ; Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Au-delà de l'accessibilité physique, il s'agit de considérer et d'améliorer l'accessibilité financière et institutionnelle des services de planification familiale pour les mères en séjour irrégulier, en post-partum. L'enjeu central est d'y favoriser l'accès primaire aux soins, soit l'entrée dans le système de santé (Lurie, 1997 ; Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006).

4.1.1.1. *Accessibilité financière à la planification familiale*

En matière de santé maternelle, le coût direct des soins représente une barrière majeure pour l'accès aux services (Chiarenza et al., 2019 ; Keygnaert et al., 2016 ; Keygnaert et al., 2014). « *Véritable parcours du combattant* » (Médecins du Monde, 2018), l'accessibilité

financière à une planification familiale satisfaisante pour les migrantes en situation irrégulière est fondamentalement définie par les forces et faiblesses du système belge d'AMU.

De manière transversale, le poids des démarches administratives d'AMU pour les femmes sans-papiers et leur complexité pour les professionnels de santé ressortent particulièrement des résultats de cette étude, en cohésion avec d'autres (Dauvrin, Gysen et Lorant, 2016 ; Keygnaert et al., 2014). En raison du caractère imprévisible du retour de couches en post-partum, le besoin imminent d'une contraception contraste avec la longueur des procédures. Recommandée par les répondantes et par la littérature, leur simplification requiert l'adoption de diverses mesures (Roberfroid et al., 2015 ; INAMI et Médecins du Monde, 2014).

Premièrement, cette recherche qualitative a mis en évidence de grandes incompréhensions et méconnaissances du fonctionnement de l'AMU de la part des professionnelles de la santé périnatale et de la planification familiale (Chiarenza et al., 2019 ; Subury et Robinson, 2016 ; Keygnaert et al., 2014). Or, selon les travailleurs sociaux de CPAS, cette matière est généralement connue par les soignants. Nous observons un réel décalage de point de vue entre les deux domaines d'activité, malgré leur interdépendance dans la provision d'aide aux publics vulnérables. Mettre en place des dispositifs de formation continue²² au sujet de l'AMU, par les CPAS et pour les professionnels de santé bruxellois, permettrait d'augmenter leur capacité à comprendre l'ensemble des rouages du système.

Deuxièmement, la grande nécessité d'harmoniser les pratiques entre les dix-neuf CPAS de l'agglomération est soulignée, afin d'accroître leur capacité à prendre en charge des mères en séjour irrégulier et de réduire l'iniquité des parcours de soins. En effet, l'interprétation de la législation fédérale diffère d'une commune à l'autre, avec des critères internes hétérogènes pour les modalités de couverture des frais de planification familiale.

Ainsi, standardiser l'utilisation et le format de la « carte santé » apparaît nécessaire pour écarter la complexité du système de réquisitoires propres à chaque épisode de soins, pratiqué dans certaines communes (Roberfroid et al., 2015). Pour accéder à la contraception postnatale, il serait également pertinent d'accorder la capacité de prescription de services et de

²² Notons que dans le cadre du projet « Born in Brussels », la mise en place d'un « *numéro d'appel de soutien à la première ligne de soins* » est prévue, après concertation avec les professionnels de terrain (Born in Brussels, 2020). Son objectif étant d'aider les « *professionnels du secteur périnatal désireux d'accorder à chaque (future) maman un trajet de soins le plus approprié possible durant la grossesse et 6 semaines après la naissance* » à « *mieux prendre en charge les femmes enceintes vulnérables* », le sujet de l'AMU pourrait éventuellement y être développé (Born in Brussels, 2020).

médicaments sous AMU à une sage-femme ou un planning familial de référence, explicitement mentionnés sur la carte médicale.

Les soins de santé prestés au cours du mois de traitement de la requête d'AMU sont pris en charge par le CPAS suite à une réponse affirmative, ce qui constitue une force du système. Par contre, dans le cas où la demande est refusée, les prestataires ne sont pas rémunérés. Cette incertitude induit une crainte, voire une incapacité, des professionnels de santé à soigner des patientes dont le dossier est en cours d'analyse. La délivrance systématique d'une carte médicale provisoire de trente jours, potentiellement renouvelable, pour toute demande d'AMU réduirait cette faiblesse (Roberfroid et al., 2015).

En pratique, à Bruxelles, le délai de la couverture accordée semble varier d'un à trois mois pour les femmes en prénatal ou en post-partum. La prise en charge d'AMU étant variable d'une commune à l'autre, mais également d'une dame à l'autre, les trajets de soins le sont tout autant en termes de continuité et de globalité des soins. Dans tous les cas, un tel délai apparaît trop court pour concrétiser une décision optimale de contraception, d'autant plus que l'accès physique au CPAS pour le renouvellement de son dossier est compliqué pour les mères en post-partum. Il serait, dès lors, pertinent d'accorder une carte médicale pour un délai systématiquement maximal à l'ensemble des femmes enceintes et nouvelles accouchées, à l'image des malades chroniques.

Concernant les activités couvertes par l'AMU, il est essentiel que l'AMU couvre la totalité des prestations de la nomenclature INAMI, y compris les consultations des sages-femmes, des médecins généralistes et des gynécologues, nécessaires pour l'adoption d'une contraception satisfaisante. Cela pourrait être fait en transposant la liste de couverture accordée aux demandeurs d'asile²³ (Roberfroid et al., 2015). Dans cette perspective, une mère sans-papiers n'aurait, par exemple, besoin d'aucune somme d'argent pour bénéficier des consultations d'une sage-femme indépendante conventionnée et appliquant le tiers payant.

Pour une femme sans-papiers, la possibilité de se procurer un contraceptif en pharmacie est également conditionnée par l'AMU. Ces médicaments font partie de la catégorie de remboursement D, à savoir qu'ils ne sont pas pris en charge par le SPP IS, mais par chaque

²³ Selon l'arrêté royal du 9 avril 2007, les demandeurs d'asile bénéficient de la prise en charge de toutes les prestations médicales de la nomenclature INAMI, à l'exception de « l'orthodontie ; de l'investigation et traitement d'infertilité ; des prothèses dentaires lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quel que soit l'âge du demandeur d'asile ; des interventions purement esthétiques sauf pour la reconstruction après la chirurgie ou un trauma ; des soins dentaires et les extractions dentaires sous anesthésie générale » qui « apparaissent comme manifestement non nécessaires ».

CPAS, sur ses fonds propres. Selon les professionnelles de santé, les décisions à cet égard sont très hétérogènes entre les CPAS, avec ou sans ticket modérateur à charge de la mère. Cette observation contraste avec le fait - nécessaire - que « *les 19 CPAS de l'agglomération bruxelloise se réfèrent à une liste commune de médicaments non remboursables (catégorie D) qu'ils couvrent systématiquement* » (Roberfroid, 2015). Notons que, pour les demandeurs d'asile, les traitements de la catégorie D sont, pour la plupart, pris en charge « *étant donné qu'ils relèvent de la vie quotidienne* » (Moniteur belge, 2007). L'adoption de cette mesure dans le cadre de l'AMU permettrait à toutes les mères en séjour irrégulier d'avoir accès à l'ensemble des contraceptifs existants, indépendamment de leur situation économique. Il serait, en parallèle, tout à fait intéressant et coût-efficace d'encourager la prescription et la délivrance des médicaments génériques ou les moins chers possible (Roberfroid et al., 2015).

Troisièmement, les conditions de délivrance de l'AMU présentent aussi des faiblesses à améliorer pour favoriser la satisfaction du besoin postnatal de planification familiale des mères en séjour irrégulier. Pour obtenir l'AMU, la demandeuse doit résider de manière habituelle sur le territoire de la commune concernée par l'ouverture de son dossier. Or, qu'elle soit sans abri, logée dans un centre d'accueil collectif ou hébergée par des tiers, sa situation résidentielle est généralement incertaine et instable (Keygnaert et al., 2014). Il apparaît, dès lors, pertinent de revoir les critères de définition du CPAS compétent, afin qu'ils correspondent davantage avec la réalité quotidienne des personnes en séjour irrégulier. Modifier le système d'attribution des demandes d'AMU permettrait, en outre, de répartir la charge de travail entre les différents CPAS de l'agglomération bruxelloise. En effet, le volume d'AMU octroyées varie largement d'une commune à l'autre²⁴, notamment en fonction du nombre d'hébergements collectifs sur leur territoire. Or, bien que le volume de dossiers traités - et donc d'AMU potentiellement délivrées - ne soit pas limité par la loi, il l'est quotidiennement par la capacité de l'institution en termes de ressources humaines.

L'état d'indigence de la demandeuse et de ses cohabitants est également une condition pour bénéficier de l'AMU, y compris de la prise en charge des éventuels tickets modérateurs des prestations de santé par le SPP IS. Le jugement de l'état de besoin du foyer, peu transparent et variable d'une commune à l'autre, mériterait aussi d'être harmonisé par l'établissement de critères de décision dans la législation belge (Roberfroid et al., 2015).

²⁴ Selon le Service Etudes du SPP IS, le nombre de personnes à qui une AMU a été octroyée en 2018 s'élève à 3924 à Bruxelles-Ville, 2239 à Anderlecht, 1806 à Molenbeek-Saint-Jean, 1937 à Schaerbeek. Ce nombre s'élève à 96 à Ganshoren, 44 à Auderghem, 41 à Woluwe-Saint-Pierre, 40 à Watermael-Boitsfort.

Ces deux premières conditions pour obtenir l'AMU sont vérifiées à l'occasion d'une visite à domicile de l'assistante sociale du CPAS compétent. Cela représente une charge de travail considérable pour le personnel social. De plus, en raison de la criminalisation de l'hébergement de personnes sans titre de séjour et de la peur d'une dénonciation avec un retour forcé ou une détention, une visite à domicile comporte un coût émotionnel et social important pour les demandeurs d'AMU, pouvant décourager l'accès aux soins de santé (Chiarenza et al., 2016).

En troisième condition, un certificat médical doit attester de la nécessité, pour la femme, de bénéficier de soins de santé. Il revient alors au médecin d'estimer « *le caractère urgent* » de ces soins, requis mais indéfini par la législation (Moniteur belge, 1996). Couplée à l'appellation inadéquate d'aide médicale urgente, cette condition d'application ne permet pas d'appliquer le fait que l'AMU puisse « *couvrir des soins de nature tant préventive que curative* » (Moniteur belge, 1996). Cela constitue un écart non négligeable entre la loi et sa mise en application, notamment documenté par Chiarenza et al. (2019). Dès lors, modifier le nom de l'AMU et lever la nécessité d'un certificat médical *ad hoc* permettrait de favoriser la prise en charge effective des soins préventifs tels que le conseil, la prescription, l'obtention et la pose d'une contraception (Roberfroid et al., 2015).

En plus de ces trois premières conditions, dont la mention est explicite dans la législation belge, certains CPAS bruxellois demandent aux personnes en séjour irrégulier de faire preuve d'une volonté d'attache durable en Belgique, par le biais d'une déclaration sur l'honneur. Sur le fond, cette pratique implique, d'une part, l'exclusion systémique des mères en transit, d'autant plus vulnérables. Elle ne laisse, d'autre part, aucune place à la reconnaissance du projet migratoire, familial et parental de la mère (Sarolea, 2018). Sur la forme, remplir cette condition nécessite de s'engager auprès d'une institution belge en y laissant une trace écrite, ce qui peut être difficile pour une personne vivant avec la peur omniprésente d'être dénoncée aux autorités (Chiarenza et al., 2019).

