



**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD, LYON 1**

**DIU SANTE, SOCIETE ET MIGRATION**

**LA LITTERATIE A L'INTEGRATION DES JEUNES FEMMES IMMIGREES EN  
MATIERE DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**

**Année 2015-2016**

**Par Immaculée MUKANTWALI**

**Sous la direction de Guillaume PEGON**

## **ABREVIATIONS**

AME	: Aide médicale de l'Etat
ARS	: Agence régionale de la santé
ASV	: Atelier santé ville
CCAS	: Centre communal d'action social
CMU	: Couverture maladie universelle
CPN	: Consultation prénatale
FLE	: Français langue étrangère
IREPS	: Institut régional d'éducation pour la santé
IST	: infections sexuellement transmissibles
MDM	: médecins du Monde
MGF	: Mutilations génitales féminines
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PASS	: Programme d'accès aux soins de santé
PMI	: Protection maternelle et infantile
PRADO	: Programme de retour à domicile
SMI	: Santé maternelle et infantile
VIH	: Virus d'immunité humaine

## **TABLES DES MATIERES**

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>I. CONTEXTE DU TRAVAIL .....</b>	<b>6</b>
I.1. Intérêt et présentation du sujet d'étude .....	6
I.2. Généralités .....	7
<i>Quelques chiffres</i> .....	7
<i>L'arrivée des femmes immigrantes en France</i> .....	8
<i>Contexte politique et social</i> .....	9
I.3. Problématique .....	10
<b>II. LA LITTERATIE A L'INTEGRATION DES FEMMES IMMIGREES EN SANTE MATERNELLE ET INFANTILE .....</b>	<b>14</b>
II.1. Compréhension de la littératie .....	14
<i>II.1.1. Evolution et utilisation des concepts</i> .....	14
II.1. 2. Importance de la littératie et les conséquences de son faible niveau en SMI chez les femmes immigrées .....	17
II.2. Les facteurs de risques de SMI et son rapport avec un bas niveau de littératie.....	19
II.3. Les problèmes liés au faible niveau de littératie en SMI sur lesquels agir .....	22
II.4. Les actions stratégiques de littératie à l'intégration en SMI.....	23
II.5. Partenariat : la femme immigrée dans un réseau d'acteurs de SMI.....	26
<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>

## Introduction

La France comme presque tous les pays du Nord ont atteint un niveau d'efficacité en termes d'alphabétisation, de formation et de qualification. Le problème d'analphabétisme se fait moins sentir par rapport aux pays du Sud. Il n'empêche néanmoins que sous certains facteurs, certaines populations abritées par ces pays souffrent de ce problème. L'immigration serait l'un de ces facteurs. Des immigrants choisissant l'Europe sont quelques fois faiblement ou non scolarisés. Ils sont analphabètes ou analphabètes fonctionnels, c'est-à-dire qu'ils ne savent ni lire ni écrire aucune langue, ou bien qu'ils n'ont qu'une maîtrise superficielle de l'écrit et de lecture et en plus, s'y intéressent rarement. Ces immigrants sont issus de sociétés, de groupes sociaux ou communautés où la tradition orale les arrangeait bien pour vivre et s'intégrer. Leur arrivée dans les sociétés où l'écrit et la lecture prennent le devant dans la vie courante constitue un choc culturel, car ici, l'écrit et la lecture sont plus qu'un moyen de communication. Il permet en plus, un regard sur le monde, une façon d'appréhender et de comprendre la réalité et enfin de s'intégrer. La capacité de s'intégrer dépendrait alors de l'ensemble de compétences que détient l'individu à maîtriser et à utiliser l'information. C'est ce que les anglophones qualifient de « literacy ». Hormis les origines géographiques et socioculturelles qui seraient à la base du niveau bas de littératie chez les immigrés, ce niveau est davantage affaibli par l'état psychique et social, situation de vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent. De fait, le concept de santé mentale nous intéresse aussi. Elle fait partie intégrante de la santé de l'individu selon l'OMS. Dans son sens positif, elle est le fondement du bien être de l'individu et du bon fonctionnement d'une communauté. C'est grâce à une bonne santé mentale qu'on peut penser, échanger avec les autres, travailler et progresser. Pour les immigrés, les efforts doivent être faits dans le sens de préserver la santé publique et la santé individuelle de celui-ci, sinon, sa capacité à contribuer au développement socio-économique du pays d'accueil sera entravée.

Certes que cette notion a un rapport étroit avec l'état de santé en général, le niveau de littératie influencerait l'état de santé de l'individu et vice versa. L'inaccessibilité et/ou la faible utilisation de l'information par les femmes en période de périnatalité, le manque de confiance, le stress, l'anxiété, les fausses représentations et certains comportements des femmes immigrées font quelquefois barrières à l'épanouissement psychosocial et enfin à la prise en charge de leur état de santé et celui de leur enfant.

Nous avons procédé à faire un travail de diagnostic et descriptif pour bien comprendre la situation. La revue de la littérature est la principale technique utilisée pour recueillir et analyser les informations qui sont ensuite confrontées et structurées suivant les hypothèses. Bien que nous ne soyons pas en exercice d'un métier sur lequel nous aurions certainement orienté notre mémoire, nous nous sommes néanmoins appuyés sur notre connaissance et expérience personnelles du territoire lyonnais pour lequel cette littérature vise à étayer un projet de littératie en SMI chez les femmes immigrées.

Divisé en deux chapitres, le premier est centré sur l'analyse contextuelle passant de l'intérêt de l'étude, des généralités à la problématisation. Le deuxième chapitre concerne le renforcement de la littératie en SMI chez les immigrées. Il revient sur la compréhension de la littératie, le relèvement des facteurs et des problèmes des femmes immigrées en termes de littératie. Il passe enfin, à la proposition des voies d'amélioration de la littératie ; par la détermination des actions à mener, les partenaires à impliquer et en dernier lieu, la femme immigrée en âge de procréer sera située dans le réseau d'acteurs concernés.

# I. CONTEXTE DU TRAVAIL

## I.1. Intérêt et présentation du sujet d'étude

En tant qu'immigrée, je ne cesse pas de revivre la situation de ce que c'est « être étranger » où, même la chose que vous maîtrisiez peut vous paraître nouvelle ou inconnue par ce que vous l'observez dans un autre contexte ; surtout quand on a jamais connu cela et que vous n'avez personne pour vous expliquer. Pire, serait quand on ne sait pas lire et écrire et qu'on ne connaît pas la langue du pays d'accueil. A mon arrivée à l'UCLy, on nous a donné des informations en rapport avec la scolarité, les démarches pour avoir le titre de séjour, la carte bancaire, la carte de transport et la carte vitale, presque tout était informé. A un mois de mon arrivée, j'ai commencé à souffrir des maux de ventre et quand je demandais comment faire pour me faire soigner, on me disait d'attendre trois mois pour avoir la carte vitale. Le fait que mon acte de naissance n'était pas aussi bien formalisé, les démarches pour la CMU ont pris plus que trois mois. Comme je souffrais beaucoup, je parlais de mon problème à presque tout le monde et un jour, quelqu'un m'a informé des Médecins du Monde et mon problème a été résolu.

Un autre cas concerne le témoignage d'une copine, venue sous un visa d'études pour une année, elle avait plutôt l'enjeu principal de rencontrer l'homme (qui n'avait pas encore eu ses papiers). Celui-ci venait de donner la dot à sa famille pour la marier. Elle a commencé ses études et est tombée vite enceinte sans s'en rendre compte. Ayant eu des malaises avec l'absence des règles, elle a parlé cela à son mari qui lui répondit que cela n'était pas grave et qu'il ne trouvait pas l'urgence d'aller chez le médecin traitant. Le monsieur avançait l'idée des coûts que cela lui causerait. La femme, très courageuse et débrouillarde s'est fait informée des services de CCAS, elle s'y est présentée et a été orientée aux MDM qui lui ont fait des examens et l'ont suivi jusqu'à ce qu'elle obtienne l'assurance maladie. Pendant ce temps, la CAF l'a déclarée à la PMI et a été appelée à participer aux séances de préparation à l'accouchement à la maison du Rhône. Elle a eu par la suite, la CMU-C et a pu par après, se choisir l'hôpital d'accouchement. Elle est actuellement à sa troisième grossesse et bénéficie tous les soins pour elle et pour ses enfants. Son mari qui sait combien faire des études en assurant le rôle de mère n'est pas chose évidente, reste pourtant avec des mentalités

africaines où ne semble ne pas avoir aucune responsabilité sur les soins et l'éducation des enfants.

