

• **Groupe** • **santé** • **Genève** •

RAPPORT



**Analyse des barrières et
des facilitateurs de l'accès
aux prestations de santé
des populations vulnérabilisées
à Genève**

Shahrzad Mortazavi
Chargée de recherche

Table des matières recherche

| | |
|---|--------------|
| 1. Introduction | 1-5 |
| Contexte et revue de littérature | 1-3 |
| Expérience associative et démarche | 3-5 |
| 2. Objectifs et méthodologie | 6-8 |
| 3. Résultats | 9-27 |
| 3.1 Barrières à l'accès aux prestations de santé | 9-23 |
| A. Niveau individuel | 9-11 |
| B. Niveau interpersonnel | 11-12 |
| C. Niveau communautaire | 12-13 |
| D. Niveau institutionnel | 13-17 |
| E. Niveau sociétal | 17-19 |
| F. Niveau politique publique | 19-23 |
| 3.2 Facilitateurs d'accès aux prestations de santé | 24-25 |
| 3.3 Recommandations des personnes participantes | 26-27 |
| 4. Discussion | 28-30 |
| 5. Annexes | 31-36 |
| Annexe I : Tableau récapitulatif des résultats observés par niveau du modèle socio-écologique | 31-32 |
| Annexe II : Tableau récapitulatif des recommandations | 33 |
| Annexe III : Bibliographie | 34-36 |

INTRODUCTION

Contexte et revue de littérature

La mesure dans laquelle une population peut accéder à des prestations de santé dépend d'obstacles financiers, organisationnels, sociaux ou culturels qui freinent le recours à ces prestations. De ce fait, **l'accès aux prestations de santé** peut être mesuré en termes d'adéquation de l'offre, d'accessibilité financière et pratique, ou encore d'acceptabilité par les personnes des services proposés. Les prestations doivent être pertinentes et efficaces pour que la population puisse avoir un accès satisfaisant à la santé (Gulliford et al., 2002).

Avec l'augmentation du nombre de **personnes vulnérabilisées** arrivant ou habitant à Genève, il est primordial que les services de santé puissent répondre aux besoins grandissants de ces populations ainsi qu'aux défis qu'ils représentent. Les populations clés sont souvent stigmatisées, marginalisées et précarisées. De plus, elles ont un risque accru d'être exclues des prestations de santé de base. Cela représente un enjeu majeur non seulement pour leur santé, mais exerce aussi un impact négatif sur la santé publique et les dépenses liées à celle-ci, notamment par le recours plus fréquent à des prises en charge en urgence ou tardives, et donc plus coûteuses (Hacker et al., 2015).

En Suisse, **le système de santé** s'avère particulièrement excluant : 22% des personnes vivant dans ce pays ont dû renoncer aux soins pour des raisons financières (The Commonwealth Fund, 2016). De plus, la part du revenu disponible que représentent les primes de l'assurance obligatoire des soins varie entre 10 et 20% pour les personnes à faible revenu. Plus de 25% des personnes assurées ne peuvent financer par elles-mêmes leurs primes d'assurance maladie et dépendent de subsides publics pour pouvoir se permettre une affiliation à celle-ci (OFSP, 2017).

À Genève, il est estimé que 50% des personnes refusent de solliciter les aides auxquelles elles auraient droit. Les trois grands **motifs de non recours** aux prestations sociales et de santé sont un faible niveau de littératie en santé, l'inhospitalité administrative et le choix de ne pas dépendre de l'Etat. Un lien d'impact important peut être établi entre précarité et état de santé, physique comme psychique (Lucas et al., 2019).

Les personnes issues d'une trajectoire de migration récente sans titre de séjour présentent un risque d'exclusion des services de santé primaires plus important que les personnes légalement résidentes.

Le canton de Genève (ainsi que celui de Vaud) a mis en place des prestations de santé primaires au sein du système de santé général, spécifiquement pour les personnes issues d'une trajectoire de migration récente sans titre de séjour. Ces prestations incluent des services d'urgence, du soutien social, de la médecine ambulatoire, et certains services de médecine hospitalière. Cependant, le manque de couverture au sein de cette population est un frein majeur : on estime que seulement 16% de ces personnes qui se sont rendues aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont une assurance maladie publique ou privée (Jackson et al., 2018).

Bien que les données sur **le sans-abrisme** en Suisse soient limitées, les témoignages de la société civile à Bâle, Genève et Lausanne suggèrent que celui-ci est en augmentation (Dittmann & Matthias, 2017). Le sans-abrisme est associé à une forte vulnérabilité liée à la santé, dont mentale, ainsi qu'à l'exclusion sociale (Grazioli et al., 2014). Des conditions de vie difficiles et instables prédisposent les personnes sans abri à une morbidité accrue et à un état de santé moins bon (Jackson et al., 2016). A Genève, une étude menée auprès des personnes sans abri faisant appel au Service d'hébergement d'urgence de la Ville en 2015 faisait état, parmi les besoins et défis à relever, de problématiques de santé mentale et de maladies infectieuses telles que le HCV et le VIH (Janssens et al., 2017).

Au niveau sociétal, il existe **des normes, des schémas et des structures** qui agissent en faveur ou en défaveur de certains groupes sociaux. Ces forces systémiques qui placent certains groupes dans une **position privilégiée** par rapport à d'autres, telles que le sexisme, l'hétérosexisme et le racisme ont un impact significatif sur l'état de santé des personnes issues de ces groupes (Nixon, 2019 ; Sharma et al., 2018). Il est à noter que l'hétéronormativité, l'homophobie et la transphobie engendrent des **inégalités de santé** importantes pour les personnes membres de la communauté LGBTIQ+ (Fredriksen-Golden et al., 2013 ; Meyer, 2003), notamment à cause des représentations et des normes de genre (Foglia & Fredriksen-Golden, 2014).