Par conséquent, cette étude se joint aux publications de diverses institutions belges (Roberfroid et al., 2015 ; INAMI et Médecins du Monde, 2014) pour attester de la nécessité d'une importante réforme de l'AMU en ses différentes dimensions, co-construite avec les parties prenantes sur le terrain, pour accroître la satisfaction du besoin de planification familiale des mères en situation irrégulière.

4.1.1.2. *Accessibilité institutionnelle à la planification familiale*

En amont de la capacité financière à accéder à un service de planification familiale, l'accessibilité institutionnelle recouvre le droit de la mère en séjour irrégulier à jouir de conditions de vie favorables pour sa santé. Elle est fondamentalement influencée par les législations belges, en lien étroit avec le contexte socio-politique.

Du vécu des répondantes de cette étude, il ressort que l'incertitude et l'insécurité qui caractérisent le quotidien des mères en séjour irrégulier en post-partum ne leur permettent pas de se projeter à moyen ou long terme. La planification familiale est, alors, loin d'être une priorité pour laquelle elles sont disponibles et réceptives.

En Belgique, l'extrême précarité dans laquelle se trouvent les personnes sans titre de séjour s'explique, entre autres, par la politique de lutte contre l'immigration irrégulière par la privation des droits sociaux, menée depuis plusieurs dizaines d'années. Ainsi, la législation de 1978 supprimant leur droit au minimum de moyens d'existence consiste à leur nier l'accès au marché du travail, mais également à toute aide sociale. Effectivement, *« s'ils ne peuvent pas travailler légalement et qu'ils sont privés du minimum pour vivre, il est jugé qu'ils partiront de leur plein gré »* (Sarolea, 2018). En réponse à un recours du monde associatif, la Cour Constitutionnelle a jugé cette loi adéquate, répondant à un objectif légitime par un moyen proportionné (Sarolea, 2018 ; Cour Constitutionnelle, 1994). Parmi les exceptions de cette législation, se trouvent l'accès à l'AMU ainsi que la possibilité pour les familles avec des enfants mineurs d'être hébergées dans un centre géré par l'Office des Etrangers et Fedasil et d'être intégrées dans des programmes de retour volontaire (Doyen, 2015). Par un système de contrôle de l'octroi de l'AMU vis-à-vis de ses dispensateurs (Chambre des Représentants de Belgique, 2018), un récent projet de réforme fédérale traduit la volonté de restreindre l'application effective de cette exception, accroissant la privation des droits sociaux des personnes en séjour irrégulier.

Ces fondements politiques se sont également révélés dans les discours d'une partie de l'échantillon de cette étude. Ils concrétisent l'existence, à l'égard des personnes immigrées, des stéréotypes de menaces réalistes, basées sur le conflit de ressources matérielles telles que les opportunités d'emploi ou les logements, et de menaces symboliques, nourries par l'identification de valeurs et de croyances différentes chez autrui (Yzerbyt, 2018). Notamment véhiculées par les médias, ces opinions créent des préjugés, soit un sentiment de crainte et de mépris, qui aboutissent à une discrimination des groupes minoritaires (Yzerbyt, 2018). Sur le

terrain, cela se traduit par un refus d'accès aux soins de la part de certaines institutions ou certains professionnels de santé à l'égard des patients sans titre de séjour ; tandis que le contact entre les groupes, encouragé par les autorités, est une solution intéressante pour contrer les tendances ethnocentriques (Yzerbyt, 2018).

Face à ces tendances politiques et sociales, de nombreuses initiatives citoyennes et associatives s'organisent dans la région de Bruxelles-Capitale, pour permettre aux migrantes en séjour irrégulier d'avoir un accès effectif à la planification familiale ainsi qu'à des logements, des vêtements et des ressources alimentaires. Bien que ces interventions présentent une plus-value importante dans l'offre de soins en post-partum, les recherches « *se questionnent sur la pérennité de telles stratégies* » (Keygnaert et al., 2014 – traduction libre). En parallèle, ces associations mènent de multiples actions de plaidoyer pour interpeller le monde politique sur le sujet.

Il apparaît, effectivement, essentiel que les autorités fédérales exercent leur responsabilité d'assurer aux mères sans-papiers l'accès direct et indirect à la planification familiale, notamment par la garantie de leurs droits minimaux. Cela doit être assuré en regard des réalités locales et en tout temps, indépendamment des crises économiques et politiques (Gsir, Lafleur et Stanek, 2016), mais également sanitaires²⁵ (Conseil de l'Europe, 2020).

Finalement, en regard de l'expérience clinique de l'échantillon interrogé, il est essentiel que l'accessibilité aux services de planification familiale soient garantie en post-partum - tant en théorie qu'en pratique - pour toutes les mères, peu importe leur statut juridique (Chiarenza et al., 2019 ; Keygnaert et al., 2014). Il s'agit d'adopter et d'implémenter des politiques nationales et internationales multisectorielles et davantage inclusives, fondées sur les droits et orientées vers la réduction des inégalités sociales de santé (Keygnaert et al., 2014). Cela se joue à travers les différents niveaux de pouvoir et dans une perspective de « *health in all policies* » (OMS, 2013), politiques migratoires comprises. Les diverses mesures pouvant être implémentées à cet effet doivent être appliquées dans une perspective d'équité, axées vers « *l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques* » (OMS, 2020). Il s'agit, là, d'un choix de valeurs sociétales et éthiques.

²⁵ Notons qu'en cette période de pandémie du covid-19, le Comité européen des droits sociaux observe que « *la protection du droit à la santé pour tous doit être le but premier de toutes les mesures et politiques publiques, car les pandémies – et les réponses des États à celles-ci – peuvent comporter des risques non négligeables pour de nombreux autres droits sociaux* » (Conseil de l'Europe, 2020).

4.1.2. Globalité et continuité des soins

Les filières de soins postnataux en matière de planification familiale sont particulièrement différenciées, tant au niveau clinique que professionnel et organisationnel. En effet, pour accéder à un moyen contraceptif satisfaisant, une mère en situation irrégulière voit généralement huit organisations différentes, dix services différents et au moins autant de professionnels différents. En plus d'avoir sa propre structure physique, chaque organisation, service et professionnel assure sa propre division du travail et ses propres responsabilités, sur base des fonctions qu'il remplit dans la trajectoire de soins. La culture organisationnelle et professionnelle diffère également, tant au niveau formel, en termes de règles et de procédures qu'au niveau informel, en termes d'attitudes et de routines (Axelsson et Axelsson, 2006). Il s'agit finalement d'un système fragmenté, à savoir qu'un tel niveau de différenciation structurelle, fonctionnelle et culturelle ne permet pas d'assurer le travail conjoint qui est requis par la complexité de la prise en charge (Axelsson et Axelsson, 2006).

L'organisation actuelle des soins en post-partum est, ainsi, incapable de rencontrer les attentes et les besoins multidimensionnels des mères en situation irrégulière. Avec des « gaps » fonctionnels, des discontinuités et des chevauchements de services (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Chiarenza et al., 2019), leurs parcours sont marqués par des carences en globalité et en continuité des soins, réduisant leur possibilité d'adopter une contraception satisfaisante. Ainsi, *« la fragmentation et la méconnaissance de l'offre de prise en charge postnatale à domicile et l'absence de réseaux informels de soutien forment un contexte global qui accroît le risque de voir les familles les plus vulnérables tomber en dehors du système de soins postnatals »* (Benahmed et al., 2014).

Ces dernières années, différents projets d'intégration des soins ont vu le jour en Belgique, pour améliorer la manière dont sont gérés et fournis les soins de santé, *« dans un continuum de promotion de la santé, [...] aux différents niveaux et lieux de soins, et en fonction des besoins du patient »* (OMS, 2019). Il s'agit, en fait, d'une *« réorganisation complète des services de soins et d'aide avec une mise en commun des ressources et un ajustement des pratiques »* (Van Durme et Macq, 2018). Dans le domaine de la périnatalité, suite aux recommandations du KCE (Benahmed et al., 2014), les projets pilotes *« accouchement avec séjour hospitalier écourté »* s'intéressent à l'organisation des soins intra- et extrahospitalier, avec une *« importance accordée par la ministre au maintien de la qualité à la continuité des*

soins » et une « *attention particulière vis-à-vis de l'autonomisation [...] des familles vulnérables* » (SPF SP, 2019).

Tandis qu'énoncer des recommandations de bonnes pratiques au sujet de l'intégration systémique, organisationnelle et professionnelle (Valentijn et al., 2013) nécessiterait une analyse *ad hoc* de la situation, des pistes d'action cliniques ressortent de cette étude pour accroître la continuité et la globalité des soins de planification familiale en post-partum.

4.1.2.1. Continuité des soins

Multidimensionnelle, la continuité des soins s'intéresse aux transitions entre les épisodes de soins. Elle est tant informationnelle que managériale et relationnelle, ces trois composantes étant fondamentalement interreliées. Ainsi, la continuité informationnelle fait référence à la manière dont « *les informations de santé de la patiente circulent avec elle à travers le système de santé au fil du temps, avec le même praticien et entre les praticiens, dans différents contextes* » (Karam, Lambert et Macq, 2019 – traduction libre). La continuité managériale veille, quant à elle, à ce que « *les soins fournis par différents prestataires soient séquencés de manière cohérente* » (Karam, Lambert et Macq, 2019 – traduction libre). Enfin, la continuité relationnelle ou interpersonnelle se manifeste par une relation durable et de qualité entre le soignant et la patiente (Karam, Lambert et Macq, 2019).

En matière de planification familiale, les filières de soins postnatales des mères sans-papiers ont tendance à présenter des discontinuités inter-épisodes. Les expériences de patientes « perdues de vue » en post-partum font, effectivement, partie du quotidien des professionnelles de santé interrogées. En outre, des goulots d'étranglement sont observés, d'une part, entre les secteurs social et médical et, d'autre part, lors du passage de la dame de l'hôpital à son domicile. En pratique, cela se traduit par un gaspillage de ressources humaines et matérielles, liées à une superposition des services tels que l'anamnèse, le conseil et l'information au sujet de l'AMU et de la contraception. Au niveau micro, l'incompréhension et la confusion des mères peuvent mener à un abandon des soins (Chiarenza et al., 2019). Ainsi, lorsqu'il n'y a pas de contact téléphonique entre les prestataires, « *le seul lien entre eux est la (future) mère elle-même (armée de son carnet de l'ONE dans les meilleurs cas)* » (Benahmed et al., 2014). Pour les dames en séjour irrégulier, assurer cette lourde responsabilité est largement compliqué par la barrière linguistique, leur faible niveau de scolarité, leur méconnaissance du système complexe de santé, l'ensemble de leurs préoccupations annexes, leur peur à l'égard des institutions européennes.