Toutes ces démarches demandent que l'on sache lire et écrire, que l'on soit éveillé étant donné que tout est presque informatisé et qu'il faut de temps en temps utiliser le téléphone pour appeler les services dont on a besoin. Cela devient très compliqué pour ceux qui arrivent sans connaissance de langue et sans compétences de lecture. En plus, ils peuvent être dans des conditions illégales, avec traumatisme et souvent isolés.

En outre, ce sujet m'offre l'occasion de continuer des analyses sur le thème de santé maternelle et infantile chez des personnes marquées par une certaine précarité. Le sujet nous préoccupe après que nous avons déjà traité celui des inégalités sociales de santé et la promotion de l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité.

Le terme précarité selon Wrensiski, est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.<sup>1</sup> L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. Le module « Paroles et altérité » discuté lors de la formation souligne que la précarité peut être vécue indifféremment comme une atteinte plus ou moins organique, psychique, sociale, morale et voire politique.

L'immigration est relevée comme un des critères de précarité pouvant, empêcher la femme immigrée d'accéder et d'utiliser les informations nécessaires à sa santé et celle de son enfant et enfin de jouir de ses droits et de remplir ses devoirs en ce domaine.

## **I.2. Généralités**

### ***Quelques chiffres***

Les mouvements migratoires constituent un des phénomènes démographiques qui contribuent à la fois à augmenter et à diminuer une population d'un pays à un moment donné. Les statistiques prouvent que des migrations sont respectivement importantes du sud vers le

---

<sup>1</sup> Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Journal officiel, 1987

nord (62 millions) du sud vers le sud (61 millions), du nord vers le nord (53 millions), et enfin du nord vers le sud (14 millions)<sup>2</sup>. Selon l'Insee, 4,9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine en 2004 dont un tiers vient de l'espace européen et les deux tiers viennent de l'espace hors européen avec prédominance de l'Afrique et de l'Asie.<sup>3</sup> En 2012, la France compte 9% de personnes étrangères<sup>4</sup>. Selon l'enquête de l'Insee, le nombre d'entrées d'origine européenne a progressé et tourne autour d'un tiers des immigrés. Parmi les autres entrées, celles d'origine asiatique et africaine dominent et un quart des entrées est sans diplôme.<sup>5</sup> Dans les années 1980, parmi les immigrés en France venus de l'Afrique du Nord, Afrique noire, des pays méditerranéens et entre autres les réfugiés du Sud Est-Asiatique, un très fort pourcentage d'adultes étaient considérés comme analphabètes tant dans la langue d'accueil que dans leur langue d'origine. Parlant de l'illettrisme, il y a en 2012, 7% d'illettrés en France de 18 à 65 ans et 16% si on compte des immigrés qui n'ont pas été scolarisés en France. L'Insee rappelle que le niveau de compétence des adultes est fortement lié au pays et à la langue de scolarisation. Parmi les 16% de personnes en difficulté à l'écrit, le taux bondit à 61% chez celles scolarisées hors de France dans une autre langue que le français et à 31% chez celles scolarisées hors de France mais en français. L'enquête relève également un écart marqué entre hommes et femmes dans ce domaine : Près de 20% de femmes ont de résultats médiocres en calcul contre 14% des hommes et quant à l'écrit, l'avantage s'inverse (17% d'hommes en difficultés contre 15% de femmes).<sup>6</sup>

### *L'arrivée des femmes immigrantes en France*

Avant les années 1970, on assiste à une population immigrante, constituée beaucoup plus par les hommes qui venaient en termes de main d'œuvre. Après cette période, les hommes commencent à faire venir leurs femmes et enfants en regroupement familial. Cette

---

<sup>2</sup> Formation DIU, Cimade (1er module), année académique 2015-2016

<sup>3</sup> Insee. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. Insee Première 2006, N°1098 :4p.

<sup>4</sup> Formation DIU, (1er module), année académique 2015-2016

<sup>5</sup> Insee. Les immigrés récemment arrivés

<sup>6</sup> Association Française pour la lecture, les actes de lecture n°11, octobre 1985.



immigration familiale qui a marqué les années soixante-dix et les années quatre-vingt a complètement transformé le rapport de la France à la réalité migratoire. Les femmes entrent aussi en France pour d'autres raisons comme le travail, les études ou purement pour la demande d'asile sous les catastrophes naturelles, démographiques et beaucoup plus géopolitiques. Peu avant en 1962, on constate une augmentation de 15% de l'immigration féminine en France. Entre 1975 et 1983, les femmes représentent 61% des nouveaux entrants et environ 48% des immigrés. En 2000, l'immigration féminine connaît à nouveau une forte augmentation de 53,4%<sup>7</sup> et va progressivement dépasser l'immigration masculine. Aujourd'hui, selon une publication issue de l'enquête trajectoires et origines, produite par l'INED et l'INSEE en 2012, les femmes immigrées sont majoritairement celles, qui n'hésitent plus à partir seules, célibataires et/ ou avant d'être rejointes par leurs conjoints.

En 2008, les femmes atteignent 51% de la population immigrée en France. Le groupe de travail "Egalités pour les femmes migrantes" constitué de responsables associatifs, d'universitaires et de représentants des institutions qui travaillent avec le Ministère des Femmes, montre par exemple que les migrations originaires de Turquie restent dominées par la composante masculine, à l'instar des populations marocaine et tunisienne, mais que les immigrés d'Afrique centrale, du Golfe de Guinée, de Côte d'Ivoire, du Cameroun, et de la République Démocratique du Congo ont les taux de féminisation les plus élevés (53%).<sup>8</sup>

### ***Contexte politique et social***

Du point de vue politique et social, le phénomène migratoire s'accroît aujourd'hui de temps en temps et est fonction de plusieurs facteurs dont surtout les facteurs économiques, humanitaires, environnementaux et géopolitiques. Cette migration a sûrement d'impacts sur plusieurs dimensions de la vie, dont la santé publique des pays d'origine que d'arrivée et spécifiquement celle des migrants. Selon la politique de chaque pays, les immigrés peuvent être considérés comme une charge dans un pays d'accueil tandis que dans l'autre, cela peut être un gain. Les textes internationaux que nationaux sont signés, différents travaux et actions sont menés dans le cadre de restaurer la santé des gens issus de la migration. Dans tous les cas et selon les politiques migratoires internationale et nationale, chaque pays adopte une gestion de ces mouvements, permettant de générer des retombées sociales qui peuvent

---

<sup>7</sup> Les immigrées en France en majorité des femmes, Populations et Sociétés, Newsletter n°502, juillet-août 2013, p.1-4

<sup>8</sup> Olivier Noblecourt, 20 février 2011

profiter à la fois au pays d'accueil qu'aux personnes sujettes de la migration. Plusieurs dispositifs sont établis pour l'accueil et l'intégration de ces populations, dont ceux du bien-être social. Du côté sanitaire, on sait que les inégalités sociales de santé constituent un enjeu prioritaire et que les actions doivent viser les zones et les groupes les plus défavorisés. S'attaquer aux causes de ces inégalités est une meilleure stratégie. Pour le cas d'un bon état de santé maternelle et infantile, l'accès et une bonne utilisation de l'information sanitaire en matière de SMI est un droit et suscite la question de la citoyenneté internationale dont l'immigration fait sujet incontestable : L'intégration sociale inclut le coté sanitaire, un bon ou un mauvais état de santé d'un nouvel arrivant a un impact sur l'individu lui-même et sur la vie sociale et économique du pays d'accueil.

Plusieurs dispositifs permettant l'accès aux services de prévention que de soins à la population en général et aux immigrés en particulier sont mis en place. Pour ces derniers, nous parlerons par exemple, des programmes de préventions tels que le dépistage du VIH et autres IST, de la tuberculose, les services de vaccination, les dispositifs d'accès aux soins tels que le PASS au niveau des hôpitaux, le MDM offrant les consultations et soins aux primo arrivants se trouvant dans les centres d'accueil et d'orientation, la CMU et de l'AME offerte aux immigrés en situation irrégulière ou sans papiers.