Une étude réalisée auprès de **travailleur-eusexs du sexe de rue** documente le manque de connaissances quant aux services et prestations de santé auxquels iels ont droit, avec notamment la moitié des personnes participantes déclarant ne jamais avoir effectué de dépistage du VIH. En outre, les personnes membres de **la communauté LGBTIQ+**, du fait de souvent différer leurs demandes de soins et d'en être généralement moins satisfaites que les personnes cisgenres et/ou hétérosexuelles, sont également à risque accru de développer des problèmes de santé (Baptiste-Roberts et al., 2017).

L'enquête Mi.STI (Poglia Miletì et al., 2022) a permis de mettre en évidence **le caractère imbriqué des vulnérabilités** au VIH et aux autres ISTs. Ces facteurs de vulnérabilité (p.ex. statut de séjour, statut sérologique, travail du sexe, parcours migratoire) se traduisent en **discriminations intersectionnelles** (sexisme, racisme, sérophobie, ...) et créent ce que les auteurs nomment des « **spirales de vulnérabilisation** » qui augmentent le risque d'infection.

Malgré un tel contexte, il existe peu d'analyses du **contexte structurel** sous-jacent à ces inégalités observées ou des **mesures développées** pour y remédier. Par ailleurs, aucune recherche systématique sur les **besoins** en matière d'accès à la santé parmi les populations vulnérabilisées à Genève n'a été mise en place.

Expérience associative et démarche

Comme le démontre la revue de littérature décrite ci-dessus, les publics particulièrement vulnérabilisés en termes de santé sont ceux qui se retrouvent pourtant les plus éloignés du système de santé et de ses structures traditionnelles (hôpitaux, cabinets médicaux privés, etc.). C'est donc à eux que s'adresse le Groupe santé Genève.

Les personnes qui consultent le Groupe santé Genève sont souvent touchées par des inégalités sociales importantes. Celles-ci peuvent être le résultat de facteurs de vulnérabilité liés **aux conditions de vie** : une situation de précarité sociale, économique ou légale, ou encore un parcours migratoire difficile ou irrégulier. Elles peuvent également être liées à l'**appartenance à un ou plusieurs groupes stigmatisés**.

Il est rare qu'une personne ne soit confrontée qu'à un seul et unique facteur de vulnérabilité. Si le VIH a longtemps été la porte d'entrée de notre association, il ne représentait souvent que l'un des multiples facteurs de vulnérabilité présents. En effet, les situations rencontrées, dans leur vaste majorité, connaissent un **cumul de plusieurs catégories d'inégalités**. Ce cumul se traduit en inégalités de santé et implique des enjeux multiples d'accès aux différentes prestations sociales et de santé.

Au cours des dernières années, avec l'augmentation de la **précarité** à Genève, la persistance des **discriminations**, ou encore récemment la **pandémie** du Coronavirus qui a tout particulièrement touché les personnes déjà vulnérabilisées, ces inégalités sociales de santé se sont creusées et les enjeux d'accès à la santé se sont multipliés. L'ensemble des activités du **Groupe santé Genève** en a été

impacté, avec notamment une augmentation des **situations complexes** impliquant plusieurs facteurs de vulnérabilité à impact direct ou indirect sur la santé.

Pour illustrer et mettre en lumière le cumul de vulnérabilités que peuvent vivre les populations vulnérabilisées, nous avons décidé de mobiliser le **concept sociologique d'intersectionnalité**. Prises individuellement, les catégories sociales telles que l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'origine ou le niveau socio-économique (liste évidemment non-exhaustive) ne permettent pas d'appréhender la complexité des réalités individuelles et sociétales. En effet, l'expérience d'une personne n'est pas une simple addition des différents aspects de son identité, mais un tout qui n'a du sens qu'appréhendé dans sa globalité. En particulier, les dimensions de l'identité sociale ne sont pas indépendantes ou uni-dimensionnelles, mais multiples et interdépendantes.

De ce point de vue, les catégories uniques contribuent fréquemment à marginaliser les personnes qui sont confrontées à de multiples motifs de discrimination. Il n'est alors plus possible d'expliquer la discrimination subie sur la base de catégories distinctes et identifiables, et nous devons alors parler d'une forme de **discrimination intersectionnelle**. Les principes et théories de l'intersectionnalité sont de plus en plus utilisés dans la recherche et la pratique **en lien avec la santé** et les prestations de santé. L'intersectionnalité est une approche qui permet de comprendre, et ainsi d'influer sur **les forces multiples** qui façonnent les inégalités sociales et les discriminations (Bauer, 2014 ; Heard et al., 2019 ; NCCDH, 2016).

La présente recherche est née des observations du Groupe santé Genève basées sur son **expérience de terrain**. La motivation principale résidait dans le besoin d'une **analyse plus systématique** des barrières et facilitateurs de l'accès à la santé parmi les personnes issues des communautés les plus vulnérabilisées, rencontrées au quotidien au sein des activités de l'association. Nous avons souhaité faire co-exister **l'expertise théorique et méthodologique** de chargé-exs de projets à l'interne et **l'expertise communautaire** des personnes concernées, grâce au partage de leur **parcours de vie et de santé**. De plus, la formulation de recommandations basées sur les résultats issus de la recherche avait pour but d'impliquer la **société civile** dans la réflexion, dans une perspective de **transformation sociale**.

Ce projet de recherche revêt donc une dimension **d'expérimentation** : mettre en place une étude avec les ressources à disposition à l'interne. Il est évident qu'une telle approche implique différents **biais et difficultés**, notamment le fait que les personnes investigatrices connaissaient certaines personnes interrogées et que nous n'avons pas bénéficié de l'expertise d'une structure académique externe.

Cependant, le choix de cette approche provient d'un **intérêt déclaré** : nous souhaitons volontairement avoir une part de subjectivité afin d'être **au plus proche des personnes** nous ayant partagé des expériences de vie souvent difficiles. Cela nécessite une connaissance fine des **enjeux spécifiques** aux communautés concernées ainsi qu'un **rapport de confiance** à établir. Dans ce sens, ne pas être dans une posture de neutralité totale est aussi une valeur ajoutée.