Dès lors, premièrement, optimiser le transfert interprofessionnel et interorganisationnel des informations de santé des patientes nécessite de développer un outil standardisé à cet effet. L'évaluation du projet de séjour écourté en maternité suggère, ainsi, de « *prévoir un dossier électronique commun accessible à tous les prestataires de soins au sein et en dehors de l'hôpital en vue de favoriser [leur] collaboration* » (SPF SP, 2019). L'ensemble du parcours post-partum - y compris la planification familiale - serait, alors, documenté dans un « dossier de maternité » multidisciplinaire, inclus dans le DMG de la mère (Benahmed et al., 2014).

En ce qui concerne le partage intersectoriel des informations sociales au sujet de l'AMU, le système informatisé MediPrima²⁶ permet aux soignants d'accéder par voie directe et électronique à la décision du CPAS. Le projet étant en cours d'extension, il couvre actuellement les prestations en établissements de soins ou chez les médecins généralistes et la délivrance des médicaments en pharmacie (SPP IS, 2020). Il est prévu qu'il soit, à terme, étendu « *à tous les prestataires de soins* » (SPP IS, 2013).

Cependant, ces deux outils se concentrent exclusivement sur le trajet de soins belge. Or, les mères en situation irrégulière peuvent avoir une histoire médicale, notamment contraceptive, au cours de leur trajet migratoire. Le manque d'informations sur le passé médical des patients migrants représente, d'ailleurs, une difficulté pour les soignants (Chiarenza et al., 2019). Un système européen pourrait, de ce fait, être envisagé pour permettre aux personnes migrantes d'avoir accès à leurs informations de santé en tout lieu, afin de les communiquer quand cela s'avère nécessaire (Chiarenza et al., 2019).

Notons que, pour être efficace, l'outil doit être partagé et donc accessible à tous les prestataires socio-médicaux, formés à son utilisation. Il est également essentiel qu'il respecte les réglementations européennes relatives à la « *protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données* » (Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne, 2016). Dans une perspective de secret professionnel partagé²⁷, les données de santé ne peuvent en aucun cas être disponibles à des fins de contrôle des personnes en séjour irrégulier par les autorités belges.

²⁶ « MediPrima est un système informatisé qui permet la gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS. Ce système couvre tout le cycle des décisions de prise en charge des frais médicaux, depuis l'octroi de l'aide à la personne et son enregistrement dans une base de données par le CPAS, jusqu'au remboursement automatisé des dispensateurs de soins par la CAAMI. » (SPP IS, 2020).

²⁷ Le secret professionnel partagé est autorisé si et seulement s'il concerne une communication limitée à des tiers également soumis au secret professionnel [et] mus par le même objectif, à ce qui est nécessaire et pertinent dans le cadre de la mission du dépositaire du secret, après information et consentement préalable de la personne

Deuxièmement, pour que les services sociaux et médicaux soient offerts de manière optimale les uns après les autres, il apparaît essentiel d'accompagner les mères en séjour irrégulier dans leurs prises de rendez-vous et de faciliter leur accès physique aux soins. En raison de la multidisciplinarité des parcours de soins, il s'agit aussi d'informer la dame sur le rôle des différentes organisations et professionnels impliqués. Étant donné la complexité de la problématique de planification familiale, une séquence optimale des soins pour une mère en séjour irrégulier est adaptée à son contexte et à sa situation, particulièrement changeante au fil des jours et des semaines. Difficile à standardiser, elle est encouragée par une coordination par un soignant de référence, en « one-to-one », tout au long du parcours périnatal.

Troisièmement, la confiance entre le soignant et la mère en séjour irrégulier constitue un levier important de la satisfaction du besoin de planification familiale en post-partum. Elle permet d'aborder avec bienveillance et sérénité le sujet de la planification familiale, particulièrement sensible en raison de l'ensemble des représentations sociales qui s'y rapportent. Or, les systèmes de soins hospitalo-centrés accordent, traditionnellement, moins d'importance à la continuité relationnelle (Karam, Lambert et Macq, 2019). De plus, la création d'un tel lien avec une mère sans-papiers nécessite un grand investissement de temps et d'énergie, compte tenu de la différence culturelle et linguistique, mais aussi de la méfiance de la bénéficiaire. Le fait de voir les mêmes prestataires ou, en tout cas, d'avoir un soignant de référence tout au long de la prise en charge pré- et postnatale permet, donc, d'apprendre à se connaître et d'assurer une continuité relationnelle (Karam, Lambert et Macq, 2019).

4.1.2.2. *Globalité des soins*

Une prise en charge de santé est globale lorsque la patiente reçoit l'entièreté des services qui lui sont nécessaires. Dans le cas de la planification familiale en post-partum, une mère sans titre de séjour a besoin d'informations et de conseils concernant la contraception, mais également le système de santé et d'aide sociale ; d'une prescription du médicament ; d'une pose du contraceptif et d'un contrôle, le cas échéant. Intersectoriel, l'ensemble de cet accompagnement postnatal est tant médical que social. Pour les mères en situation irrégulière, la maternité sans complications constitue une trajectoire de soins complexe du fait de la multitude de professionnels et d'organisations qui y interviennent, de la variété de l'offre de services disponibles, de la variabilité de la prise en charge sociale et des facteurs de

protégée (Hausmann, 2019). En outre, dans le champ de la santé, « *tout praticien [...] est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles et nécessaires d'ordre médical ou pharmaceutique le concernant* » (Moniteur belge, 2015).

vulnérabilité bio-psycho-sociaux de ses bénéficiaires. Cette complexité est d'autant plus grande lorsque la mère présente des comorbidités, quelles qu'elles soient.

L'étude des parcours de soins des personnes migrantes met en évidence le besoin « *crucial* » de mettre en place des mécanismes de coordination entre les parties prenantes (Chiarenza et al., 2019). Du vécu de l'échantillon de cette recherche, ressort l'intérêt d'une coordination collective, par un prestataire qui garantit un agencement contextualisé des services avec la femme, selon des modalités décidées ensemble (Lambert et al., 2019). Avec une vision holistique des besoins et des attentes de la mère tout au long de son parcours pré- et postnatal, le gestionnaire de cas mobilise le réseau d'acteurs multidisciplinaires et interdépendants (Lambert et al., 2019). Polyvalents et en première ligne du système de santé périnatal bruxellois, les TMS, les sages-femmes et les médecins généralistes possèdent les qualités indispensables pour ce rôle.

Finalement, il s'agit, pour le gestionnaire de cas, d'avoir une attitude proactive (Chiarenza et al., 2019) pour permettre aux mères en séjour irrégulier de bénéficier des services tant curatifs que préventifs - planification familiale incluse - en post-partum, l'objectif étant de réduire les inégalités d'accès secondaire aux soins par omission. Celles-ci sont définies par la « *manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact* » (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006), conséquences du fonctionnement du système de soins belge, fondé sur un modèle biomédical centré sur la maladie. Non intentionnelles, elles sont la conséquence d'un défaut de coordination interprofessionnelle et interorganisationnelle (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006).

En parallèle, éviter les allers et retours de la mère en situation irrégulière entre les différents services de santé apparaît comme un levier à mobiliser pour favoriser la satisfaction de son besoin de planification familiale. Pour ce faire, il est essentiel que l'ensemble des interventions puissent être assurées par un même professionnel ou au sein d'une même institution de soins, éventuellement au cours d'une même consultation. Dans cette perspective, l'élargissement du champ de compétences de la sage-femme belge constitue une piste d'action concrète à explorer. Cette professionnelle occupe une place stratégique dans l'offre de services périnatale pour les mères en séjour irrégulier, en raison de son rôle d'éducation pour la santé dans divers lieux d'exercice. Notons également que le paiement des prestations d'une sage-femme indépendante conventionnée ne comporte aucun ticket

modérateur. L'enjeu y est, globalement, d'élargir sa capacité à activer l'ensemble des leviers liés aux déterminants sociaux de la santé pour ses patientes sans titre de séjour belge.

En outre, l'expérience des sages-femmes extrahospitalières de l'échantillon de cette recherche témoigne de la nécessité d'étendre leur liste de prescriptions médicamenteuses autorisées, actuellement limitée à la pilule contraceptive en post-partum. Le Conseil Fédéral des Sages-Femmes recommande, effectivement, que la sage-femme formée à la pharmacologie puisse « *prescrire à chaque moment les différentes formes de contraceptifs* » (SPF SP, 2014). Pouvoir proposer l'entièreté des choix existants et avoir une prise en charge globale de la planification familiale nécessite, par ailleurs, des compétences de pose et de retrait des contraceptifs invasifs. À l'image de son homologue française, la sage-femme belge pourrait effectuer l'insertion, la surveillance ainsi que le retrait des dispositifs intra-utérins et de l'implant en toute autonomie (Ordre des sages-femmes, 2020). Une telle modification du profil professionnel exigerait des adaptations du cursus scolaire ou la mise en place d'une formation continue aboutissant à une certification *ad hoc*, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté Flamande et Germanophone.

4.1.3. Efficiencia des parcours de soins

Au-delà de l'efficiencia de la planification familiale en elle-même, l'étude des filières de soins post-partum des mères en situation irrégulière met en avant le rapport coût-efficacité des interventions qui les composent. Ainsi, le recours à un service d'interprétariat et la prestation de consultations de conseil apparaissent comme des activités à haute valeur ajoutée, à promouvoir dans l'ensemble des contextes de soins.

Premièrement, le recours à l'interprétariat constitue un levier essentiel pour dépasser la barrière linguistique, particulièrement présente sur les trajets de soins des mères migrantes. En effet, le fait que les soignants et la patiente ne maîtrisent pas la même langue a de multiples conséquences sur la qualité des soins. Dans le champ de la mère d'origine étrangère, la barrière linguistique l'empêche de poser des questions, altère sa compréhension de la problématique abordée, réduit son adhérence aux prescriptions médicamenteuses, la rend davantage susceptible de ne pas se présenter aux consultations suivantes (Schouten et al., 2019). L'impact sur sa satisfaction globale (Kluge et al., 2012 ; Wollscheid et al., 2015 ; Schouten et al., 2019), sur son bien-être (Piacentini et al., 2019) et sur sa capacité à répondre à son besoin de planification est manifeste. Le professionnel de santé, quant à lui, rencontre des difficultés à appréhender les émotions et à identifier les besoins de son interlocuteur (Dauvrin

et Lorant, 2014). Les diverses incompréhensions entre la mère et le prestataire de soins mènent à des carences informationnelles, mais aussi à de la frustration et des inquiétudes des deux parties impliquées dans cette situation stressante (Sami et al., 2019). Sans possibilité d'y faire face, la barrière linguistique peut les contraindre à réduire le nombre de consultations, voire à mettre fin au suivi postnatal.

C'est pourquoi l'ensemble de ces conséquences sont à éviter en mettant en place des activités d'interprétariat tout au long des trajectoires de soins des mères sans-papiers. Pour ce faire, un membre de l'entourage familial ou amical de la patiente peut être mobilisé. Cependant, cet interprétariat informel pose question en termes de qualité et de véracité de la traduction, mais aussi de confidentialité et de secret professionnel (Sami et al., 2019), surtout pour un sujet sensible - voire tabou - tel que la contraception. Ainsi, tandis que l'utilisation d'un service professionnel d'interprétariat constitue généralement le *gold standard*, Schouten et al. (2019) suggèrent d'avoir une pratique au cas par cas, selon la nature et la complexité de la problématique à aborder, les préférences de la patiente, la relation de confiance entre la patiente et le traducteur informel. Notons, néanmoins, que l'échantillon de cette recherche souligne la difficulté d'appréhender cette dernière dimension.