### **I.3. Problématique**

Notre travail de mémoire cherche à comprendre la place de la littératie en santé maternelle et infantile et à déterminer la démarche de son amélioration chez les femmes immigrées en France d'où notre question de départ : En quoi la littératie contribue-t-elle à un bon état de santé maternelle et infantile chez les femmes immigrées?

Selon l'histoire de la migration, il apparaît dans les années 1990, une nouvelle image de la femme immigrante dans la société française: mère au foyer, qui a des rôles sociaux à jouer dans la société tels que, un agent principal de l'intégration, actrice de l'équilibre des relations, lutte contre les déviances et constitue le relais de médiation, d'éducation des enfants.<sup>9</sup> Cette dernière dimension est très cruciale, étant donné que c'est la qualité de la formation qui déterminera l'efficacité des générations futures issues des immigrés au service de la société française. On n'ignore pas d'ailleurs le grand rôle que cette femme jouerait dans

---

<sup>9</sup> Gaspard 1996 :24.

la lutte contre les inégalités sociales de santé qui frappent davantage les populations précaires, dont les immigrés. Les études qui traitent de la santé périnatale en situation migratoire montrent que les migrantes enceintes, vivant dans une situation de précarité sociale, consultent en général plus tard que les autochtones et ne sont pas suivies assez régulièrement. Chez les femmes étrangères au bénéfice d'une couverture sociale, le risque de soins de façon optimale est multiplié par 4.3. Chez celles qui ne la disposent pas, le risque est multiplié par 200 !<sup>10</sup>

Une étude genevoise auprès de migrantes clandestines sans assurance maladie met en évidence que la première visite chez le gynécologue s'effectue un mois plus tard que chez les femmes de la population générale. Les clandestines utilisent moins de moyens de contraception, ont plus de grossesses involontaires et sont plus exposées à la violence conjugale durant la période prénatale.<sup>11</sup> Près de la moitié des femmes immigrées présentent des complications bien que le taux de césarienne n'est pas différent de celui de la population générale.<sup>12</sup>

Par ailleurs, des études soulignent, la non ou sous utilisation de certains services disponibles chez les immigrés. Différentes raisons telles que la lourdeur des démarches administratives pour l'ouverture des droits, refus des soins par certains praticiens et des raisons linguistiques sont citées.<sup>13</sup> Loin des raisons administratives, nous relevons les problèmes inhérents au parcours des immigrés et à l'environnement dans lequel ils se situent. En haut, nous avons vu que certaines femmes immigrées sont analphabètes ou analphabètes fonctionnelles. En plus, elles quittent leurs pays avec des mœurs et coutumes, d'une culture propre et spécifique à elles, souvent défavorables à la santé en général et spécifiquement à la santé maternelle et infantile. Ailleurs, la situation d'immigration ajoute d'autres vulnérabilités à ces femmes telles que l'anxiété, la rupture des liens et des pratiques avec lesquels elles étaient familières. Les études montrent que chez les immigrées, la prévalence de la dépression prénatale est de 52% et la dépression postnatale est de 33% et 19% ont d'importants symptômes de dépression. La dépression, le stress et l'anxiété pendant la période périnatale issus de la

---

<sup>10</sup> Roegiers, L. et Molenat, F. (dir), stress et grossesse . Quelle prévention pour quel risque ? Toulouse: Erès.

<sup>11</sup> Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public health, 8(93)

<sup>12</sup> Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones, 2014

<sup>13</sup> Eduscol, Géographie de la santé : espaces et sociétés, mobilités et accès aux soins des migrants en France.

situation migratoire peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant.

L'autre défi est que le suivi pendant cette période reste structuré et souvent médicalisé. L'éducation sanitaire quant à elle, est généralisée et moins axée sur les publics spécifiques. Sous ce constat, rares sont les femmes immigrées qui détiennent suffisamment d'informations sur la santé maternelle et infantile et moins encore les utiliseront, rares sont celles qui savent où et quand solliciter les services. Il est évident que la capacité d'une femme immigrée à trouver et à utiliser une information sanitaire, déterminera la qualité de sa santé dans la période pré, pendant et poste maternité et celle de son enfant. La littératie lui serait donc, un pilier de l'auto gestion de sa santé et de la prise en charge de soi-même. Il est question alors de renforcer les connaissances et les compétences de ces arrivants pour une intégration favorable dans les deux sens. La femme nous intéresse à cause de sa place et de son rôle de mère éducatrice qu'elle occupe dans la société d'origine que d'arrivée.

Plusieurs questions se posent ainsi, auxquelles ce travail tente de répondre: Quelle est l'importance de la littératie en SMI ? Quels sont les facteurs défavorisants de la littératie en SMI et quelles conséquences chez les immigrées ? Quels problèmes auxquels faut-il s'attaquer ? Comment aider ces femmes à augmenter le niveau de littératie en SMI ? Qui doit être mobilisé ?

Une question structurante résumant tous ces questionnements se formule ainsi :

La littératie peut-elle aider à l'intégration en matière de santé maternelle et infantile des femmes nouvellement arrivantes ?

Des réponses suivantes se proposent:

- Une compréhension de la littératie,
- Une identification des facteurs et des problèmes rencontrés par les femmes immigrées à trouver et à utiliser l'information en rapport avec la santé maternelle et infantile,
- Une détermination des actions spécifiques, et coordonnées de renforcement de la littératie en santé maternelle et infantile chez les femmes immigrées,
- Situer la femme immigrée dans un réseau des acteurs concernés.

Les indicateurs comme la définition de la littératie, l'inventaire des facteurs, des conséquences et des problèmes liés au faible niveau de littératie en SMI, la détermination de la place de la femme à son entrée dans le système jusqu'à sa sortie, l'identification des partenaires impliqués et à impliquer, des actions proposées de renforcement de la littératie en santé maternelle et infantile chez les femmes immigrées nous aideront à évaluer ce travail.

## **II. LA LITTERATIE A L'INTEGRATION DES FEMMES IMMIGREES EN SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**

Les femmes comme les hommes immigrés en France quittent leurs pays pour différentes raisons. La majorité ne compte pas du tout de retourner chez eux ou du moins à court terme. Dans le cas des enfants issus des femmes immigrées, ces premiers sont ipso facto condamnés à rester avec leurs mères du moins pendant leur vie de mineur. Selon les procédures administratives, ils auront à un certain moment le droit à résider, à avoir la nationalité et à être citoyen français avec des droits et devoirs. Ce scénario d'acquisition de la nationalité est aussi bien possible pour les mères, elles resteront sur le sol en tant qu'immigrées et durant toute leur vie. La condition de migration classe souvent ces populations dans la catégorie défavorisée par rapport au statut socio-économique. L'observatoire des inégalités fait remarquer par exemple, que près d'un cinquième (17,2%) des immigrés est en chômage, contre 9% des français nés en France. Le taux atteint 21,1% pour les actifs non ressortissants de l'UE. Les facteurs en cause sont entre autres le niveau de diplôme, les réseaux sociaux faibles, la nationalité et la discrimination.<sup>14</sup>

En matière de littératie en santé, les études menées au Canada relèvent que les immigrants viennent en second lieu des groupes les plus à risque, après les aînés (les + de 66 ans) et en troisième lieu, les sans-emploi. Pour les trois groupes, le niveau de littératie est en dessous du niveau 3 (niveau minimum requis).<sup>15</sup>

### **II.1. Compréhension de la littératie**

#### ***II.1.1. Evolution et utilisation des concepts***

Depuis longtemps, le mot literate a signifié « familier avec la littérature » ou plus généralement, quelqu'un ayant reçu une bonne éducation, instruit. A la fin du 19 ième siècle, il vient désigner les aptitudes à lire et à écrire un texte tout en conservant son sens le plus large qui désigne une personne cultivée ou instruite dans un ou plusieurs domaines

---

<sup>14</sup> Insee, Enquête sur l'emploi, données 2013- Observatoire des inégalités, France métropolitaine,

<sup>15</sup> CCA. Littératie en santé au Canada. Une question de bien-être, 2008, 25p.

particuliers. Ainsi, le sens initial du terme literacy diffère de celui de ses traductions dans plusieurs autres langues, comme l'alphabétisme et l'analphabétisme employés en français pour désigner respectivement literacy et illiteracy.<sup>16</sup>

Selon Hautecoeur JP<sup>17</sup>, l'analphabétisme est le degré zéro de connaissance de langue écrite en usage dans une société donnée, c'est l'ignorance du code formel de la langue d'usage dans le cas où ce code existerait, soit l'incapacité de lire, de comprendre et d'émettre un message écrit.<sup>18</sup> La définition proposée par l'UNESCO en 1958, s'énonce ainsi : analphabète est une personne incapable de lire et écrire en le comprenant un exposé simple et bref de faits en rapport avec la vie quotidienne.