En effet, la perspective de cette recherche avait avant tout une logique interne : adapter au mieux nos actions sur la base des besoins et revendications exprimés par les publics vulnérabilisés. Nous avons notamment **consulté des personnes issues des communautés concernées** en amont, afin de peaufiner les guides d'entretien et de garantir un accueil des personnes dans un cadre le plus adéquat et sécurisé possible.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Cette étude vise à enquêter sur les barrières et facilitateurs de l'accès aux prestations de santé parmi les populations vulnérabilisées à Genève.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants :

- Définir les besoins en matière d'accès aux prestations de santé
- Décrire les barrières et facilitateurs de l'accès aux prestations de santé
- Formuler des recommandations afin d'améliorer l'accès aux prestations de santé

Pour atteindre ces objectifs, des entretiens approfondis et confidentiels ont été réalisés entre juillet 2020 et avril 2021, respectivement avec 13 professionnel·lexs de santé et du social travaillant au Groupe santé Genève ou dans des structures partenaires¹ et avec 14 personnes vulnérabilisées. Les entretiens se sont déroulés dans la langue choisie par les personnes participantes et ont dû s'adapter aux exigences sanitaires liées à la pandémie de la covid-19. En guise de dédommagement pour leur participation à l'étude, les personnes vulnérabilisées rencontrées en entretien ont reçu 20 CHF.

Parmi les 13 professionnel·lexs de santé et du social rencontré·exs, les fonctions suivantes ont été identifiées : responsable d'une permanence santé, infirmière, coordinateur·ice d'une association, médecin, travailleuse sociale, conseillère en assurances sociales, psychologue, directrice générale et juriste.

En ce qui concerne les communautés vulnérabilisées, le tableau ci-après résume le **croisement des facteurs de vulnérabilité** identifiés pour chaque personne rencontrée (14 personnes au total, 1 par ligne).

Les résultats de cette étude sont divisés en trois catégories :

1. **Barrières** à l'accès aux prestations de santé
2. **Faciliteurs** de l'accès aux prestations de santé
3. **Attentes et propositions d'amélioration** formulées par les personnes participantes

¹ Asile LGBT, Aspasia, Camarada, CAMSCO, Le Caré, Centre de contact Suisse-Immigrés (CCSI), Dialogai, Première Ligne (Quai 9), la Roseraie

Tableau des personnes concernées rencontrées et croisement des facteurs de vulnérabilité

| | Parcours migratoire | Sans statut de séjour | Consommation de drogues | Travail du sexe | VIH+ | LGBTIQ+ | Sans-abrisme | Facteurs de vulnérabilité cumulés |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|------|---------|--------------|-----------------------------------|
| 1 | X | X | | | | X | | 3 |
| 2 | | | | | | X | | 1 |
| 3 | X | X | | | | | X | 3 |
| 4 | X | | | | | | | 1 |
| 5 | | | | | X | | | 1 |
| 6 | X | | | | X | | | 2 |
| 7 | | | X | | | | X | 2 |
| 8 | X | | | | | | | 1 |
| 9 | | | X | | X | | | 2 |
| 10 | X | | | X | | | | 2 |
| 11 | X | | | X | | X | | 3 |
| 12 | X | | | | X | | | 2 |
| 13 | X | | | X | | X | | 3 |
| 14 | X | X | | | | | | 2 |
| Total des personnes concernées | 10 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | |

Les résultats sont structurés en 6 niveaux d'analyse, inspirés d'un modèle socio-écologique (Roberts et al., 2021) :

- A. **Individuel** : connaissances des personnes vulnérabilisées des prestations de santé disponibles, conscience des discriminations dont elles sont la cible ainsi que les ressources financières personnelles
- B. **Interpersonnel** : liens professionnels ou sociaux (liens d'amitié ou de famille)
- C. **Communautaire** : présence et soutien du réseau associatif genevois
- D. **Institutionnel** : structures de prestations de santé et leurs modalités de fonctionnement, les interactions entre prestataires et bénéficiaires ainsi que les services sociaux
- E. **Sociétal** : facteurs sociétaux globaux de vulnérabilisation, la stigmatisation et les discriminations, notamment fondées sur le genre, l'orientation sexuelle et affective, l'identité de genre
- F. **Politique publique** : lois et politiques locales, cantonales et nationales

Ce modèle apparaît utile non seulement pour comprendre l'**interrelation entre les différents facteurs** freinant ou facilitant l'accès aux prestations de santé, mais également pour **élaborer des recommandations** quant à des interventions agissant sur ces multiples niveaux dans le but d'atteindre un meilleur accès aux prestations de santé pour les personnes vulnérabilisées à Genève.

En se basant sur les conclusions de cette étude, l'équipe de recherche émet des recommandations en matière de politique de santé en vue de renforcer le système de santé et d'améliorer l'accès à la santé des personnes vulnérabilisées.

RESULTATS

1. Barrières à l'accès aux prestations de santé

A. Niveau individuel

Les constats des personnes vulnérabilisées rejoignent ceux des professionnel-leux de santé et du social interrogé-exs :

- **Les enjeux financiers** limitent de façon significative le recours aux prestations de santé à Genève.
- **Les coûts élevés de la santé**, et notamment ceux liés à l'assurance maladie (primes d'assurance ou franchise) sont décrits comme des obstacles majeurs pour des personnes financièrement déjà précarisées ou qui se trouvent dans une situation d'insécurité de l'emploi. En effet, ces coûts viennent s'ajouter à d'autres priorités concurrentes telles que le loyer ou d'autres besoins de première nécessité et les amènent à déprioriser la santé et le recours aux prestations.
- Dans des cas plus graves, **ne pas avoir d'emploi ou de domicile fixe** sont rapportés comme des freins majeurs à l'accès aux prestations de santé.