Dès lors, le recours à un service d'interprétariat professionnel, à plusieurs reprises, apparaît comme une intervention à haute valeur ajoutée qui améliore considérablement la qualité de la communication au sujet de la planification familiale et, *in fine*, la prise en charge dans sa globalité. Son intérêt sur le plan éthique est également significatif : il diminue la discrimination en permettant l'accès à des soins équitables par rapport aux patientes francophones (Brandl, Schreiter et Schouler-Ocak, 2020). Il s'agit, d'ailleurs, de respecter l'obligation légale d'une « *communication avec le patient [qui] se déroule dans une langue claire* » (Moniteur belge, 2002). En outre, bien qu'aucune recherche n'atteste de la réduction des coûts médicaux à plus long terme, l'utilisation d'un système d'interprètes professionnels constitue une dépense relativement faible par rapport à l'ensemble du budget des soins de santé (Brandl, Schreiter et Schouler-Ocak, 2020).

Ceci dit, la collaboration avec un interprète présente des effets annexes qui sont importants à prendre en compte. L'intervention d'un tiers rajoute inévitablement un écran dans le colloque singulier soignant-patient. Bien que l'échantillon soit mitigé à ce propos, la présence d'un homme peut, de surcroît, altérer la dynamique des échanges au sujet de la planification familiale. En visant la neutralité, l'interprétariat induit également un manque - potentiellement

déjà présent - de communication affective et d'empathie (Schouten et al., 2019) entre le professionnel et la mère sans titre de séjour.

La présente étude relève deux observations à l'égard de l'utilisation des services d'interprétariat professionnels au cours des parcours de soins post-partum des femmes en séjour irrégulier. D'une part, tous les professionnels et toutes les organisations du réseau périnatal bruxellois n'ont pas accès à un tel service. Tandis que les unités hospitalières, l'ONE et certaines associations non gouvernementales peuvent faire appel aux interprètes du SETIS ou de leur équipe interne, les sages-femmes à domicile ne bénéficient pas de cette ressource. Il apparaît, donc, nécessaire que l'accessibilité systématique aux activités d'interprétariat professionnel soit garantie en tout temps et en tout lieu, par le biais d'une politique publique globale pour un système de santé culturellement compétent (Chiarenza et al., 2019). Élargir l'offre de services par téléphone ou par vidéoconférence permettrait d'y avoir accès dans différents contextes, notamment lors de visites à domicile. Il s'agit, effectivement, d'une solution faisable à moindre coût (Brandl, Schreiter et Schouler-Ocak, 2020) et d'une qualité comparable à une prestation *face-to-face* (Wollscheid et al., 2015).

D'autre part, il existe des professionnels qui ne font pas appel au service d'interprétariat, pourtant, accessible dans leur institution. En plus d'étudier les raisons sous-jacentes de cette pratique, il convient de former les professionnels à l'intérêt de l'utilisation de ces ressources disponibles, en regard des conséquences de la barrière linguistique (Brandl, Schreiter et Schouler-Ocak, 2020). De manière générale, il est essentiel que la disponibilité des interprètes professionnels soit mise en avant et que leur utilisation soit promue auprès des soignants et des patientes (Sami et al., 2019). Sur le plan pratique, une attention particulière doit être portée à la transmission des informations concernant la langue maîtrisée par la mère tout au long de son trajet de soins, afin que chaque professionnel puisse anticiper le besoin d'interprétariat en amont de leur rencontre.

En parallèle, la création et l'utilisation d'outils, tels que des brochures ou des affiches, traduits et illustrés, permettent de fournir des informations spécifiques sur la planification familiale ainsi que sur le système de santé et d'aide sociale (Sami et al., 2019). Le développement et la diffusion d'applications e-santé multilingues se montrent également efficaces pour informer et rassurer les patientes migrantes en amont et en aval de leurs consultations médico-sociales (Schouten et al., 2019), pour autant qu'elles ne soient pas fracturées numériquement.

Deuxièmement, cette recherche met en exergue la valeur ajoutée des activités de counseling au sein des parcours de soins post-partum des mères sans-papiers (Keygnaert et al., 2016 ; Chiarenza et al., 2019). Il s'agit de réaliser de l'éducation pour la santé reproductive et sexuelle à plusieurs reprises et dans différentes conditions : à domicile et en milieu hospitalier, en individuel et en groupe, en pré- et en postnatal. L'enjeu y est de permettre à chaque femme de comprendre les avantages et inconvénients des différents moyens contraceptifs existants, avec un temps de réflexion suffisant pour en évaluer l'acceptabilité et faisabilité en regard de leur projet migratoire et parental. Un tel processus - et l'investissement de ressources humaines qu'il implique - a pour objectif d'offrir à chaque mère les conditions nécessaires pour adopter le moyen contraceptif qui lui convient, dans une perspective de coût-efficacité.

4.1.4. Approche centrée sur la personne

De l'expérience des professionnelles interrogées dans cette recherche qualitative, l'approche centrée sur la personne ressort comme un réel levier pour l'accompagnement post-partum des mères en séjour irrégulier vers la satisfaction de leur besoin en planification familiale. Il s'agit donc d'en mobiliser, au cœur de la rencontre entre le soignant et la patiente, les cinq dimensions constitutives : la considération bio-psycho-sociale de la problématique, la perspective « *patient-as-person* », le partage du pouvoir et de la responsabilité, l'alliance thérapeutique et la perspective « *doctor-as-person* » (Mead et Bower, 2000). L'enjeu y est de réduire les inégalités d'accès secondaire aux soins par construction, résultant de l'absence de prise en compte holistique – inégalités sociales de santé incluses – de la situation de la bénéficiaire (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Dès lors, au niveau micro, comment favoriser la participation, soutenir le développement du pouvoir d'agir et encourager l'autonomie des mères sans titre de séjour en matière de planification familiale ?

4.1.4.1. *Perspective bio-psycho-sociale de la problématique*

Satisfaire son besoin de planification familiale est une expérience multidimensionnelle à considérer dans son ensemble. Sur le plan somatique, il relève du rôle du professionnel de santé d'écarter toute contre-indication médicale, par le biais d'une anamnèse complète, en amont de tout conseil et de toute prescription contraceptive. Sur le plan psychologique, il s'agit d'interroger les coûts et les bénéfices émotionnels liés à l'adoption d'une contraception, en regard de son acceptabilité et de sa faisabilité.

Sur le plan social, il s'avère important de tenir compte de l'entourage de la mère, dont l'influence sur ses comportements de santé est considérable en post-partum. Le réseau social peut être un levier en facilitant l'accès aux soins et la transmission d'informations, mais également une barrière en véhiculant des idées reçues erronées au sujet de la contraception. Cette observation est d'autant plus marquée en ce qui concerne le mari, nœud le plus influent lorsqu'il est présent (Dikmen, Cankaya et Yilmaz, 2018). Particulièrement difficile à appréhender pour les professionnels socio-médicaux, la confiance entre la mère et les alter de son réseau apparaît comme un déterminant essentiel de ce phénomène d'influence.

Cependant, les personnes en situation irrégulière sont généralement très isolées. Parmi les bénéficiaires des programmes de Médecins du Monde (2019), 44% affirment « *ne pas avoir, ou en tout cas pas tout le temps, de personnes sur qui compter pour obtenir du soutien* ». Le manque de soutien social, particulièrement valorisé en période périnatale, induit de l'anxiété, de la solitude et complique l'accès aux soins de santé maternels (Sami et al., 2019). Cette vulnérabilité psycho-sociale est accrue dans le cas d'une migration involontaire et d'une situation irrégulière suite à un échec de réunification familiale (Sami et al., 2019). Il relève, de ce fait, de la responsabilité des professionnels médico-sociaux d'évaluer le capital social de la mère et de lui offrir du soutien direct et indirect, en lui permettant de faire des rencontres.

De manière transversale, rappelons que le réseau social de la mère ne se limite pas à son entourage présent en Belgique. Les solidarités intra- et interfamiliales circulent, effectivement, par-delà les frontières. Contrairement aux soins personnels et physiques, les soutiens émotionnel, pratique via des conseils, financier via l'envoi de fonds et de logement via la mise à disposition d'un hébergement peuvent être fournis à distance, notamment grâce aux technologies de communication (Merla, 2018). Ce processus complexe de maintien de lien entre les membres d'un réseau social est influencé par les conditions de vie et les politiques des pays d'origine et d'accueil, par les parcours de vie de chacun, par le processus et le timing de la mobilité (Merla, 2018). Dès lors, la circulation transnationale du care (Merla, 2018) est une partie intégrante du soutien social, à prendre en compte lors de l'accompagnement d'une mère en séjour irrégulier vers la satisfaction de son besoin de planification familiale.

4.1.4.2. Perspective « patient-as-person »

La deuxième dimension de l'approche centrée sur la personne s'intéresse à l'expérience biographique et sémantique du comportement contraceptif (Mead et Bower, 2000). L'histoire de la mère est, ainsi, considérée comme une ressource essentielle à mobiliser pour l'aider à satisfaire son besoin de planification familiale. En regard de leur connaissance du terrain, les professionnelles de santé interrogées recommandent d'explorer et de prendre en compte les attentes, les craintes et le ressenti de la mère au sujet de sa situation actuelle de post-partum d'une part, et de ses projets personnel, parental et migratoire d'autre part. Il convient, en outre, de considérer son vécu antérieur - plus ou moins coercitif et violent - de la contraception, mais également des systèmes de santé belge et étranger.

Il s'agit, donc, de s'intéresser aux représentations sociales de la femme concernant la planification familiale. Largement influencées par le contexte culturel et religieux, ses représentations de la parentalité et de la famille, mais aussi de son pouvoir d'agir sur son corps et sur sa vie reproductive déterminent son souhait et son intérêt à espacer ou limiter les naissances (Davidson et al., 2016). Les convictions liées au corps féminin et aux cycles menstruels entrent, également, en résonance avec les modes d'action et les effets secondaires des divers contraceptifs existants. Elles déterminent l'acceptabilité de la mère vis-à-vis des différents moyens contraceptifs.

Lors de sa rencontre avec une dame en situation irrégulière, il est important que le soignant envisage les représentations sociales comme telles, un « *filtre à travers duquel nous voyons le monde* » (Perrin, 2019). Bien qu'elles ne soient pas figées dans le temps et l'espace, elles ne sont ni vraies ni fausses et ne se confondent pas avec des points de vue sur un objet. Ainsi, définies par ses expériences de vie et influençant sa manière d'agir, elles sont à considérer comme des repères et non comme des erreurs (Perrin, 2019).

Accueillir les représentations sociales des mères immigrées au sujet de la planification familiale, potentiellement aux antipodes des siennes, requiert une pratique de soins culturellement compétente. Les compétences culturelles se jouent au niveau professionnel et sur les plans systémiques, organisationnels et institutionnels. En effet, « *un système de santé culturellement compétent intègre – à tous niveaux – l'importance de la culture, l'étude des relations interculturelles, la vigilance envers les dynamiques résultant des différences culturelles, le développement de connaissances culturelles et l'adaptation des services aux besoins culturels spécifiques* » (Cross et al., 1989 ; Dauvrin et Varga, 2018 – traduction libre).