Pour l'ANLI, on parle d'analphabétisme pour désigner des personnes qui n'ont jamais été scolarisées. Il s'agit pour elles d'entrer dans un premier niveau d'apprentissage. On parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. Il s'agit pour elles de réapprendre, de renouer avec la culture de l'écrit, avec les formations de base. Pour les nouveaux arrivants dans le pays, qui ne parlent pas la langue, on parle de Français Langue Etrangère (FLE). Il s'agit pour eux d'apprendre la langue du pays où ils résident<sup>19</sup>.

C'est en 1981, qu'apparait le terme d'illettrisme pour pouvoir distinguer les Français pauvres aux compétences limitées en lecture et écriture des immigrés qualifiés d'analphabètes. Les discours internationaux et en particulier le discours anglophone ont récemment apporté de nouvelles conceptions de l'alphabétisme : apprentissage au sens large et de la maîtrise de l'information « pour bien fonctionner dans les sociétés du savoir qui domineront le XXI<sup>e</sup> siècle » (OCD, 1997). La dernière révision du concept francophone d'alphabétisme est apparue (initialement au Québec) avec le terme littératie. En France, le journal officiel a publié en août 2005, une définition du terme « littérisme », capacité à lire un texte simple en

---

<sup>16</sup> Le Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2006,

<sup>17</sup> Hautecoeur JP, *Analphabétisme et alphabétisation au Québec*. Québec : Ministère de l'Éd. Direct, de l'éd. Des adultes, 1978

<sup>19</sup> Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Pour l'accès de tous à la lecture, l'écriture et aux compétences de base.

le comprenant, à utiliser et à communiquer une information écrite dans la vie courante.<sup>20</sup> Ainsi, the literacy « la littératie » est dans son sens étymologique, la capacité d'une personne de lire, écrire et de parler l'anglais ( le français), de calculer et de résoudre des problèmes à un niveau de compétences suffisant pour fonctionner au travail et à la société, atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel.<sup>21</sup> D'autres auteurs la définissent comme un ensemble complexe d'aptitudes à comprendre et à utiliser le système de symbole dominant d'une culture pour son développement personnel et pour celui de la communauté.<sup>22</sup> Ou encore, comme le fait d'utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la société, atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel.<sup>23</sup>

### ***Littératie en santé « health literacy »***

Selon l'OMS, la notion de la littératie en santé est l'ensemble des aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé. Elle signifie plus que le fait de pouvoir lire des brochures et prendre des rendez-vous. Le groupe d'experts sur la littératie en santé donne une autre définition plus concrète et qui guidera notre travail, qui est « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. Dans cette définition, l'emploi du verbe trouver montre bien qu'il ne suffit pas que l'information et les services soient disponibles. La capacité de trouver est facilitée par la scolarité, la culture et la langue, par les aptitudes de communication des professionnels, par la nature des documents et des messages et par les contextes où l'on offre des mesures de soutien liées à la santé.<sup>24</sup> La notion de littératie en santé est bien connue et utilisée dans le cadre des soins de santé et dans les rapports médecin – patient au Canada. En Europe, l'utilisation de ce concept a été accentuée sur le rôle de celle-ci dans l'éducation pour la santé et la promotion de la s

---

20 Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2006. Alphabétisation et alphabétisme.

21 Traduction, National literacy Act, 1991

22 Traduction, the centre for literacy of Quebec,s.d.

23 Statistiques Canada, 2005.

<sup>24</sup> Irving Rootman et Deborah Gordon-El-Bihbety (CPHA-ACSP), Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé



## **II.1. 2. Importance de la littératie et les conséquences de son faible niveau en SMI chez les femmes immigrées**

La mise en place d'un dispositif de renforcement de littératie en SMI demande qu'on soit d'abord convaincu de l'importance de celle-ci. L'OMS précise bien, que la littératie en santé va au-delà de l'aptitude à lire des brochures et à prendre RDV. Etre d'un niveau de scolarisation élevé ne suffit pas aussi, bien que cela soit un facteur favorisant. Il faudra en plus, atteindre un niveau permettant de prendre des décisions appropriées relatives à votre santé et celle de la communauté. Des études menées au Canada ont montré que le niveau élevé de littératie en santé est un indice d'un bon état de santé. Elles démontrent qu'un niveau inférieur de connaissances en santé est associé à un état de santé déficient, à une utilisation accrue des services de santé et à des coûts élevés. En revanche, au cas où ce niveau est élevé, elles démontrent son apport à la réduction des coûts de santé et sur l'économie en général que ce soit sur le PIB, dans les entreprises et en famille. Les canadiens ayant les niveaux de littératie les plus faibles sont deux fois et demie plus susceptibles d'être dans un état de santé moyen ou mauvais que ceux qui atteignent les niveaux 4 et 5, plus deux fois sont moins susceptibles à participer à des actions de bénévolat et plus 2 fois et demie ils sont plus susceptibles de recevoir des prestations de soutien de revenu. Les niveaux de littératie ont certes des conséquences mesurables en santé.

Le lien entre celle-ci et les problèmes de santé est prouvé. Le facteur le plus analysé est le diabète. Plus le niveau de littératie est élevé, plus la prévalence du diabète est faible.<sup>25</sup> Autrement, le niveau de littératie en santé maternelle et infantile chez la femme (immigrée) détermine l'état de santé de celle-ci mais aussi de celui de son enfant même à l'âge adulte. Cet état de santé a aussi une grande corrélation avec le statut socio-économique d'où des travaux précisent que les inégalités sociales de santé trouvent essence dans les causes les plus lointaines et depuis l'enfance. Ils démontrent que le soutien des familles et surtout des mères à l'éducation de leurs enfants constitueraient un moyen de réduction et de prévention de celles-ci.

Notons que chez les femmes immigrées, les conditions dans lesquelles se trouvent certaines d'entre elles pendant la grossesse, la maternité et après la maternité sont épouvantables. Leur disposition psychique, socioculturelle et économique n'est pas du tout favorable à la littératie.

---

<sup>25</sup> CCA. Litteratie en santé au Canada. Une question de bien être, 2008, 27p.

Dans certains cas, elles ont été violées soit dans leurs pays d'origine, soit pendant leur trajet migratoire. En plus, ces femmes viennent souvent des cultures où l'idée de procréation est ancrée et fait la valeur d'une femme et où on a aucune idée d'un projet d'enfant (l'enfant naît dans le hasard). Dans d'autres cas, on assiste à des femmes qui se livrent aux rapports sexuels pour des raisons socio-économiques et qui deviennent par après enceintes sans l'avoir prévu. Le fait d'être -sans papiers- empire les choses. « Elles peuvent passer plusieurs années, voire, pour leurs enfants, toute leur enfance puis leur adolescence, sans aucune existence légale. La peur d'être découvertes et expulsées, l'isolation sociale, la pauvreté ainsi que l'absence de perspectives empreignent toute leur vie » nous dit Christine Davoudian.<sup>26</sup>