« Ça fait 5 ans que je ne consulte pas chez le gynéco car c'est trop cher. »

(Femme travailleuse du sexe)

« Je suis toujours assuré mais je n'ai pas le moyen de payer [les factures]...
j'ai beaucoup de risque d'aller en prison parce que j'ai beaucoup de factures que je n'ai pas payées. »

(Personne sans abri)

« 6 personnes dans un studio et on n'avait pas de travail, comment on fait pour manger et pour payer le loyer? ... j'ai mal au genou mais je ne suis pas allé chez le médecin à cause de difficultés financières. »

(Homme migrant sans permis légal)

« ... la santé est souvent assez bas dans les priorités par rapport à d'autres besoins plus urgents ; le revenu, le logement, la scolarisation des enfants s'il y a des enfants, l'aide de la famille au pays, sont prioritaires. C'est seulement lorsque ces différents autres besoins sont satisfaits que le besoin de santé est investi par la personne qui fait la démarche de demande de santé (à par les urgences évidemment) et donc s'occuper de la santé n'est possible que si les autres domaines sont aussi bien pris en charge. Et c'est ça la grande difficulté. C'est qu'à Genève, trouver un logement et le payer est extrêmement compliqué. Trouver un travail et avoir un revenu est extrêmement compliqué. »
(Professionnel de la santé)

Les professionnel-leux interrogé-exs ont particulièrement mis en avant comme barrière à l'accès à la santé **la méconnaissance des personnes vulnérabilisées quant au système de santé et aux prestations de santé disponibles** à Genève, à leurs droits de les utiliser ainsi que des circonstances/symptômes qui requièrent une attention médicale.

Le manque de connaissances quant à leurs droits de recourir à des prestations de santé constitue une barrière particulièrement flagrante pour les personnes sans permis de séjour. Des efforts accrus en matière d'éducation à la santé apparaissent à cet égard nécessaires.

« C'est toujours la question du permison a rencontré des femmes qui ne savaient pas qu'elles avaient le droit d'aller voir un médecin et je pense aussi que c'est un problème de communication [de la part de certaines institutions]»
(Travailleuse sociale)

« Je pense que la barrière numéro un dans notre population cible, c'est la mauvaise connaissance du système, le manque d'information. »
(Professionnel de la santé)

Le faible niveau d'éducation et la barrière de la langue ont par ailleurs été évoqués par les professionnel-leux de santé et du social comme des facteurs pouvant expliquer cette méconnaissance de certaines populations vulnérabilisées quant à leurs droits. Les personnes avec une trajectoire migratoire rejoignent ce constat et ont aussi souligné la difficulté de communication et la barrière de la langue comme étant des éléments dissuasifs pour recourir aux prestations de santé en arrivant à Genève.

Outre les coûts et la méconnaissance du système et de leurs droits, **la discrimination vécue, ressentie ou anticipée** amène les personnes vulnérabilisées à renoncer aux prestations de santé auxquelles elles ont droit. A travers ce constat transparaît l'enjeu d'estime de soi et d'intériorisation du fait d'être à la marge. La stigmatisation que les personnes vivant avec le VIH, ainsi que d'autres personnes vulnérabilisées, ressentent dans le milieu médical peut en effet les décourager de faire appel aux prestations de santé dont elles auraient besoin. Un bon accès aux prestations de santé est indispensable pour maintenir la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes vulnérabilisées.

« La première raison qu'on me dit pour ne pas y aller c'est que les gens ont honte d'aller là-bas. Ils ont peur de croiser des gens qu'ils connaissent, ils ont assez honte de ça, d'être dans un endroit précaire, parce que c'est en fait avouer à son entourage et bien qu'ils sont en difficulté financière, qu'ils n'ont pas accès aux choses, qu'ils ne payent pas d'assurance, qu'ils n'ont pas de papiers. Donc c'est ça la première raison. Et après, l'autre raison qu'on peut m'avancer, c'est pour les publics qui vont faire partie des minorités, notamment des minorités de genre, des minorités d'orientation sexuelle, où cet endroit n'est pas forcément adapté et là pareil, être une personne transgenre et aller là-bas, on peut aussi subir des stigmatisations par des gens qui sont là, plutôt des patients. Après moi je n'ai pas vécu des expériences comme ça, c'est plutôt les patients. Est-ce que c'est des craintes fondées ? »
(Professionnel de la santé)

B. Niveau interpersonnel

Les rapports interpersonnels familiaux, amicaux et sociaux peuvent influencer de différentes façons sur l'état de santé, sur les comportements favorisant la santé ou encore l'accès aux prestations de santé.

Or, pour de nombreuses populations vulnérabilisées, contrairement aux autres groupes sociaux, **les possibilités de soutien et d'appui au sein de leur réseau social, familial ou professionnel est moindre. Les préjugés négatifs intériorisés, la peur d'être stigmatisées, rejetées voire discriminées, sont autant de freins** à la divulgation de leur réalité, qu'elle touche leur statut sérologique, leur identité de genre, leur orientation sexuelle ou affective ou encore leur situation financière ou de domicile. De fait, ces freins limitent la possibilité de faire appel à leur réseau et donc le soutien que celui-ci pourrait prodiguer, tout en renforçant le sentiment d'isolement.

L'affiliation à une assurance maladie par l'employeur peut également représenter une barrière. En effet, une des personnes interrogées a relaté sa peur de perdre son emploi si son employeur venait à connaître son statut sérologique. Aussi, a-t-elle renoncé à utiliser son assurance maladie pour le suivi médical en lien avec sa séropositivité de peur que son emploi en soit affecté.

Les personnes vulnérabilisées participantes à cette étude décrivent ces facteurs comme impactant indirectement leur accès aux prestations de santé. Certaines personnes ont souligné le potentiel positif de ces rapports interpersonnels, en particulier des pairs qui peuvent jouer un rôle de facilitateur-icex de l'accès aux prestations de santé.

« Une grande partie de mon salaire va à mon assurance maladie et je ne l'utilise même pas parce que j'ai peur de ce qui en ressortira (perdre mon travail). »
(Personne vivant avec le VIH)

« Ma famille ne sait pas que je suis travailleuse du sexe, j'aimerais pouvoir leur dire mais pour l'instant j'ai peur de leur réaction. »
(Femme travailleuse du sexe)

« J'ai eu un problème avec la famille à cause de la maladie [VIH] ... j'ai dû partir parce qu'ils ne voulaient pas de la maladie dans la famille... C'est dur, j'ai beaucoup été rejeté par les amis. »
(Personne vivant avec le VIH)

C. Niveau communautaire

Les associations communautaires genevoises ont été mentionnées par les personnes vulnérabilisées participantes comme représentant un soutien social important pour les personnes concernées et facilitant leur accès aux prestations de santé à Genève.