Au niveau micro, tandis que certaines répondantes de cette étude expriment une réelle volonté de s'adapter à la culture de chaque patiente, d'autres témoignent ne pas assumer cette charge au quotidien. Selon Dauvrin et Lorant (2014), les professionnels de santé belges estiment, en effet, que la responsabilité de s'adapter aux croyances et aux valeurs d'autrui incombe davantage aux patients. La formation du personnel soignant étant principalement construite sur l'enseignement de savoirs et de savoir-faire, y inclure des activités de développement de *soft-skills* s'impose comme une piste d'action pertinente pour accroître leurs compétences culturelles (Dauvrin et Lorant, 2014 ; Dauvrin et Varga, 2018).

4.1.4.3. Partage du pouvoir et de la responsabilité

Dans une approche centrée sur la personne, la relation entre le soignant et le soigné est construite sur un modèle de participation mutuelle (Mead et Bower, 2000). Elle s'apparente à un rapport d'adulte à adulte, par opposition au contact de type « parent-enfant » constituant le modèle de coopération et de guidance. La répartition du pouvoir et de la responsabilité se veut égale entre le soignant et la patiente, contrairement à la traditionnelle relation paternaliste au cœur de laquelle l'autorité du soignant domine (Mead et Bower, 2000).

En pratique, les prestataires de soins sont engagés à réduire l'écart de connaissances avec la dame en lui offrant une information sur mesure pour lui permettre de naviguer efficacement dans le système de santé et d'accéder à ses droits en matière de planification familiale (De Freitas et al., 2020). Il s'agit non seulement de mobiliser un service d'interprétariat si nécessaire, mais aussi d'utiliser un vocabulaire et un contenu adaptés à son niveau de littératie en santé (De Freitas et al., 2020). Une dame qui a émigré d'un pays avec un système sanitaire en voie de développement et un niveau d'éducation relativement faible est sujette à d'importantes incompréhensions concernant les procédures et dispositifs médicaux, tels que la contraception (Sami et al., 2019). La motivation et la capacité à comprendre et évaluer les informations sur sa santé pour les utiliser dans une prise de décision constituent, effectivement, un médiateur modulable entre le niveau de scolarité et l'adoption d'une contraception satisfaisante (Sorenson et al., 2012). Afin de réduire la confusion, l'anxiété et les reports de soins qui peuvent en découler (De Freitas et al., 2020), la littératie est donc à évaluer et à prendre en compte, mais aussi à encourager par des interventions d'éducation pour la santé en période pré- et post-natale. Il ressort de cette étude qu'illustrer ses propos par un schéma ou une brochure représente un levier, en permettant à la mère de visualiser le mode d'action contraceptif vis-à-vis de l'anatomie féminine.

Le partage de responsabilité entre un soignant et une mère en séjour irrégulier est, dès lors, un processus dynamique de co-production, basé sur le dialogue (De Freitas et al., 2020). Cette démarche implique de présenter à la dame toutes les options de décision qui s'offrent à elles, mais aussi de l'inviter activement à participer, à exprimer librement ses doutes, ses préférences et ses attentes, fondamentalement érigées sur ses expériences antérieures des soins de santé et de la planification familiale (De Freitas et al., 2020). L'enjeu y est, *in fine*, de mettre en place des conditions favorables au consentement libre et éclairé de la mère sans-papiers, pré-requis indispensable de toute intervention de soins, y compris la prescription et la pose d'un contraceptif, en regard des droits du patient en Belgique (Moniteur belge, 2002).

4.1.4.4. Alliance thérapeutique

Quatrième fondement de l'approche centrée sur la personne, l'alliance thérapeutique est multidimensionnelle. Elle se définit comme « *un cadre qui garantit la réciprocité* » de la relation soignant-soigné, au cœur de laquelle « *chacun construit, dans son échange avec l'autre, sa propre expérience et progresse sur le chemin de l'autonomie* » (Sandrin, 2013). Ainsi, l'alliance thérapeutique s'intéresse, tout d'abord, à la perception de la patiente à l'égard de la pertinence et de l'intérêt de l'offre de planification familiale par rapport à ses besoins, plus ou moins exprimés (Mead et Bower, 2000). Il s'agit, donc, de considérer les souhaits de la dame pour proposer des interventions de promotion de la santé qui y sont adaptées.

L'alliance thérapeutique implique, ensuite, l'élaboration d'un langage commun et d'une compréhension mutuelle entre le soignant et la mère au sujet des tenants et aboutissants du parcours de santé et d'aide sociale, mais aussi des différents moyens contraceptifs existants (Mead et Bower, 2000). Cela requiert des compétences relationnelles de la part du professionnel, capable d'utiliser des techniques de communication qui la favorisent.

Enfin, l'alliance thérapeutique est également déterminée par les composantes cognitives et affectives qui lient le professionnel de santé et la mère en séjour irrégulier (Mead et Bower, 2000). Une attitude soignante fondée sur l'empathie, la congruence et la considération inconditionnellement positive à l'égard de la patiente apparaissent comme une condition nécessaire et suffisante pour encourager les mères à développer leurs ressources en santé (Mead et Bower, 2000). Elle participe, en effet, à créer un contexte émotionnel bienveillant et de confiance au niveau micro, primordial pour assimiler la planification familiale à un choix et une possibilité volontaire d'exercer une maîtrise sur sa vie reproductive.

Ainsi, une pratique de promotion de la santé centrée sur la personne nécessite que les professionnels aient une véritable volonté de discussion et d'échange avec la mère en séjour irrégulier, dans un cadre organisationnel caractérisé par des ressources humaines et structurelles qui permettent de la concrétiser.

4.1.4.5. *Perspective « doctor-as-person »*

La dernière dimension constitutive de l'approche centrée sur la personne concerne l'influence des caractéristiques personnelles du soignant sur la capacité des mères migrantes à satisfaire leur besoin de planification familiale en post-partum. La subjectivité du professionnel de santé est considérée comme une partie intégrante de la dynamique soignant-soigné, contrairement au modèle biomédical dans lequel elle n'est pas reconnue. Chaque professionnel est, dès lors, vivement encouragé à prendre conscience de l'influence de ses valeurs, représentations et expériences sur ses interventions de promotion de la santé (Mead et Bower, 2000).

Faire preuve de réflexivité à l'égard de son bagage socio-culturel, éducatif et biographique a pour objectif de conscientiser les stéréotypes auxquels le professionnel est exposé et les préjugés qu'il peut ressentir, afin de réduire le risque de discrimination - voire de déshumanisation - qui en découle (Yzebyt, 2018). Cela passe également par la compréhension du poids de son discours et de ses mots, éventuellement amalgames et réducteurs, dans l'altérisation potentielle des personnes immigrées, au travail et dans sa vie privée (Mazzocchi, 2018).

Il s'agit, finalement, d'être sensibilisé aux diverses barrières à dépasser et multiples leviers à activer pour offrir à chaque mère des conditions favorables à l'adoption d'une contraception satisfaisante en post-partum.

4.2. **Limites de l'étude**

Cette étude présente des limites qu'il est important de mentionner. Avant tout, l'échantillonnage de cette recherche qualitative étant concentré sur la région de Bruxelles-Capitale, ses résultats peuvent être transférables à un contexte similaire, mais ne sont en aucun cas généralisables à plus grande échelle.

Ensuite, l'échantillon effectif de ce mémoire présente deux carences principales. D'une part, il n'inclut ni médecin généraliste ni infirmière en santé communautaire, indisponibles en raison de la crise sanitaire du covid-19. La participation de ces professionnels de première

ligne, recommandée à plusieurs reprises par les répondantes, aurait permis d'explorer leur rôle potentiellement clé au sein du réseau de soins postnatals en matière de planification familiale. Elle est donc encouragée pour les recherches ultérieures sur la problématique.

D'autre part, les entretiens s'étant déroulés en français, aucune organisation néerlandophone n'a été impliquée dans cette étude. Or, pour une analyse complète du paysage institutionnel et professionnel bruxellois, il aurait été pertinent d'élargir les critères de sélection de l'échantillon. Cela aurait, par exemple, été possible en proposant d'échanger en anglais ou en collaborant avec un chercheur néerlandophone.

En ce qui concerne le déroulement des rencontres, il a été fondamentalement modifié par les mesures de confinement imposées par la pandémie du covid-19. Ainsi, tandis que certaines rencontres ont eu lieu en face à face, d'autres entretiens ont été réalisés par téléphone. En ne laissant aucune place à la communication non verbale, cela a inévitablement altéré la dimension relationnelle de la conversation. Ceci dit, en termes de contenu recueilli, aucune différence n'est à noter dans la longueur et la densité des entretiens.

De manière transversale, deux risques de biais ont fait l'objet d'une attention particulière tout au long du processus de collecte et d'analyse des données. Il s'agit, premièrement, du biais de similarité, induit par la tentation de considérer davantage les personnes qui nous ressemblent. Ainsi, notre profession de sage-femme aurait pu nous encourager à inclure une grande majorité de sages-femmes dans l'échantillon de cette recherche. En regard de ce risque, une technique d'échantillonnage par effet « boule de neige » a complété l'échantillon initial, intentionnel. Un travail continu de réflexivité personnelle a également été mené pour réduire le risque de biais de similarité lors de la description et l'analyse des résultats.

Deuxièmement, le biais de désirabilité sociale est porté par la volonté des répondantes de se montrer sous un jour favorable et de valoriser leur pratique quotidienne. Pour réduire son incidence sur les résultats de l'étude, les entretiens ont été multipliés pour obtenir divers points de vue sur la question et l'anonymat des répondantes a été garanti. L'objectif de saisir la réalité du terrain, sans aucune évaluation ni comparaison des organisations et professionnelles interrogées, a été systématiquement expliqué en début d'entretien. Le guide d'entretien a aussi été construit et prétesté à cet effet.

Finalement, cette recherche a été réalisée avec des moyens très limités : par une seule personne ayant peu d'expérience dans le domaine, avec un temps restreint et sans accès

privilegié au terrain. Des dispositifs organisationnels plus conséquents permettraient de mener une enquête à plus grande échelle, voire de recueillir et d'analyser le vécu des mères en situation irrégulière en matière de contraception en post-partum.

4.3. Implications de l'étude

4.3.1. Implications pour la recherche

La présente étude avait, tout d'abord, pour objectif d'explorer les leviers et les barrières qui régissent l'accès à une planification familiale satisfaisante en post-partum pour les femmes sans titre de séjour, en Région de Bruxelles-Capitale. Elle visait, ensuite, à proposer des pistes d'action pour améliorer la qualité des trajectoires de soins postnataux des mères migrantes. Il serait, dès lors, intéressant que des recherches ultérieures puissent préciser et compléter les différentes recommandations pour accroître les capacités systémiques, organisationnelles et professionnelles à faire correspondre l'offre et le besoin de planification familiale postnatale des mères sans-papiers.