En outre, faire un enfant chez certaines femmes (de peur qu'elles ne soient expulsées du territoire), est une stratégie d'accéder aux papiers. C'est le cas par exemple d'une jeune femme congolaise, qui nous raconta qu'elle est venue en France en 2013, constata que son visa allait expirer, elle a décidé de se faire enceinter, et l'enfant lui a donné accès à un titre de séjour « vie privée et familiale ». Toutes ces situations où la future mère nous semble ne pas être préparée à son nouveau rôle, la faible perception du risque, le manque d'informations et l'incapacité d'utiliser celles qu'elle a déjà peuvent être à la base d'une santé médiocre de la maman et/ou de l'enfant voire même le décès. Associés ou non à d'autres éléments, le bas niveau de la littératie en SMI chez les femmes immigrées peut avoir plusieurs conséquences par rapport à la population générale. Nous en énumérons quelques unes d'après le rapport de SMI de la Confédération Suisse<sup>27</sup> : La mortalité et mortalité infantile est très élevée chez les immigrées surtout celles de l'Afrique subsaharienne et de la Turquie par rapport aux suisses. Les immigrées accouchent très jeunes où par exemple celles d'origine d'ex Yougoslavie de moins de 25 ans sont 26% alors qu'elles sont 6,2% chez les Suisses. La fécondité est très élevée où à cet âge, elles sont cinq fois plus que les Suisses. L'interruption de grossesse est de 9.6% contre 4.2%. La prématurité est élevée et les femmes subsahariennes viennent en tête, les hospitalisations en unité de soins intensifs et durée de séjours très élevés par rapport aux Suisses (6.7% contre 4.7% et 4.6% contre 1.2% respectivement). A la naissance, les enfants issues des mères immigrantes ont souvent un poids inférieur à 1500g. Celles qui viennent de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie présentent un taux élevé

---

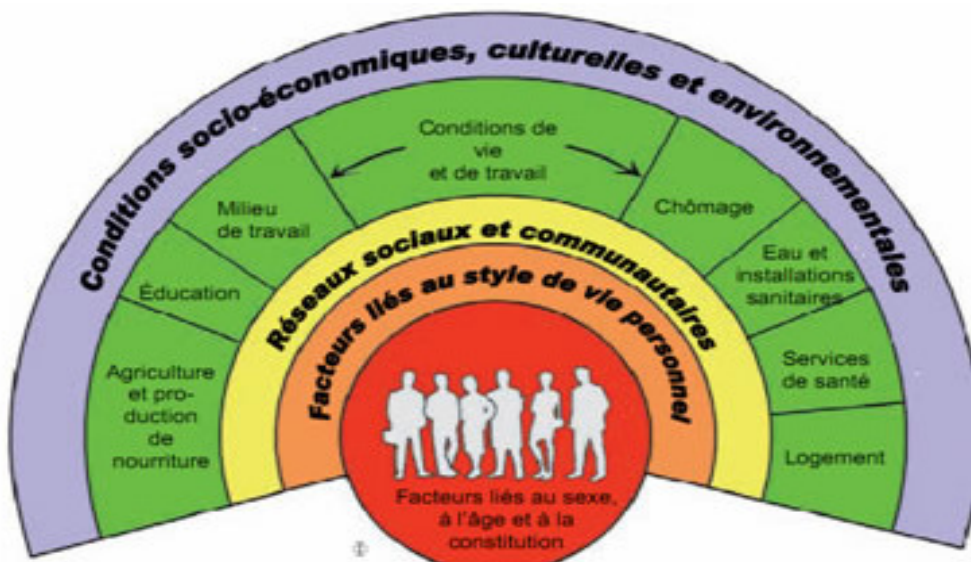
<sup>26</sup> Christine Davoudian (dir), mères et bébés sans papiers, 15p.

<sup>27</sup> Santé maternelle et infantile des populations migrantes. Rapport du conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (12.3966).

d'hémorragies et de fièvre puerpérale. On constate également une dépression pré et postnatale chez des femmes arrivées en Suisse depuis peu et qui souvent doivent se débrouiller seules. Enfin, la mortalité maternelle est de 5.1/100.000 chez les Suisses contre 6.4% chez les immigrées.

## II.2. Les facteurs de risque de SMI et son rapport avec un bas niveau de littératie

L'état de santé déficient chez la mère que chez l'enfant est le résultat de plusieurs facteurs combinés. D'emblée, il est à savoir que la SMI en général comme la littératie en SMI ont un lien très étroit avec les déterminants sociaux. Le modèle des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead nous aide à observer cinq couches superposées pour influencer le comportement de l'individu qui est au centre du modèle à l'égard de la santé.



*Source: Dahlgren G. Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity to Health. Stockholm for future Studies, 1992*

A la première couche, ce sont des facteurs démographiques-biologiques (âge, sexe, constitution,...), à la deuxième, des facteurs liés au mode de vie (des perceptions, des attitudes et comportements individuels), à la troisième, des facteurs liés à la communauté et des réseaux dans lesquels les individus s'inscrivent, à la quatrième, des facteurs liés aux conditions de vie et de travail, et enfin, des facteurs liés aux conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales présentes dans l'ensemble de la société.

De là, certains groupes comme les immigrés, cumulant un ensemble de facteurs liés à leur trajectoire de vie et à leur condition migratoire (événements de vie stressants, violences

conjugales, appartenance et origine défavorisée, niveau de scolarisation inférieur, absence de logement, statut légal précaire, suivi gynécologique tardif, barrières linguistiques et décalage culturel,...) sont plus à risque à des problèmes de la santé.

De plus, les femmes immigrées enceintes, en maternité ou après accouchement, se retrouvent loin de leur famille, coupées du soutien, des savoir-faire et de la transmission autour des pratiques culturelles que peut apporter l'expérience des femmes plus âgées (mère, grand – mère, tante grande sœur). Elles se voient en plus en interactions très limitées avec les professionnels de santé du pays d'accueil qui ont recours à des pratiques médicales non habituées.

Michel T. Giroux et son institut, pour spécifier des facteurs à la littératie en santé, en déduisent quatre éléments constitutifs : la scolarisation, l'univers culturel, l'environnement social et la condition psychologique comme l'effet de l'anxiété, la peur, l'incertitude, etc. Pour lui, certains facteurs sont d'ordre individuel ou personnel (langue, religion, culture, représentation de la santé et perception du risque, motivation et capacité à reconnaître son besoin d'information) ; et d'autres, d'ordre contextuel (politique et système de la santé, contexte environnemental et stratégique,...).

### **Les facteurs de risque de SMI relevant de la personne**

Le rapport de la Confédération de Suisse sur la SMI détaille les facteurs de risque qui intéressent notre travail en ce sens qu'ils interpellent les éléments sur lesquels l'amélioration de la littératie pourrait s'attacher.

**Âge de la mère** : Les femmes immigrées entre 15-24 ans et 40-44 ans ont un taux de fécondité très élevé par rapport aux indigènes.

La nécessité de fournir des informations à ces femmes en rapport avec les risques des grossesses trop nombreuses, à l'âge trop jeune ou trop vieux se fait sentir.

**Environnement économique et social** : les études démontrent qu'il existe une corrélation entre un statut socio économique et le déroulement de la grossesse ainsi que l'état de santé du nouveau-né. Au Pays-Bas par exemple, il a été constaté, que la mortalité infantile est supérieure dans les quartiers où résident les populations migrantes et une population indigène essentiellement à statut socio-économique très bas. On démontre également qu'il existe un rapport entre le niveau de formation et le poids du nourrisson à la naissance. En matière

d'allaitement maternel par exemple, les mères qui allaitent davantage appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle supérieure (81,3% des cadres contre 63,3% des ouvrières).<sup>28</sup>

Un faible niveau de formation peut amener les mères à solliciter insuffisamment de services ou de façon inappropriée (nombre insuffisant ou retard de CPN, excès de cas des femmes post-partum dans les urgences,...). Les femmes immigrantes, vivant dans des conditions de choc culturel où elles sont confrontées aux nouvelles normes socio-culturelles et la perte de réseaux sociaux, des valeurs culturelles des pays de départ, tout cela rend plus difficiles, les conditions de vie et l'état de grossesse où la période de périnatalité en est très fragile. Cette instabilité psychique pourrait retentir sur la littératie. Etant dans un nouveau cercle de vie dont elles ne maîtrisent pas et ayant perdu leurs réseaux, les femmes enceintes se débrouillent seules. On suppose que l'isolement social associé à des conditions de vie précaires contribue à l'augmentation des interruptions de grossesses.<sup>29</sup>

### *Mode de vie*

Certaines habitudes et comportements peuvent être nuisibles à la SMI comme une alimentation moins saine et la consommation excessive des médicaments par exemple sont constatées chez les femmes immigrées par rapport aux suisses. On note également de façon générale, la consommation de l'alcool et de tabac.