Cependant, **ce soutien social des associations genevoises** est jugé insuffisant, notamment pour les personnes de la communauté LGBTIQ+.

« Les associations pour les trans ne sont pas suffisamment réactives, quand tu appelles elles ne répondent pas ou répondent une semaine plus tard à ton message. Je ne me sens pas au sérieux ; c'est donner de faux espoirs aux personnes »
(Membre de la communauté LGBTIQ+)

Les professionnel-leux de la santé et du social ont par ailleurs mis l'accent sur l'importance de la collaboration et du partenariat entre les associations qui travaillent pour les personnes vulnérabilisées. Il a été relevé que des collaborations sous-optimales entre associations ont déjà eu un impact négatif sur les personnes concernées.

D. Niveau institutionnel

Au niveau du système de santé, **le manque de formation et de connaissances du personnel médical, une inadéquation des prestations ainsi que des coûts élevés** sont autant d'éléments-clés cités par les personnes vulnérabilisées participantes comme représentant des barrières à l'accès aux prestations de santé.

Des personnes participantes ont souligné **les compétences insuffisantes** des professionnel-leux de santé et médical travaillant auprès de la communauté LGBTIQ+, notamment en ce qui concerne la thérapie hormonale, les services gynécologiques ainsi que le soutien psychologique.

Les personnes participantes ont également mentionné **l'inadéquation des prestations** de santé comme frein d'accès des personnes vulnérabilisées à ces prestations. En évoquant la CAMSCO, l'enjeu des horaires et des jours d'ouverture limités a été identifié ainsi que l'impression que la demande pour ce type de service de santé spécifique dépasse l'offre.

Un résultat important de cette étude est le constat que les personnes vulnérabilisées expriment des préférences différentes quant au type de prestations de santé qu'elles aimeraient recevoir, respectivement auprès du système général de santé ou auprès de structures dédiées aux populations vulnérabilisées. Au cœur de ces préférences, la peur d'être jugées, stigmatisées ou discriminées. Dans certains cas, les personnes vulnérabilisées participantes rapportent préférer s'adresser au système de santé général, car elles trouvent les structures qui leur sont dédiées peu pratiques ou qu'elles ont peur d'être perçues comme pauvres ou comme personnes vulnérabilisées.

Dans d'autres cas, elles rapportent préférer des structures dédiées aux populations vulnérabilisées car elles craignent d'être stigmatisées et discriminées dans le système de santé général.

« Il faut faire la queue. Les autres gens ne respectent pas la queue...
Ils [les professionnel-leux] sont très "tac, tac, tac, tac" » [patient-exs reçu-exs à la chaîne]
(Homme migrant sans papiers)

« Je trouve très difficile l'accès aux soins de spécialistes endocrinologues pour les personnes trans,
car manque d'expertise et très cher »
(Femme trans travailleuse du sexe)

« Il n'y a presque pas de psys à Genève qui sont formés à la transidentité. »
(Personne non-binaire)

« Les psys sont largués devant la non-binarité. »
(Personne non-binaire)

« Groupe sida Genève. Mais non non non, je ne voulais pas à cause du nom SIDA,
on m'a dit que je pourrais discuter de ma dépression avec le GSG mais je n'aime pas avec le nom SIDA.
Je préfère un endroit sans le nom SIDA à cause du stigma »
(Personne migrante vivant avec le VIH)

« Je préfère un centre spécial pour la séropositivité. C'est comme au GSG, on parle librement,
mais parce que les gens réceptionnent mal les gens ailleurs... Il faudrait des structures où les personnes
qui ont le VIH se sentent à l'aise et ne se sentent pas comme des personnes malsaines. »
(Femme vivant avec le VIH)

« C'était un abcès dentaire. J'ai été pris en charge pour mon abcès, c'était à la clinique en face des HUG.
Ils m'ont fait aller voir une association pour qu'ils me donnent un bon pour payer moins cher.
J'y étais pendant deux heures, c'était beaucoup d'attente, vous attendez trop longtemps aux HUG. »
(Homme sans abri usager de drogues)

« Vous vous sentez comme un citoyen de deuxième zone parce que votre capacité en français n'est pas
bonne. » (Personne migrante vivant avec le VIH)

« Toujours, il y a ce délit de faciès. Moi, ce sera toujours « bonjour madame »
et monsieur [son conjoint, non-européen et usager de drogue], il y a toujours ce jugement.
Parce que sa toxicomanie se voit, parce que son origine est différente et sur lui c'est flagrant. »
(Femme usagère de drogue, européenne)

Ces différentes préférences semblent indiquer la nécessité d'une part de travailler sur les représentations négatives liées à la précarité et aux facteurs de vulnérabilisation et discrimination, d'autre part de diversifier l'offre de prestations de santé pour que les personnes vulnérabilisées puissent choisir et utiliser la modalité qui convient le mieux à leurs priorités et préférences personnelles.

Par ailleurs, les personnes vulnérabilisées ont souligné l'importance de la collaboration entre les associations à vocation sociale et les institutions ou associations prestataires de santé. Là où les collaborations entre associations sont fonctionnelles et fluides, les bénéfices pour les personnes vulnérabilisées augmentent, alors que lorsque les collaborations fonctionnent mal, le soutien aux personnes vulnérabilisées, et notamment la prise en charge médicale, s'en trouve sévèrement impacté.

Le système de relai et d'orientation dans le réseau, notamment dans le cadre de l'accès aux prestations de santé des personnes vulnérabilisées, requiert une collaboration optimale entre structures sociales et structures de santé afin de maximiser les bénéfices pour les personnes. Dans certains cas, **des procédures administratives longues et un système de relai complexe ont représenté un frein dans l'accès aux prestations de santé.** Un parcours de soins complexe (par exemple avec des étapes et des prestations multiples) est associé à un suivi de santé faible.