En outre, en regard de l'extrême complexité des parcours de soins postnataux pour adopter une contraception satisfaisante, est encouragée l'étude de l'accès des femmes en situation irrégulière à une prise en charge holistique d'une grossesse non désirée, d'une part, et à une intervention volontaire de grossesse, d'autre part.

4.3.2. Implications pour la pratique

Les résultats de cette recherche qualitative ont mis en évidence les multiples barrières et leviers qui influencent la capacité des mères migrantes sans-papiers à adopter une contraception satisfaisante en post-partum. L'étude des filières de soins, par l'expérience de professionnelles médico-sociales du réseau périnatal bruxellois, a également permis d'en énoncer diverses pistes d'amélioration.

Il apparaît, de fait, essentiel d'accroître la qualité des soins à tous les niveaux. Ainsi, sur le plan macro, cette étude soutient **l'élaboration de politiques intersectorielles basées sur les droits** afin de rendre effective l'**accessibilité** financière et institutionnelle aux conseils, à la prescription et à l'éventuelle pose d'un moyen contraceptif satisfaisant dans le cadre de l'AMU à Bruxelles. Sur le plan méso, **l'intégration des soins post-partum** en matière de planification familiale permettrait d'en améliorer la **globalité** et la **continuité** informationnelle, managériale et relationnelle. Les **activités à haute valeur ajoutée**, telles que le recours aux services d'interprétariat professionnel et de counseling, sont également à

déployer pour garantir l'**efficience** des parcours de soins. Sur le plan micro, l'**approche centrée sur la personne** offre un cadre optimal pour augmenter la **qualité des échanges** entre les soignants et les mères sans-papiers.

De manière transversale, il en ressort un véritable besoin de **repenser l'offre bruxelloise de promotion de la santé postnatale** pour la faire correspondre aux besoins et aux attentes des mères migrantes en séjour irrégulier. Il s'agit de matérialiser une **perspective de soins de santé primaires** en valorisant le rôle clé des **professionnels de première ligne** et en multipliant leur capacité à prendre en charge des cas si complexes, d'une part, et en **impliquant les patientes et les communautés dans les processus décisionnels** d'adaptation des services, d'autre part. Il est, ainsi, primordial de développer un système de santé orienté vers la **réduction des inégalités sociales de santé**, qui encourage la **participation** active de ses bénéficiaires. Le but d'une telle **approche positive, globale et universelle de la santé** est, *in fine*, d'offrir à chaque femme les conditions nécessaires au **renforcement de ses capacités d'action et de décision pour sa santé**. L'enjeu y est d'atteindre l'idéal d'**équité** en santé pour les mères migrantes sans-papiers, certes, mais également pour toutes les familles, plus ou moins vulnérables, qui sont prises en charge par le réseau de soins périnataux bruxellois.

Conclusion

La satisfaction du besoin de planification familiale est un droit fondamental et essentiel dont ne peuvent aujourd'hui jouir des milliers de mères migrantes en situation irrégulière à Bruxelles. Résultat faisable et acceptable d'un choix libre et éclairé, il s'agit d'un comportement de santé largement influencé par le contexte socio-politique et culturel, les conditions de vie et de travail, le réseau social et les caractéristiques individuelles de la femme en post-partum.

Cette étude qualitative, menée auprès de professionnelles sociales et de santé de la région de Bruxelles-Capitale, a permis d'explorer toute la complexité des filières de soins postnatales des mères sans-papiers. L'adoption d'une contraception satisfaisante est effectivement définie par de multiples leviers et barrières. Les activer et les dépasser respectivement requiert d'agir sur l'intégralité des déterminants sociaux de la santé, interdépendants.

De l'ensemble des pistes d'action concrètes issues de cette recherche, ressort la nécessité criante de favoriser l'équité à tous les niveaux du système de santé. Ainsi, au niveau macro, l'inclusion de la santé dans toutes les politiques, notamment migratoires, apparaît comme un premier pilier d'action. Ensuite, au niveau méso, il apparaît essentiel d'encourager une intégration intersectorielle et multidisciplinaire des soins, au-delà des murs de l'hôpital. Enfin, le niveau micro appelle à un accompagnement holistique des femmes en situation d'irrégularité et d'extrême précarité. L'enjeu y est d'accroître la capacité systémique, organisationnelle et professionnelle du réseau périnatal bruxellois à répondre aux problèmes complexes que pose l'adoption d'une contraception satisfaisante pour une mère sans titre de séjour, démarche pourtant de routine pour son homologue belge.

Dès lors, ce mémoire a non seulement été l'occasion de saisir l'immense fragilité des trajectoires de soins de cette population vulnérable, mais également d'entendre et de valoriser le vécu des professionnels travaillant à son chevet, « *poseurs de sparadraps sur ces blessures causées à la dignité humaine* » (Verbeeren, 2018).

Finalement, si la santé maternelle peut catalyser un cycle vertueux de développement individuel, communautaire et sociétal, la satisfaction du besoin postnatal de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier nécessite d'adopter une posture de qualité en réponse à cet impératif de santé publique, situé au croisement entre migration, sexualité et Droits de l'Homme.

Lexique

Migrant : toute personne « *qui se déplace de son lieu de résidence habituel, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou en franchissant une frontière internationale, temporairement ou définitivement, pour diverses raisons* » (traduction libre (OIM, 2019)). Cette appellation n'est pas définie par la législation internationale et ne donne aucune indication sur le statut juridique de la personne.

Migrant en situation irrégulière : personne qui « *franchit ou a franchi une frontière internationale et n'est pas autorisé à entrer ou à rester dans un État en vertu de la loi de cet État ou des conventions internationales auxquelles cet État est signataire* » (traduction libre (OIM, 2019)). En pratique, il peut être entré en Belgique sans autorisation, son permis de séjour peut être expiré ou invalidé, sa demande d'asile peut avoir été refusée ou il peut être né d'un parent en situation irrégulière (Roberfroid et al., 2015). Il peut vouloir rester en Belgique pour s'y installer ou s'y trouve en transit dans le but de rejoindre un autre pays, tel que la Grande Bretagne. Il n'a aucun titre de séjour valable ; il est « sans-papiers », « clandestin »²⁸.

Demande de protection internationale : autrefois appelée « demande d'asile », elle comprend les demandes de statut de réfugié, d'une part, et de protection subsidiaire, d'autre part.

Réfugié : ressortissant d'un pays tiers ou un apatride hors de son pays de résidence habituelle qui, en vertu de la Convention de Genève de 1951, « *craint avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social, se trouve hors du pays dont il a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* » (Parlement Européen et Conseil de l'UE, 2011).

Bénéficiaire de la protection subsidiaire : « *ressortissant d'un pays tiers ou tout apatride qui ne peut être considéré comme un réfugié, mais pour lequel il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la personne concernée, si elle était renvoyée dans son pays d'origine ou (...) de résidence habituelle, courrait un risque réel de subir les atteintes graves (...) et (...) ne pouvant pas ou, compte tenu de ce risque, n'étant pas disposée à se prévaloir de la protection de ce pays* » (Parlement Européen et Conseil de l'UE, 2011). En pratique, ces personnes

²⁸ Notons que l'expression « migrant illégal », particulièrement stigmatisante, est à éviter.

reçoivent donc un titre de séjour à durée limitée²⁹, pouvant mener à terme à un droit de séjour illimité ou, au contraire, à une situation irrégulière.

Mineur étranger non-accompagné - MENA : personne de 18 ans qui « *a été séparée de ses deux parents et des autres membres de sa famille et n'est pas prise en charge par un adulte qui, par la loi ou la coutume, en est responsable* » (traduction libre (OIM, 2019)). Leur vulnérabilité est sans conteste. Ainsi, l'étude des déterminants de leur santé sexuelle et reproductive constituerait un objet de recherche à part entière.

²⁹ En vertu du droit belge, le statut de réfugié est octroyé pour une durée limitée de cinq ans. La protection subsidiaire est un titre de séjour valable pendant un an, renouvelable. Dans les deux cas, la durée du séjour autorisé devient illimitée après cinq ans à dater de la demande initiale sauf si, entre temps, le titre de séjour est retiré.

Références bibliographiques

- 10 DÉCEMBRE 2013. Résolution du Parlement européen du 10 décembre 2013 sur la santé et les droits sexuels et génésiques (2013/2040 (INI)). (2013). *Parlement Européen*, 10 décembre.
- 10 MAI 2015. Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé. (2015). *Moniteur belge*, 18 juin.
- 12 DECEMBRE 1996. Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. (1996). *Moniteur belge*, 31 décembre.
- 12 DÉCEMBRE 2007. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2012/C 326/02). (2007). *Conseil de l'Union Européenne*, 26 octobre 2012.
- 12 JANVIER 2007. Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers. (2007). *Moniteur belge*, 7 mai.
- 15 DECEMBRE 1980. Loi sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. (1980). *Moniteur belge*, 31 décembre.
- 15 OCTOBRE 2018. Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions légales. (2018). *Moniteur belge*, 29 octobre.
- 22 AOÛT 2002. Loi relative aux droits du patient. (2002). *Moniteur belge*, 26 septembre.
- 26 JUIN 2013. Règlement (UE) N°604/2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des Etats membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride. (2013). *Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne*, 29 juin.
- 27 AVRIL 2016. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). (2016). *Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne*, 4 mai.

- 31 JANVIER 2018. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 2013 fixant la liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants dans ou en dehors d'un hôpital. (2018). *Moniteur belge*, 7 mars.
- 8 JUILLET 1964. Loi relative à l'aide médicale urgente. (1964). *Moniteur belge*, 25 juillet.
- 8 JUILLET 1976. Loi organique des centres publics d'action sociale. (1976). *Moniteur belge*, 5 août.
- 8 OCTOBRE 1981. Arrêté royal sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. (1981). *Moniteur belge*, 27 octobre.
- 9 AVRIL 2007. Arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil. (2007). *Moniteur belge*, 7 mai.
- 9 JUILLET 2002. Circulaire relative à l'aide médicale urgente fournie aux étrangers en séjour illégal dans le Royaume – détermination des compétences. (2002). *Cabinet du Vice-Premier Ministre, Ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale*, 9 juillet.
- Andersen, R., Aday, L.A. (1978). Access to Medical Care in the U.S. : Realized and Potential. *Med Care*, 16 (7), 533-46. DOI 10.1097/00005650-197807000-00001.
- Asgary, R., Price, J.T. (2018). Socio-cultural challenges of family planning initiatives for displaced populations in conflict situation and humanitarian settings. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 12(6), 670-674. DOI 10.1017/dmp.2017.146.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. DOI 10.1002/hpm.826.
- Benahmed, N. et al. (2014). *KCE Report 232Bs : L'organisation des soins après l'accouchement*. En ligne, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf, consulté le 01-06-2020.