### *Etat de santé de la femme*

Certains éléments comme les mutilations génitales, les maladies infectieuses sont propres aux femmes immigrantes.

Mutilations génitales féminines : Elles exposent les femmes enceintes ou qui accouchent aux risques tels que le prolongement de la phase d'expulsion, risque accrue d'hémorragies postnatales et lésions au moment de l'accouchement.

---

<sup>28</sup> Etude longitudinale française depuis l'enfance, publié 2011

<sup>29</sup> Goguikian Rotclif, B. et al(2014) : Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones.

Maladies infectieuses : Les infections comme le VIH sont plus élevées chez les femmes de provenance des régions à haut risque et ces femmes sont plus infectées par rapport à l'ensemble des femmes suisses. La chlamydia est aussi beaucoup plus élevée chez les immigrées. Ces infections entraînent un risque d'accouchement prématuré, de conjonctivite ou de pneumonie pour le nouveau né en cas de transmission néonatale.

Diabète gestationnel : Très présent chez les populations africaines et asiatiques. Il perturbe le fonctionnement du placenta et est nuisible au développement du fœtus. Il peut causer le surpoids chez le nouveau-né et cela peut conduire à la césarienne pouvant aussi entraîner des lésions au moment de l'accouchement chez la mère.

### *Les facteurs de risque relevant du contexte*

Le non connaissance ou non maîtrise des procédures de soins, les démarches administratives à faire à l'arrivée, le problème de papiers peuvent entraîner les risques de mortalité ou d'une santé médiocre de la mère et de l'enfant. L'accès aux informations de prévention et de traitement peut être difficile à cause de la langue et/ou des messages non adaptés. La communication avec les professionnels peut être compliquée à cause de la langue et de la culture différente.

### **II.3. Les problèmes liés au faible niveau de littératie en SMI sur lesquels agir**

Le problème est selon le Petit Robert, une difficulté qu'il faut résoudre pour obtenir un résultat.

Selon Wikipédia, un problème de santé publique se définit, pour un groupe de personnes ou une population, comme la différence critique entre l'état de santé réel, mesuré par des indicateurs et l'état de santé recommandé par des normes. Un problème de santé publique est donc à distinguer d'un déterminant de santé qui est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs.<sup>30</sup> De fait, comme

---

<sup>30</sup> Wikipédia, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Probl%C3%A8me\\_de\\_sant%C3%A9\\_publicue](https://fr.wikipedia.org/wiki/Probl%C3%A8me_de_sant%C3%A9_publicue) consulté le 17/06/2016]

on ne peut pas intervenir sur tous les facteurs inventoriés en haut, nous cherchons à identifier les différences critiques ou les problèmes d'illitératie en SMI spécifiques chez les femmes immigrées.

La revue et l'analyse de la littérature nous permettent d'inventorier pas mal de problèmes auxquels les interventions d'amélioration de la littératie en SMI peuvent s'orienter. Il s'agit entre autres de la méconnaissance ou faible maîtrise de la langue française, du faible intérêt de lecture chez les immigrés surtout de provenance des pays du sud, des représentations et comportements socio-culturels du pays d'origine défavorables à l'égard de la santé, des informations lourdes par rapport à la capacité de compréhension /utilisation chez les femmes immigrées, des outils de transmission de messages souvent non adaptés, le manque ou la perte de réseaux sociaux, la méconnaissance ou non maîtrise des structures d'informations, les procédures compliquées pour ces femmes et le manque ou insuffisance du système de traduction auprès de professionnels.

#### **II.4. Les actions stratégiques de littératie à l'intégration en SMI**

Le renforcement de la littératie en SMI vise à augmenter des connaissances et des compétences en matière de SMI chez ces femmes et devra tenir compte de plusieurs éléments liés à l'individu dont sa langue, son niveau de scolarisation, son état psychique et sa culture et au contexte comme le système sanitaire, la capacité de communiquer des professionnels. Comme toute autre sorte d'intégration, l'intégration en SMI emprunte aussi la notion d'acculturation qui souligne que les changements introduits par les contacts des cultures ne sont pas un simple rapprochement ou rajout mathématique, ce concept réfère plutôt au processus de passage d'une culture à une autre.<sup>31</sup> Cherchant à s'intégrer, les immigrés se retrouvent dans un conflit entre la culture d'accueil et d'origine. Le champ de santé maternelle et infantile s'inscrit également dans ce processus. En effet, les femmes immigrées en âge de procréer, viennent avec et gardent pendant longtemps des rites, coutumes, traditions et pratiques relatifs à la procréation (qui dans la plupart des cas constituent des facteurs défavorables à la SMI) et entrent en contact avec les pratiques sociales et médicales dont elles n'ont pas l'habitude ni assez de connaissances. Le problème de la langue ou du niveau bas de formation en fait un autre obstacle, avons-nous dit. Un autre

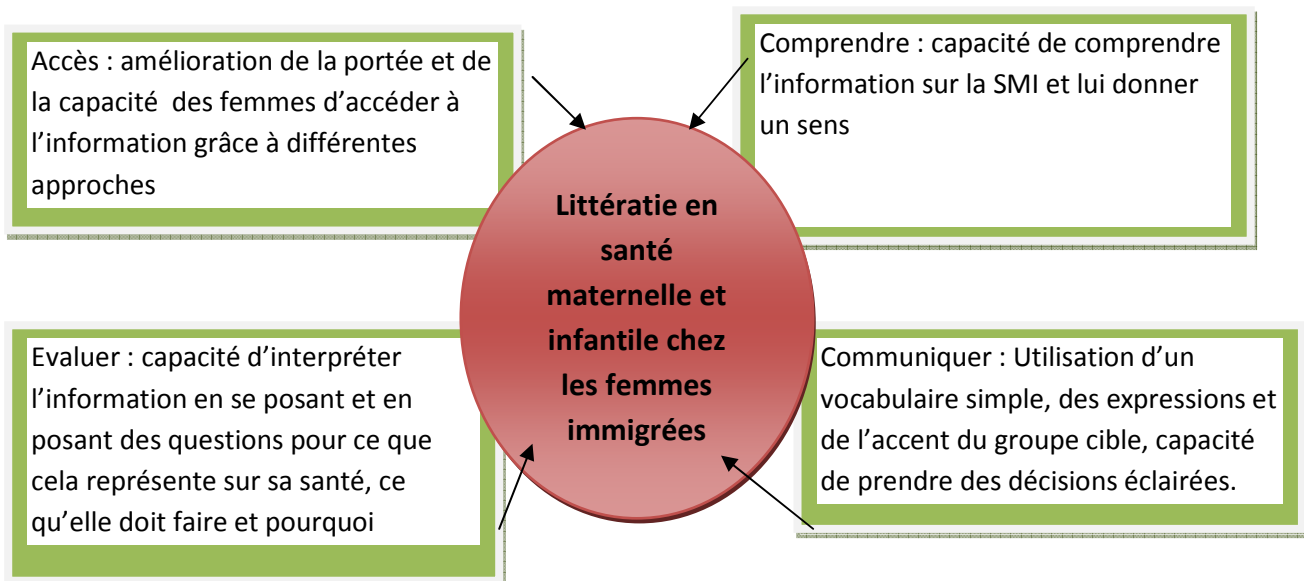
---

<sup>31</sup> Module Acculturation et interculturalité, DIU santé, sociétés et migrations

problème s'observe dans la communication des professionnels qui ne sont pas à mesure de s'adapter à la langue, culture et pratiques de ces femmes.

Pour intervenir à ces éléments, nous proposons l'approche qui valorise à la fois, le partenariat et la paire éducation. L'intervention intersectorielle et partenariale permettra de ne pas perdre de vue des femmes aidées et à aider. La paire éducation permettra d'intervenir tout en tenant compte de connaissances, compétences, culture et environnement socio psychologique de la femme. Les réunions entre ces femmes, les groupes de parole et toute autre forme de rencontre constitueront une occasion de briser l'isolement. Davoudian nous dira : « pour ces dernières, le groupe sera vécu comme une chance de pouvoir partager avec d'autres autour d'éléments douloureux communs.....Elles auront pu sans doute, y trouver une réassurance à être à nouveau quelqu'un de visible, de vivant (avec des désirs, de projets entendus, respectés et écoutés) dans ce cadre groupal.....Mais plus encore, il les a sûrement protégées de notre regard qui pourrait être vécu comme intrusif dans les entretiens individuels ». <sup>32</sup>

La démarche action nous renvoie aux éléments composant la définition de la littératie pour partir de ses quatre domaines à savoir : accès, comprendre, évaluer et communiquer.