La qualité du lien entre la personne concernée et la personne prestataire de santé a été identifiée comme un facteur important d'accès aux prestations de santé. Une responsivité perçue comme insuffisante, notamment le fait que les professionnels de santé ne se souviennent pas des interactions passées ou n'anticipent pas les rendez-vous futurs, impacte clairement négativement l'envie des personnes participantes d'intégrer un parcours de soins.

Plusieurs personnes vulnérabilisées participantes ont par ailleurs déclaré avoir fait l'expérience d'attitudes et de comportements discriminatoires et stigmatisants de la part de professionnels de santé au sein de structures auxquelles elles ont fait appel, qui se sont exprimés à travers notamment des préjugés négatifs, des questions cyniques, des délais dans la prise en charge, ou encore le refus de prise en charge fondé sur le statut séropositif ou sur d'autres facteurs de stigmatisation (parcours migratoire, situation socio-économique, transidentité, etc.).

Cet enjeu dépasse le cadre strict de la santé et inclut également les services sociaux et les attitudes d'assistant-exs social-exs perçues comme problématiques.

« Problème avec l'assistant social, j'ai un assistant social à l'hôpital que je n'ai jamais vu, ils ont changé 3 fois d'assistants sociaux pour moi, j'ai besoin de parler avec mon assistant social pour parler de mon problème de santé »
(Homme sans permis légal)

« J'ai aucune confiance en les médecins parce que j'ai vu qu'ils me jugeaient dans le passé, en gynécologie, leurs questions sur ta vie sexuelle. Très jugeant. »
(Personne non-binaire)

« Une assistante sociale me dit : « vous pouvez travailler Madame »,
- « mais je suis malade ». Elle est dure cette assistante, pas possible de changer (elle pleure)...
Avant, mon assistante était plus sympa mais maintenant, elle est dure. Elle est toujours la même,
c'est pas facile. Je me sens jugée. »
(Personne migrante vivant avec le VIH)

« J'ai un problème avec l'assistante sociale. Elle ne nous aide pas pour l'appartement.
Elle nous menace que si nous nous plaignons, elle nous renvoie aux camps.
Je suis malade, ma famille a acheté une voiture d'occasion pour une urgence, pour aller à l'hôpital,
car l'ambulance c'est cher. L'assistante sociale était fâchée parce que nous avons acheté une voiture...
L'assistante a dit "Je m'en fous"! »
(Femme réfugiée)

« Par exemple, mon gynécologue qui s'était installé à l'adresse XXX, j'explique que je suis séropositive.
J'y retourne et il me tend le dossier en me disant que je devrais aller ailleurs.
Il ne me voulait plus dans le cabinet. »
(Femme vivant avec le VIH)

Les professionnel-leux de la santé interrogé-exs ont relevé des barrières au niveau de la configuration des prestations de santé identiques à celles identifiées par les personnes vulnérabilisées participantes, soit **une mauvaise expérience passée dans un centre de santé, la complexité/bureaucratie du système de santé, l'accessibilité limitée des services de santé, les horaires d'ouverture limités, l'inadéquation du personnel soignant ou son manque de connaissances d'enjeux spécifiques, ou encore un système de relai complexe. Il est mentionné que les systèmes de santé actuels manquent encore d'adéquation avec les besoins des populations vulnérabilisées.**

« Au niveau des systèmes de la santé, la plus grosse barrière c'est la méconnaissance des conséquences en santé du corps médical et qu'on voit beaucoup de gens qui viennent ou qui reviennent parce qu'ils n'ont pas été traités comme ils auraient dû parce qu'ils se sont sentis jugés »
(Directrice d'une association)

« Pour aller chez un psychiatre, il faut passer par un psychologue, une étape en plus,
plus cher et beaucoup d'attente »
(Professionnelle de la santé)

« Le professionnel de santé ne prend pas en compte le fait que la personne a une orientation sexuelle ou une identité de genre qui n'est pas celle qu'il puisse envisager et on se rend compte avec les années que ça reste une très grosse difficulté que le corps médical, tous médecins confondus mais aussi les infirmiers, les assistantes médicales etc. donc dans leur cursus de formation, il y a rien sur la santé des personnes LGBTIQ+ et de comment avoir une prise en charge différenciée par rapport à la population générale et ça c'est une grosse difficulté »
(Directrice d'une association)

E. Niveau sociétal

Les facteurs sociétaux et contextuels peuvent influencer l'accès aux prestations de santé des personnes vulnérabilisées.

Sur la base des témoignages des personnes participantes, et comme les résultats présentés dans les autres niveaux d'analyse le confirment, **la stigmatisation et les discriminations sociales** représentent des obstacles significatifs à l'accès aux prestations sociales et de santé. Elles touchent particulièrement les personnes avec un parcours migratoire, dans le travail du sexe, usagères de drogues, sans domicile fixe, séropositives ou encore issues de la communauté LGBTIQ+. A travers ces populations-clés transparaissent **les facteurs de vulnérabilisation** qui, par ailleurs peuvent se cumuler et s'entrecroiser. L'approche intersectionnelle offre une clé de lecture et de compréhension essentielle aux enjeux d'accès à la santé des personnes vulnérabilisées.

En effet, la multiplicité des caractéristiques qui constituent l'identité d'une personne rend son identification à un seul groupe cible impossible. Aussi, la manière dont le concept de population vulnérabilisée est fréquemment utilisé peut poser problème et implique l'adoption d'une **approche intersectionnelle**.

La plupart des personnes participantes ont partagé leurs multiples vulnérabilités intersectionnelles qui impactent leur accès aux prestations de santé. Par exemple, être un-ex travailleur-eusex du sexe migrant-ex et transgenre, un-ex usager-ex de drogue sans domicile fixe, ou encore une femme vivant avec le VIH utilisatrice de drogues cumule les risques d'être stigmatisé-ex et discriminé-ex.

Par ailleurs, l'approche intersectionnelle permet de mettre en lumière des discriminations et préjugés spécifiques. Par exemple, une personne suisse séropositive ayant des moyens économiques ne vivra pas les mêmes stigmas et enjeux qu'une personne issue de la migration séropositive sans moyens économiques.