- Berro Pizzarossa, L. (2018). Here to stay : the evolution of sexual and reproductive health and rights in international human rights law. *Laws*, 7(29). DOI 10.3390/laws7030029.
- Born in Brussels. (2020). *Born in Brussels, qué saco ?* En ligne, <https://www.bornin.brussels/born-in-brussels-quesaco/>, consulté le 01-06-2020.
- Bose, B., Heymann, J. (2019). Effects of tuition-free primary education on women's access to family planning and on health decision-making : a cross-national study. *Social Science & Medicine*. DOI 10.1016/j.socscimed.2019.112478.
- Brandl, E.J., Schreiter, S., Schouler-Ocak, M. (2020). Are trained medical interpreters worth the cost ? A review of the current littérature on cost and cost-effectiveness. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22, 175-181. DOI 10.1007/s10903-019-00915-4.
- Bureau fédéral du Plan [BFP] et Statbel. (2019). *Perspectives démographiques 2018-2070*. En ligne : https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.8%20Bevolkingsvoorzichten/bestanden/2018/FOR_POP1870_11813_F.pdf, consulté le 26-10-2019.
- Canning, D., Schultz T.P. (2012). The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet*, 380, 165-171. DOI 10.1016/S0140-6736(12)60827-7.
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé [KCE]. (2014). KCE Reports 232B : L'organisation des soins après l'accouchement. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232_Postnatal_care_Report_0_1.pdf, consulté le 04-10-2019.
- Chambre des Représentants de Belgique. (2018). *Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale*. En ligne : <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890005.pdf>, consulté le 22-05-2020.
- Chiarenza, A., et al. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19 (513). DOI 10.1186/s12913-019-4353-1.

- CIRÉ. (2019). *Le CIRÉ pour « coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers »*. En ligne : <https://www.cire.be/le-cire-pour-coordination-et-initiatives-pour-refugies-et-etranangers/>, consulté le 10-11-2019.
- CIRE. (2020). *Femmes migrantes : quelle protection internationale offerte par la Belgique ?* En ligne : <https://www.cire.be/publication/femmes-migrantes-quelle-protection-internationale-offerte-par-la-belgique/>, consulté le 27-06-2020.
- Cohen S. (2011). *Folk devils and moral panics : the création of the Mods and Rockers* (Abingdon, Oxon). New York : Routledge.
- Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides [CGRA]. (2018). *Statistiques d'asile décembre 2017*. En ligne : https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_2017_decembre_fr_0.pdf, consulté le 26-10-2019.
- Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides [CGRA]. (2020). *Statistique d'asile – bilan 2019*. En ligne : <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-bilan-2019>, consulté le 15-01-2020.
- Commission Européenne. (2019). *Eurobarometer : standard EB 83*. En ligne : <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/fr/be-heard/eurobarometer>, consulté le 09-11-2019.
- Conseil de l'Europe. (2020). *Observation du Comité européen des droits sociaux sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie*. En ligne : <https://www.coe.int/fr/web/portal/-/european-committee-of-social-rights-the-right-to-protection-of-health-in-times-of-pandemic>, consulté le 21-05-2020.
- Corbière, M., Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cour Constitutionnelle. (1994). *Arrêt n° 51/94*. En ligne : <https://www.const-court.be/public/f/1994/1994-051f.pdf>, consulté le 22-05-2020.
- Cross, T. L. et al. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. En ligne, <https://spu.edu/~media/academics/school-of-education/Cultural%20Diversity/Towards>

%20a%20Culturally%20Competent%20System%20of%20Care%20Abridged.ashx, consulté le 01-06-2020.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. En ligne : <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>, consulté le 30-10-2019.

Dauvrin, M., Gysen, J., Lorant, V. (2016). L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches. *Revue Education Santé*, 324. En ligne : https://perinatmigrant.sciencesconf.org/data/pages/Dauvrin_2016_L_acces_aux_soins_pour_les_personnes_sans_papiers_1.pdf, consulté le 15-10-2019.

Dauvrin, M., Lorant, V. (2014). Adaptation of health care for migrants : whose responsibility ? *BMC Health Services Research*, 14 (294). DOI 10.1186/1472-6963-14-294

Dauvrin, M., Varga, B. (2018). Adaptation of primary health care for migrants : recommendations and best practices. Dans Rosano, A., *Access to primary care and preventive health services to migrants* (SpringerBriefs in public Health, 1, 115). DOI 2443/10.1007/978-3-319-73630-3_8.

Dauvrin, M., et al. (2019). *KCE Report 319Bs : Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders*. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_319B_Demandeurs_asile_en_Belgique_Synthese_0.pdf, consulté le 08-11-2019.

Davidson, A.S., et al. (2016). Is LARC for everyone ? A qualitative study of sociocultural perceptions of family planning and contraception among refugees in Ethiopia. *Maternal and Child Health*, 21, 1699-1705. DOI 10.1007/s10995-016-2018-9.

De Freitas, C., et al. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities : A narrative review. *Public Health Reviews*, 41 (5), 1-18. DOI 10.1186/s40985-020-00121-w.

Devillé, S. (2018). *Droit au logement : un combat de tous les jours*. En ligne : <https://www.cire.be/droit-au-logement-un-combat-de-tous-les-jours/>, consulté le 10-11-2019.

- Dikmen, H. A., Cankaya, S., Yilmaz, S. D. (2018). The attitude of refugee women in Turkey towards family planning. *Public Health Nurs.* DOI 10.1111/phn.12553.
- Direction générale Office des étrangers [OE]. (2018). *Cartes pour étrangers et documents de séjour : statistiques annuelles 2017.* En ligne : <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Documents/Statistiques/Statistiques%20sur%20les%20cartes%20et%20documents%202017%20v3%20FR.pdf>, consulté le 26-10-2019.
- Doyen, I. (2015). Le droit des sans-papiers : cohérences et incohérences. *Agenda interculturel*, (327). En ligne : <http://www.adde.be/publications/analyses-etudes/le-droit-des-sans-papiers-coherences-et-incoherences>, consulté le 21-05-2020.
- Fédération des CPAS Bruxellois. (2018). *L'aide médicale urgente (AMU).* En ligne : [http://www.ocmw-info-cpas.be/images/uploads_x/20180628_FT_aidemedicaleurgente_\(Fr\)_VF2.pdf](http://www.ocmw-info-cpas.be/images/uploads_x/20180628_FT_aidemedicaleurgente_(Fr)_VF2.pdf), consulté le 21-05-2020.
- Finlay, J.E., Lee, M.A. (2018). Identifying causal effects of reproductive health improvements on women's economic empowerment through the population poverty research initiative. *Milbak Quaterly*, 96 (2), 300-322. DOI 10.1111/1468-0009.12326.
- Geist, C., Cole, W.M. (2019). Beyond geography : cultural zones and global patterns of modern-method contraceptive use. *Health care for Women International*. DOI 10.1080/07399332.2019.1672170.
- Giami, A. (2015). Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels. *Sexologies*. DOI 10.1016/j.sexol.2015.07.002.
- Gsir, S., Lafleur, JM., Stanek, M. (2016). Migration policy reforms in the context of economic and political crises : the case of Belgium. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. DOI 10.1080/1369183X.2016.1162352.
- Guttmacher Institute (2017). *Adding it up : Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017.* En ligne : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017.pdf>, consulté le 05-10-2019.

- Haussmann, J.M. (2019). *Droit de la santé*. Présentation PowerPoint et notes de cours, UCLouvain, Woluwe-Saint-Lambert.
- INAMI, Médecins du Monde. (2014). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. En ligne : <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>, consulté le 20-05-2020.
- INAMI. (2017). *Tableau des effectifs : situation au 31-12-2017*. En ligne : https://ondpanon.inami.fgov.be/analytics/stp/do?_program=%2FPublic%2FUtility%2FEffectifs_Ledentallen%2FFR%2FWRL_TABLEAU_EFF_FR_V1_0&_action=update%2Cnewwindow%2Cnobanner&_updatekey=1582521161, consulté le 09-11-2019.
- Ingleby, D. (2016). Moving upstream : changing policy scripts on migrant and ethnic minority health. *Health Policy*, 123, 809-817. DOI 10.1016/j.healthpol.2019.07.015
- International Office for Migration (IOM). (2019). *International migration law : glossary on migration*. En ligne : https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf, consulté le 26-10-2019.
- International Planned Parenthood Federation European Network [IPPF]. (2012). *Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale : outils de plaidoyer* [PDF]. En ligne, https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/Brochure_ReproductiveHealth-FR-v6.pdf, consulté le 20-10-2019.
- Karam, M., Lambert, A.S., Macq, J. (2019). Patients' perception of continuity of care accross primary care level and emergency departments in Belgium : cross-sectional survey. *BMJ Journals*, 9 (12), 1-10. DOI 10.1136/bmjopen-2019-033188.
- Keygnaert, I. et al. (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*. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390809/pdf/Bookshelf_NBK390809.pdf, consulté le 15-05-2015.
- Keygnaert, I., et al. (2014). Sexual and reproductive health of migrants : does the EU care ? *Health policy*, 114, 215-225. DOI 10.1016/j.healthpol.2013.10.007.

- Keygnaert, I., et al. (2014). Sexual health is dead in my body : participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *BMC Public Health*, 14 (416). DOI 10.1186/1471-2458-14-416.
- Kluge, U., et al. (2012). Health services and the treatment of immigrants : data on service use, interpreting services and immigrant staff members in service accross Europe. *European Psychiatry*, 27, S56-S62. DOI 10.1016/S0924-9338(12)75709-7
- Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine*, 74(6), 858–863. doi:10.1016/j.socscimed.2011.08.016
- Lowe, S. MP., Moore, S. (2014). Social networks and female reproductive choices in the developing world : a systematized review. *Reproductive health journal*, 11 (85). DOI 10.1186/1742-4755-11-85.
- Lurie, N. (1997). Studying access to care in Managed Care Environment, *Health Services Research*. 32 (5). 691-701. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070223/pdf/hsresearch00037-0153.pdf>, consulté le 15-05-2020.
- Malthus, T.R. (1852). *Essai sur le principe de population* (Guillaumin et cie). En ligne, https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=c_0-AAAAcAAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=thomas+malthus+th%C3%A9orie&ots=Ph8h0UQXL_&sig=v826FKVysCS_WD_sbasBw1cNJel&redir_esc=y#v=onepage&q=thomas%20malthus%20th%C3%A9orie&f=false, consulté le 06-12-2019.
- Mazzocchi, J. (2018). *Regards croisés sur la migration*. MOOC. UCLouvain, Louvain-la-Neuve. En ligne, <https://www.edx.org/course/regards-croises-sur-les-migrations>, consulté le 22-03-2020.
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medecine*, 51 (7), 1087-1110. DOI 10.1016/s0277-9536(00)00098-8.