On sait que les informations nécessaires à la reproduction sont disponibles ; au niveau de plusieurs structures, comme au niveau des centres de planification familiale, des CMS, des maternités, des PMI et sur différents sites internet mais certaines femmes ne savent ni lire ni écrire, en plus ne maîtrisent pas la langue française. D'autres ont grandi dans une culture de

<sup>32</sup> C. Davoudian (dir), mères et bébés sans papiers. 64p.



moindre intérêt à la lecture auxquels s'ajoutent des conditions de vie défavorables et l'état psychique précaire qu'elles se documentent moins ou pas du tout en rapport avec leur santé avant, pendant et après l'accouchement ainsi que pour la santé de leur nouveau-né. L'intervention prendra en compte certains facteurs favorables à la littératie: la lecture qui est un facteur principal de la littératie selon l'étude menée au Canada. Il a été démontré que la lecture quotidienne est quelque chose d'unique (contrairement à ce que l'on pensait du niveau de scolarité) qui augmente très fortement le niveau de littératie. Le niveau de scolarité vient quant à lui en deuxième lieu. Le milieu familial et l'éducation des adultes en ont aussi une influence mais modérée. Etre né à l'étranger est par contre un facteur qui influe négativement sur la littératie et dont l'impact se réduit progressivement avec le temps. La langue maternelle différente de celle du texte en affaiblit le niveau.<sup>33</sup>

De fait, les actions de différents acteurs viseront davantage :

- la mobilisation des nouvelles arrivantes à participer au cours de FLE à travers les structures d'entrée ou les organismes d'assistance sociale. Il sera question d'informer chaque arrivante, faire l'inventaire des adresses d'apprentissage du FLE et de les rendre disponibles dans toutes les structures en contact avec les immigrés.

- la traduction des messages dans au moins deux autres langues et l'adaptation des outils de transmission de ces messages comme l'utilisation des images et photos. Des messages- vidéo peuvent aussi être développés pour faciliter la compréhension de l'information.

- l'organisation des séances de renforcement de la littératie en SMI chez les femmes immigrées. C'est ici que les pairs éducateurs peuvent trouver leur place et travailler étroitement avec les professionnels de santé au cours des séances de préparation à l'accouchement. Pour les femmes qui savent lire, les inciter à la lecture : distribuer des petits flyers de messages, accorder un temps de lecture et passer à un moment de partage et de discussion de ce qu'on a lu. Il pourra être l'occasion d'interpréter les messages en référence de leur culture, de se les traduire les unes entre les autres dans leur langue, etc.

En plus de séances de préparation à la naissance, d'autres informations en rapport avec la SMI reflétant de la situation migratoire seront partagées. Il s'agira par exemple des risques dus aux MGF, le dépistage des IST et du VIH, démystifier certains mythes et tabous, etc.

---

<sup>33</sup> CCA. Littératie en santé au Canada. Une question de bien être, 2008, 28-29P.

### *De l'évaluation de l'information à la communication*

Dès que la femme ait pris conscience de sa santé, elle commence à se poser des questions. Elle a besoin de bénéficier des informations claires et complètes. Au Canada, dans le domaine de la littératie, poser des questions en rapport avec sa santé et recevoir des réponses devient un droit au patient : On lui doit des explications sur le vrai problème de sa santé, ce qu'il doit faire et pourquoi doit-il le faire. Dans ce cadre, les professionnels ont à utiliser un vocabulaire simple, le cas échéant avoir des interprètes. Les acteurs d'intervention à ce niveau sont entre autres : le médecin traitant, la PMI (médecin, infirmière, sage-femme, puéricultrice), l'hôpital d'accouchement, les gynécologues, les pédiatres, etc. A chaque étape (grossesse, accouchement, maternité, après maternité), expliquer largement les problèmes ou les risques possibles de façon générale et individuelle, lui proposer des services disponibles afin que la femme puisse prendre des décisions et choisir des pratiques favorables sur sa santé et celle de son enfant. Dans la mesure du possible, aider la femme à trouver le professionnel soignant qui connaît la langue et/ou la culture de la femme. L'étude longitudinale sur le stress périnatal revient sur la question de communication qui paraît critique lorsque l'on a à prendre des décisions médicales, ce qui peut mettre mal à l'aise la femme quand on doit agir vite et qu'elle ne comprend rien de ce que l'on fait d'elle. Durant le suivi par les sages-femmes, les infirmières et les puéricultrices; des pairs pourront être proches.

Les interventions viseront également les professionnels de santé : ils doivent être conscients du rapport entre le niveau de la littératie et l'état de santé de la mère et de l'enfant. Les informer surtout des risques que recourent les femmes immigrées et des problèmes qui les bloquent à accéder aux informations et aux soins. Dans la mesure du possible leur prévoir des formations sur l'inter culturalité, et comment communiquer avec les groupes précaires spécifiquement les immigrés.

### **II.5. Partenariat : la femme immigrée dans un réseau d'acteurs de SMI**

La femme immigrée dans son parcours de soins, rencontre plusieurs acteurs travaillant sur la santé maternelle et infantile. Avant, elle a été accueillie et accompagnée par d'autres acteurs reflétant de sa trajectoire migratoire. Tous ces acteurs concourent pour le bien-être de cette femme d'où l'importance de collaborer. Ils se voient ainsi dans une situation de réunir leurs

efforts en vue de l'atteinte de l'objectif dit commun. Le partenariat devient alors une nécessité. Il est défini selon Bernard Vachon, comme une sorte de concertation, qui est le fait de s'entendre pour agir ensemble et réfléchir sur les modalités de réalisation d'une action conjointe. C'est une action partagée entre différents acteurs qui interviennent selon une entente établie entre eux par la concertation.<sup>34</sup> Chacun devra être à mesure de s'identifier par rapport à l'autre, se préciser ses enjeux et être capable de relever les enjeux du collaborateur afin de mieux servir la femme. Dans les actions de promotion de la SMI, différentes catégories d'acteurs sont concernées, entre autre des partenaires institutionnels pour leur rôle politique, les partenaires financiers et les partenaires techniques/professionnels. La catégorie des professionnels nous intéresse beaucoup étant donné que ce sont eux qui sont en contact direct et régulier avec ces femmes. La place de ces femmes en tant qu'acteurs naturels n'est pas à ignorer pour faciliter la démarche participative débouchant à une vraie appropriation des actions. Le module « Paroles et altérité » nous rappelle que les actions d'accompagnement d'une quelconque précarité reposent sur le savoir et le pouvoir des professionnels mais aussi de la personne accompagnée et que ces professionnels doivent être aidés des personnes ressources, véritables pairs aidants, issues de la communauté.<sup>35</sup>

Inventaire des acteurs intervenant en matière de SMI et qui peuvent être impliqués dans les actions de renforcement de la littératie.