La complexité des parcours individuels peut rendre difficile l'identification des enjeux et des freins, aussi bien de la part des institutions et structures sociales et de santé que de la part des personnes concernées elles-mêmes, pouvant impacter l'accès et le recours aux prestations.

Les personnes vulnérabilisées participantes ont rapporté plusieurs incidents stigmatisants ou discriminants vécus en lien avec leur origine en tant que personnes issues d'une trajectoire migratoire récente, ou dans certains cas du fait d'être résident-ex non-Européen-nex à Genève.

Les professionnel-leux de santé ou du social, tout comme les personnes vulnérabilisées participantes, ont ainsi évoqué comme obstacles **les facteurs sociaux tels que la discrimination et la stigmatisation sociale, les inégalités de genre ou le fait de faire partie d'un groupe minorisé**.

L'identité de genre et l'orientation sexuelle apparaissent en effet comme des facteurs sociétaux clés ayant un impact sur le bien-être ainsi que l'accès à et la dispense de prestations de santé aux personnes vulnérabilisées. Dans une large mesure, les personnes participantes ont souligné **l'hétéronormativité, l'homophobie et la transphobie comme obstacles au système de santé**. Elles ont mentionné le système binaire comme frein à l'accès des membres de la communauté LGBTIQ+ à des prestations de santé adéquates, dont elles ont besoin.

« Le virus, c'est une chose, et tout le contexte autour peut être tout aussi important que le virus. Souvent, on voit le virus et on oublie tout le reste à côté. Ce n'est pas un virus, c'est tout ce que ça engendre. Cela te coupe de certains contacts, notamment affectifs, comment faire pour rencontrer quelqu'un ? Comment annoncer à la personne ? Est-ce qu'elle va le garder pour elle ? Si quelqu'un vous plait, au lieu d'aller directement vers la personne, vous réfléchissez à 2-3 fois et après vous vous dites, ben voilà. Est-ce qu'on peut le dire, pas le dire ? On subit les réactions des personnes, il y a des gens qui ont encore assez peur. »
(Personne vivant avec le VIH)

« En Suisse, c'est tellement fermé qu'on ne nous reconnaît pas comme des femmes. C'est la faute à la société, j'ai senti chaque fois une discrimination de la part des gens. »
(Femme trans et travailleuse du sexe)

« Le système de santé accepte seulement certains récits trans « binaires » : hommes ou femmes. Quand tu ne veux ni être une femme ou un homme ou que tu te sens aucun des deux, c'est très vite perçu comme une non-identité. Les médecins connaissent seulement le système binaire. Le système de santé est violent par rapport aux personnes trans et non-binaires ; toutes leurs études sont basées sur la binarité, non-binaire = non identité ! »
(Personne non-binaire)

« J'ai été discriminée pas à cause de mon genre (être trans) mais parce que j'étais une personne migrante. »
(Femme trans migrante)

« Mon origine n'est pas l'Union Européenne donc c'est très difficile pour nous d'accéder à plein de choses. »
(Homme migrant sans permis légal)

« Je pense que le parcours migratoire est un plus grand obstacle que le fait d'être une personne LGBT dans l'accès aux soins, quand on est LGBT, on est pas forcément identifié comme LGBT. Pas tout le monde peut être identifié, une personne trans peut avoir un bon passing ou pas, donc là c'est autre chose. Mais les autres personnes sont pas forcément identifiées, je pense que c'est surtout le fait d'être une personne migrante. »
(Travailleuse sociale)

« C'est souvent assez compliqué jusqu'à ce qu'on arrive à se démêler avec toute la complexité, pour une personne de la procédure d'asile qui est trans, qui souhaite une épilation définitive, c'est tout un bazar pour solutionner, l'assistante sociale dit non c'est pas pris en charge, après il faut contacter les gens. Et puis du coup ça prend énormément de temps pour faire valoir les droits des personnes en matière d'accès à la santé. Je trouve que ça c'est un truc que moi je constate comme compliqué, il y a encore beaucoup de trucs où il faut éclaircir les situations et parler à énormément de gens différents pour pouvoir faire en sorte. Après au niveau de l'impression des personnes concernées, de l'accès à la santé, moi j'entends quand même assez souvent des histoires où beaucoup de personnes ont un suivi psy et il y a souvent des histoires quand même où elles se heurtent à des commentaires ou attitudes LGBTIQphobes de la part de leur psy et là je dois faire plusieurs fois des demandes de changement de psy, ou des choses comme ça. Il y a un besoin d'être suivi au niveau de la santé mentale et une incertitude si ce suivi il va soigner ou au contraire renforcer les traumas, j'entends des histoires vraiment bizarres. »
(Travailleuse sociale)

F. Niveau Politique publique

Les personnes participantes – qu'elles soient membres de communautés vulnérabilisées ou travaillant au sein de structures sociales ou de santé - ont de nombreuses fois mentionné les difficultés et barrières d'accès aux prestations de santé qui trouvent leur racine dans la politique et les réglementations publiques.

Statut de résidence / titre de séjour

Un des problèmes majeurs soulevés par les professionnel·lexs de santé et du social est le faible taux d'affiliation à l'assurance maladie des personnes vulnérabilisées, notamment celles sans titre de séjour.

Les personnes vulnérabilisées ainsi que les professionnel·lexs de santé et du social ont en effet identifié l'absence d'un titre de séjour ou de permis de séjour comme un des obstacles principaux à l'accès aux prestations de santé. Les personnes sans titre de séjour ont rapporté des difficultés majeures pour subvenir à des besoins primaires tels que l'emploi, le logement et l'assurance maladie.

Malgré l'obligation pour toute personne résidant en Suisse, légalement ou non, de s'affilier à une assurance maladie, il est extrêmement difficile pour les adultes sans titre de séjour de le faire. Même si ces derniers ont le droit de souscrire à une assurance maladie, les coûts mensuels des primes sont souvent prohibitifs.