- Médecins du Monde. (2018). *L'essentiel : Médecins du Monde 2018*. En ligne : https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/MDM%20rapport%20%27Essentiel%20FR_V6.pdf, consulté le 19-05-2020.
- Médecins du Monde. (2019). *Synthèse du rapport de l'observatoire de 2019*. En ligne : https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/DOTW_Executive_summary_fr_highress.pdf, consulté le 19-05-2020.
- Merla, L. (2018). *Regards croisés sur la migration*. MOOC. UCLouvain, Louvain-la-Neuve. En ligne, <https://www.edx.org/course/regards-croises-sur-les-migrations>, consulté le 22-03-2020.
- MYRIA. (2019). *La migration en chiffres et en droits 2019*. En ligne : https://www.myria.be/files/Myria_RAMIG-FR_2019-AS-gecomprimeerd.pdf, consulté le 26-10-2019.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. En ligne : [https://undocs.org/A/RES/217\(III\)](https://undocs.org/A/RES/217(III)), consulté le 07-10-2019.
- Nations Unies. (2015). *Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015*. En ligne : <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>, consulté le 05-10-2019.
- Nations Unies. (2019). *Que sont les droits de l'homme*. En ligne : <https://www.ohchr.org/FR/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, consulté le 07-10-2019.
- Ngo, S., Deswaef, A., Verbeeren, P. (2018). *Aide médicale urgente : un projet de réforme qui fait mal !* En ligne : <https://www.cire.be/aide-medicales-urgente-un-projet-de-reforme-qui-fait-mal/>, consulté le 10-11-2019.
- Onarheim, K.H., Iversen, J.H., Bloom, D.E. (2016). Economic benefits of investing in women's health : A systematic review. *PLoS ONE*, 11 (3). DOI 10.1371/journal.pone.0150120.
- Ordre des sages-femmes. (2020). *Compétences : suivi gynécologique et contraception*. En ligne, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>, consulté le 01-06-2020.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. En ligne, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>, consulté le 06-10-2019.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 11-02-2019.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2006). *Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances*.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2013). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. En ligne : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1, consulté le 20-05-2020.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2019). *Contraception*. En ligne : <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>, consulté le 11-02-2019.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2019). *La qualité des services de santé, un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. En ligne, https://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/chapter4_FR.pdf, consulté le 01-06-2020.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2019). *Santé sexuelle et reproductive : promouvoir la planification familiale*. En ligne : https://www.who.int/reproductive-health/topics/family_planning/fr/, consulté le 11-02-2019.

Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2020). *Systèmes de santé : équité*. En ligne : <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>, consulté le 21-05-2020.

Organisation Mondiale de la Santé Europe [OMS Europe]. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 06-10-2019.

Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115-124. DOI 10.7202/013229ar.

- Perrin, C. (2019). *Comportements et compétences pour la santé – concepts et méthodes : le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains*. Notes de cours et powerpoint, UCLouvain, Woluwe-Saint-Lambert.
- Piacentini, T., et al. (2019). Moving beyond the ‘language problem’ : developing an understanding of the intersections of health, language and immigration status in interpreter-mediated health encounters. *Language and Intercultural Communication*, 19 (3), 256-271. DOI 10.1080/14708477.2018.1486409.
- Rea, A., Francart, E., Coletta, C. (2019, mars). *Les vulnérabilités sociales et médicales des étrangers à la frontière de l’Union Européenne*. Bruxelles.
- Roberfroid, D., et al. (2015). *KCE Report 257 : What healthcare for undocumented migrants in Belgium ?* En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf, consulté le 15-10-2019.
- Rosano, A., et al. (2017). Migrant’s access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17 (588). DOI 10.1186/s12913-017-2549-9.
- Ryan, L. (2011). Migrants’ Social Networks and Weak Ties: Accessing Resources and Constructing Relationships Post-Migration. *The Sociological Review*, 59(4), 707–724. DOI 10.1111/j.1467-954x.2011.02030.x
- Saifuddin, A., et al. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use : an analysis of 172 countries. *The Lancet*, 380, 111-125. DOI 10.1016/S0140-6736(12)60478-4.
- Samenvatting Brussel. (2019). *Esquisse de la situation des personnes sans-papiers en Belgique : chiffres, conditions de vie et tendances politiques*. En ligne : <https://samenlevingsopbouwbrussel.be/fr/situatieschets-van-mensen-zonder-wettig-verblijf-in-belgie-cijfers-levensomstandigheden-en-beleidstendensen/>, consulté le 15-01-2020.
- Sami, J. et al. (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 (112), 1-9. DOI 10.1186/s12978-019-0771-0.

- Sandrin, B. (2013). Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? *Santé Publique*, HS2 (S2), 125-135. DOI 10.3917/spub.133.0125.
- Sarolea, S. (2018). *Regards croisés sur la migration*. MOOC. UCLouvain, Louvain-la-Neuve. En ligne, <https://www.edx.org/course/regards-croises-sur-les-migrations>, consulté le 22-03-2020.
- Schouten, B.C. et al. (2019). Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication : toward a holistic approach. *Patient Education and Counseling*. DOI 10.1016/j.pec.2020.05.001.
- Service public fédéral Intérieur. (2018). *Chiffres de la population par province et par commune à la date du 1^{er} janvier 2018*. En ligne : https://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user_upload/fr/pop/statistiques/population-bevolking-20180101.pdf, consulté le 09-11-2019.
- Sheehan, P. et al. (2017). Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *The Lancet*, 390 (10104), 1792-1806. DOI 10.1016/S0140-6736(17)30872-3.
- Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health : a systematic review and intergration of definitions and models. *BMC Public health*, 12 (1), 80. DOI 10.1186/1471-2458-12-80
- SPF SP. (2014). *CSFS/2014/AVIS-1 : Avis du Conseil Fédéral des Sages-Femmes concernant le rôle de la sage-femme dans le contexte du planning familial*. En ligne, https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_de_vroedvrouwen-fr/19103089_fr.pdf, consulté le 01-06-2020.
- SPF SP. (2019). *Projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté »*. En ligne, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_ecourte_fr.pdf, consulté le 01-06-2020.
- SPP Intégration Sociale [SPP IS]. (2013). *MediPrima : la réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS*. En ligne, https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/mediprima_presentation_fr_-_v22042013.pptx, consulté le 19-05-2020.

- SPP Intégration Sociale [SPP IS]. (2020). *MediPrima*. En ligne : <https://www.mis.be/fr/outils-cpas/mediprima>, consulté le 22-05-2020.
- Sudbury, H., Robinson, A. (2016). Barriers to sexual and reproductive health care for refugee and asylum-seeking women. *British Journal of Midwifery*, 24 (4), 275-281. DOI 10.12968/bjom.2016.24.4.275.
- Valentin, P.P. et al. (2013). Understanding integrated care : A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, (13). DOI 10.5334/ijic.886.
- Van Durme, T., Macq, J. (2018). *Des soins intégrés pour une meilleure santé, expériences internationales*. Communication présentée à la 9^{ème} journée CEPRAAL – Améliorer le parcours de l’usager de santé. DOI: 10.13140/RG.2.2.14523.05925.
- Vancorenland, S., et al. (2014). *Bilan des connaissances des belges en matière de santé*. MC- Informations, 258, 48-55. En ligne : https://www.mc.be/media/mc-informations_258_decembre_2014_tcm49-33143.pdf, consulté le 10-11-2019.
- Verbeeren, P. (2018). *Regards croisés sur la migration*. MOOC. UCLouvain, Louvain-la-Neuve. En ligne, <https://www.edx.org/course/regards-croises-sur-les-migrations>, consulté le 22-03-2020.
- Winnicott, D.W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Science de l’homme Payot). Paris : Payot.
- Wollscheid, S. et al. (2015). Effect of interventions to facilitate communication between families or single young people with minority language background and public services : a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 11 (1), 1-98. DOI 10.4073/csr.2015.7.
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications : design and methods* (6th ed.). Los Angeles : SAGE.
- Yzerbyt, V. (2018). *Regards croisés sur la migration*. MOOC. UCLouvain, Louvain-la-Neuve. En ligne, <https://www.edx.org/course/regards-croises-sur-les-migrations>, consulté le 22-03-2020.

Annexes

Annexe 1 – Guide d’entretien

Thème	Question	Relances	Objectif	Notes
Introduction + document à donner - Présentation personnelle + thème de mémoire - Confidentialité + anonymat de l’entretien - Pas de bonne ou mauvaise réponse + tout peut m’aider - Accord pour enregistrement + possibilité de l’interrompre à tout moment - Possibilité d’avoir la synthèse de mes résultats - Questions ? Toujours d’accord ?				
Présentation	Puis-je avant tout vous demander de vous présenter ?	- Quel parcours professionnel ? - Quel poste ? Depuis quand ? - Quelle institution ?	Identifier les caractéristiques de l’échantillon	
	Vous avez accepté de me rencontrer... Pourquoi ?	- Quel intérêt pour la problématique et pourquoi ?		
Vignette clinique (document)	Est-ce que cette vignette vous parle ?	- Adaptation de la vignette si nécessaire ?	Proposer une réflexion autour de facteurs de vulnérabilités caractéristiques	
Situation actuelle VS idéale	Aujourd’hui, comment se déroule la prise en charge ?	- Comment allez-vous prendre en charge Mme A ? - Qu’allez-vous mettre en place ? - Quel est le processus de soin de Mme A ? - Quand, par qui, comment, pourquoi ?	Mettre en vis-à-vis le processus de soin actuel et idéal	
	Quelle serait la prise en charge idéale selon vous ?	- Quand, par qui, comment, pourquoi ?		
Barrières	Quelles barrières identifiez-vous dans la situation ?	- Quelles différences voyez-vous entre la prise en charge actuelle et idéale ? - Niveaux : * Individuels (comportement) * Réseau social * Conditions de vie et de travail (éducation, logement, accès aux services de santé) * Contexte culturel, politico-juridique et social	Mettre en évidence et comprendre les faiblesses et barrières existantes sur le terrain (VS dans la littérature)	
	Quelles en sont les conséquences ?	- Comment se manifestent-elles en pratique ? - Pourquoi, comment ?		
	Selon vous, quelles en sont les causes ?	- Pourquoi, comment ?		
	Comment faire pour les dépasser à votre échelle ?	- Exemples ?		
Leviers	Quelles ressources identifiez-vous dans la situation actuelle ?	- Quelles similitudes voyez-vous entre la prise en charge actuelle et idéale ?	Mettre en évidence et comprendre les forces et leviers existants sur le terrain à l’heure actuelle	
	Comment les mobiliser ?	- Pourquoi, comment ? - Exemples ?		
Interventions	Selon vous, à ressources égales, comment pourrions-nous passer de la prise en charge actuelle à la prise en charge idéale ?	- Comment agir pour améliorer le processus de soin de Mme G ? - A quels niveaux ?	Formuler des pistes d’actions et de recommandations de bonnes pratiques	

		- Quelles actions considérez-vous comme prioritaires ?	pour améliorer le processus de soin actuel	
	Par contre, idéalement, quelles ressources souhaiteriez-vous développer ?	- Pourquoi, comment ?		
	Qui devrait porter la responsabilité du changement ?	- Pourquoi, comment ?		
Clôture	Enfinement, en regard de votre expérience, si vous deviez résumer en trois mots l'accès à une planification familiale satisfaisante pour Mme A aujourd'hui à Bruxelles, quels seraient-ils ?		Ressortir des mots-clés et identifier des axes prioritaires	
	Et pour finir, qui me conseillez-vous de rencontrer ensuite ?	- Quels services ou quelles personnes vous paraissent importants à interroger, que ce soit pour apprendre de leurs bonnes pratiques ou de leurs difficultés ? - Puis-je éventuellement les contacter de votre part ?	Constituer un échantillon en boule de neige	
- Merci ! - Pensez-vous à des éléments importants que je n'ai pas abordés ? Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? - Possibilité de re-contact en cas de besoin, si j'ai d'autres questions ? - Rappel envoi résultats/mémoire ?				