---

<sup>34</sup> Bernard Vachon, *Le développement local, théorie et pratiques*, Gaëtan Morin éditeur, Québec, Canada, 1993

<sup>35</sup> Module parole et altérité, DIU santé, sociétés et migrations

Acteurs impliqués et à impliquer	Niveau	Missions et attentes
Forum réfugiés	+++	Accueil des demandeurs d'asile, accompagnement et hébergement.
Universités et autres portes d'entrée	++	Accueil des étrangers pour formation. Faciliter l'accessibilité de l'information en littératie
Structures d'assistance et d'aide	+++	Actions d'écoute, d'appui et d'accompagnement. Aider à l'accessibilité de l'information et séances de renforcement de littératie
Les centres de dépistage	++	Dépistage, identification, accessibilité de l'information
Associations culturelles des pays d'origine	+++	Accompagnement. Rencontre des femmes : accessibilité de l'information et séances de renforcement de littératie.
Pairs aidants-pairs éducateurs (à impliquer)	+++	Animation de groupe de parole, suivi à domicile
MDM	+++	Accès aux soins. Accessibilité de l'information, aider la femme à comprendre, à évaluer et prendre des décisions
Hôpitaux/gynécologues et médecins ttants	++	Consultations générales/gynécologique et suivi. Accessibilité de l'information, aider la femme à évaluer et prendre des décisions
Pharmacies		Conseils, faciliter l'accessibilité de l'information, aider la femme à évaluer et prendre des décisions
Associations et cabinets des sages femmes	++	Suivi pendant la grossesse et après l'accouchement. Accessibilité de l'information. Aider la femme à évaluer et à prendre des décisions
Centres de planning familial	++	Conseils sur la planification familiale. Accessibilité à l'information de littératie.
Centres de PMI	+++	Services aux enfants et femmes mères. Séances de renforcement de littératie, aider à la prise de décisions éclairées.
AUORE, PRADO	+++	Assurer le suivi pendant la période périnatale et à domicile. Renforcement de la littératie, la prise de décisions.
<b>Acteurs institutionnels (Influence politique, prise de décision, financement)</b>		
ARS	+++	Coordination des actions de la santé au niveau régional. Prise de décisions sur les actions de renforcement de littératie en santé.
IREPS	+++	Appui méthodologique et matériel : détermination et production des thèmes et des messages, des outils de transmission de messages
Conseil Général départemental	+++	Prise de décision sur les actions à mettre en œuvre en rapport avec la littératie en SMI, financement
Direction de la PMI départementale	+++	Coordination des actions de PMI. Influence politique, prise de décisions
ASV-Mairies-CCAS	+++	Prise de décision et aide sociale. Identification des femmes immigrées, faciliter à l'accessibilité à l'information de littératie.

La liste n'est pas exhaustive. La mobilisation de ces acteurs sur l'importance de la littératie en SMI chez les femmes immigrées sera la première étape de toute action étant donné qu'il s'agit d'un thème auquel on n'est pas habitué. De toute notre littérature, nous en déduisons un schéma suivant qui résume le système d'intervention de renforcement de la littératie.

**Influence politique** : prise de décisions et définition de lignes directrices du renforcement de la littératie en santé dont SMI chez les groupes défavorisés comme les immigrées.

**ARS, Département, ASV**

**Actions**

**Acteurs**

Prise de décisions éclairées, auto prise en charge



Communication

*Structures de santé, PMI, Hôpital*

*Associations culturelles, pairs aidants*

*MDM*

Eexplications, informations claires et complètes

Evaluation

Séances de renforcement de la littératie : exercice de lecture, discussion, partage de connaissances et expériences :  
**Séances de préparation à l'accouchement.**

Compréhension

*A l'entrée*

Accès à l'information



Production et adaptation des messages, distribution de l'information

*Forums réfugiés, Universités, Associations et structures d'aide,....*

IREPS, PRADO, réseau Aurore

Au vu de ce schéma, chaque acteur pourra intervenir à un moment précis. On voit par exemple qu'à l'entrée du système par la femme, c'est le moment propice d'intervention des Forums réfugiés, des universités et structures d'aide où ils ont à aider la femme à avoir surtout l'accès à l'information en matière de la SMI. En revanche, les professionnels de santé peuvent agir dès l'entrée jusqu'à la sortie de la femme, du système. A l'étape de rendre compréhensibles les messages/informations, pourront s'organiser des séances d'initiation à la lecture, de discussions et de partage d'expériences au niveau des PMI, des maternités et des associations culturelles. La paire éducation sera utilisée comme une approche de renforcement de la littératie surtout au niveau de deux premières étapes (accessibilité et compréhension de l'information).

## **Conclusion**

Le rapport entre le niveau de littératie et la santé maternelle et infantile est une évidence. Chez les immigrées, ce courant est beaucoup plus complexe vu le contexte multiculturel dans lequel se trouve cette population. Les femmes immigrantes sont rarement familières avec le système de soins, les structures et les renseignements nécessaires sur la santé. Il est en plus rare que ces femmes puissent accéder à l'information écrite qui est davantage disponible en ligne. Les professionnels quant à eux, ont des difficultés à communiquer efficacement et à s'adapter à la culture des immigrés.

Ainsi, la littérature dans le cadre de notre mémoire, nous a permis de traiter la littératie en santé maternelle et infantile chez les femmes immigrées, en ses facteurs défavorables et les problèmes y relatifs tels qu'ils sont vécus par ces femmes en période périnatale. La culture et le fait d'avoir une connaissance limitée ou pas de la langue française, constituent un grand défi auquel les actions d'amélioration de la littératie doivent se focaliser. L'inadaptation des outils servant à véhiculer les messages n'est pas aussi à ignorer.

Vu que la femme immigrée et le résultat d'une combinaison de plusieurs facteurs, les actions multisectorielles, menées dans une approche globale et participative apporteront une réponse cohérente et pérenne.

N'ayant répondu à aucune commande, les résultats de ce travail peuvent être appliqués et adaptés par l'un ou l'autre acteur de santé maternelle et infantile œuvrant auprès des femmes immigrées en âge de procréer.

## Références

- Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Pour l'accès de tous à la lecture, à l'écriture et aux compétences de base. Consulté le 11/06/2016, <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-causes-de-l-illettrisme>
- Association Française pour la lecture, les actes de lecture n°11, octobre 1985.
- Bernard Vachon , Le développement local, théorie et pratiques, Gaëtan Morin éditeur, Québec, Canada, 1993
- C. Davoudian(dir), mères et bébés sans papiers. 15p. et 64p.
- CCA. Littératie en santé au Canada. Une question de bien être, 2008, 27-29P.
- Eduscol, Géographie de la santé : espaces et sociétés, mobilités et accès aux soins des migrants en France.
- Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones, 2014
- Formation DIU, Cimade (1er module), année académique 2015-2016
- Goguikian Rotclif, B. et al(2014) : Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones].
- Hautecoeur JP, Analphabétisme et alphabétisation au Québec. Québec : Ministère de l'Ed. Direct, de l'éd. Des adultes, 1978
- INPES, Réduire les inégalités sociales de santé
- Insee, Enquête sur l'emploi, données 2013- Observatoire des inégalités, France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans et plus
- Insee. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Prés de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. Insee Première 2006, N°1098 :4p.
- Insee. Les immigrés récemment arrivés, [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1524#inter5](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1524#inter5), Consulté le 13/07/201].
- InVS, BEH n°27 du 07 octobre 2014, Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011
- Irving Rootman et Deborah Gordon-El-Bihbety (CPHA-ACSP), Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé
- Le Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2006. Alphabétisation et alphabétisme, quelques définitions, chapitre 6.



- Michel T. Giroux et son institut. La littératie en santé : comprendre l'incompréhensible, consulté le 17/07/2, <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>.
- Module « acculturation et interculturalité », DIU santé, sociétés et migration, 2015-2016
- Module « parole et altérité », DIU santé, sociétés et migrations, 2015-2016
- Organisation Mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa, une conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique. 17-21 Novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada, OMS.
- PERNIGOTTI ELISABETTA, monoparentalité et immigration au féminin en France : Une question publique. Université de Paris 8 St Denis. Vol.26, 2011, p.223-239 ISSN/ 2179-8869
- Rapport de santé maternelle et infantile des populations migrantes. Rapport du conseil fédéral de Suisse en réponse au postulat Maury Pasquier (12.3966).
- Roegiers, L. et Molenat, F.(dir), stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ? Toulouse:Ères.
- Statistiques Canada, 2005.
- Traduction, National literacy Act, 1991
- Traduction, the centre for literacy of Quebec,s.d.
- Université de Genève. Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones, juillet 2014
- Wikipédia, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Probl%C3%A8me\\_de\\_sant%C3%A9\\_publicue](https://fr.wikipedia.org/wiki/Probl%C3%A8me_de_sant%C3%A9_publicue) consulté le 17/06/2016]
- Wolff,H.,Epiney,M.,Lourenco,A,Costanza,M.,Delieutraz-Marchand,J.,Andreoli,N.,Iriion,O.(2008). Undocumented migrants lack acces to pregnancy care and prevention. BMC Public health, 8(93)[dans rapport du conseil fédéral de suisse sur la SMI chez les migrantes ]
- Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présente au nom du Conseil économique et social. Journal officiel, 1987