« Assurance de l'Hospice seulement pour les urgences et les HUG, mais avec 3 enfants c'est difficile de toujours aller aux urgences (elle préfère les médecins privés ou un hôpital qui est proche d'elle) ...
L'assurance de l'Hospice n'a pas couvert tous les médicaments, ils donnent toujours peu de médicaments. »
(Femme migrante sans permis)

« La population sans permis de séjour adulte, ils ont difficilement accès à une assurance maladie même s'ils pourraient théoriquement et légalement, s'ils veulent s'affilier à l'assurance maladie, il n'y a pas de moyen »
(Travailleuse sociale)

Assurance maladie et dépenses associées

Les personnes vulnérabilisées comme les professionnel·lexs ont souligné le rôle central de l'assurance maladie dans l'accès aux prestations de santé. Elles ont souligné que les primes d'assurance maladie ainsi que les autres coûts associés à la santé constituent une des barrières majeures à l'accès et au recours aux prestations de santé à Genève. Ceci est particulièrement vrai concernant les soins dentaires, considérés comme extrêmement onéreux et qui ne sont que partiellement pris en charge par les assurances maladie actuelles.

Le coût élevé de l'assurance maladie (franchise et quote-part), a été décrit comme un obstacle significatif pour les personnes vulnérabilisées qui sont déjà financièrement précarisées, et pour qui ce coût entre en compétition avec d'autres dépenses en lien avec des besoins primaires tels que le logement ou la nourriture.

« Je n'ai pas d'assurance, donc je n'ai pas été pris en charge pour une opération du genou à Genève à cause de l'assurance. »

(Personne sans abri et marchant avec des béquilles)

« C'est un gros budget pour moi, l'assurance maladie. Ça m'a mis aux poursuites, car je n'arrive pas à payer, pas d'arrangement possible. »

(Personne non-binaire)

« J'ai une assurance maladie, et je n'ai jamais consulté car c'était très cher. »

(Travailleuse du sexe)

« Je pense clairement que la franchise est une grosse barrière à l'accès aux soins et empêche beaucoup les consultations. »

(Travailleuse du sexe)

« Je dirais tout ce qui est du fonctionnement assurantielle et on voit finalement beaucoup de monde avec des franchises très basses et qui donc vont avoir des difficultés à se prendre en soin parce que les soins doivent être payés de leur poche pour les 2500 premiers francs »

(Directrice d'une association)

« Les « sans papiers working poor » devraient avoir accès à l'assurance, mais ils n'y ont pas accès. Le problème c'est que le montant de l'assurance-maladie que l'on paye n'est pas lié aux revenus, par rapport aux autres assurances sociales. Pour moi, c'est le principal obstacle aux soins. »

(Juriste)

« En Suisse, les soins dentaires sont les soins auxquels on renonce le plus souvent. Les soins dentaires ne sont pas couverts par l'assurance, notamment on ne reconnaît pas la prévention. »

(Juriste)

Système de santé inégalitaire

Le système de santé actuel a été mentionné de nombreuses fois par les personnes vulnérabilisées comme étant inégalitaire, leur portant préjudice et limitant leur accès aux prestations de santé. Cet accès est pensé principalement pour la majorité, situation qui invisibilise et discrimine les personnes se retrouvant à la marge d'un tel système.

Les personnes interrogées ont notamment identifié les restrictions existant au sein du régime d'assurance maladie comme problématique.

La répartition inégale des ressources ainsi que des politiques publiques à leur désavantage ont impacté la capacité des personnes de niveau socio-économique faible à subvenir à leurs besoins primaires, dont fait partie l'accès à des prestations de santé de qualité.

Ce système inégalitaire a un impact tout particulier sur les membres de la communauté LGBTIQ+ qui sont préterités par le système binaire de genre et hétérosexiste actuellement en place, qui ne reconnaît que deux genres, masculin et féminin, en ignorant l'existence de la communauté LGBTIQ+ et ses besoins. Le système actuel de santé, fondé sur ces normes et représentations binaires, impacte ainsi négativement la communauté LGBTIQ+.

« C'est difficile d'accéder à l'assurance parce que d'abord tu n'as pas de papier pour travailler. »
(Homme migrant, sans papier)

« De mon point de vue, ce n'est pas lié aux connaissances ou compétences des personnes, mais à un système qui est mis en place pour la majorité des personnes, mais pas pour les personnes marginalisées et vulnérabilisées. Ce sont des éléments liés au système lui-même et aux coûts impliqués »
(Juriste)

« Le système de santé accepte seulement certains récits trans « binaires » : hommes ou femmes. Quand tu ne veux ni être une femme ou un homme ou que tu te sens aucun des deux, c'est très vite perçu comme une non-identité. Les médecins connaissent seulement le système binaire. Le système de santé est violent par rapport aux personnes trans et non-binaires ; toutes leurs études sont basées sur la binarité, non-binaire = non identité ! »
(Personne non-binaire)

La mise en œuvre de cette étude a coïncidé avec le début de la pandémie de la Covid-19 et des restrictions sociales. De nombreuses personnes participantes ont souligné les obstacles significatifs et sans précédent que les restrictions ont représenté pour leur accès aux prestations de santé. Le gouvernement suisse a invoqué une « situation extraordinaire » et instauré un semi-confinement interdisant tout événement public ou privé à partir du 17 mars 2020. Seuls les pharmacies et supermarchés sont restés ouverts. Cette situation exceptionnelle, qui a renforcé l'isolement et la précarité de personnes déjà en situation difficile, a permis de mettre

en exergue une population encore trop souvent invisible et invisibilisée. Elle a également permis de mettre en évidence l'exacerbation des inégalités préexistantes et le fait que le système de santé et les prestations de santé étaient pensées par et pour la majorité.

« J'avais des difficultés pour l'achat des hormones durant le covid, et je ne pouvais pas voyager jusqu'en Espagne où je les obtiens moins cher. J'ai appelé l'association pour les trans à Genève sans obtenir de réponse (pas de lettre, pas d'appel de retour). Je ne sens pas que j'ai été prise au sérieux. J'étais fâchée. C'est donner de faux espoirs aux personnes. Finalement j'ai eu les hormones grâce à l'ordonnance d'une amie. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

Les législations perçues comme discriminantes

Les législations perçues comme discriminantes ont également été abordées et soulignées par les personnes vulnérabilisées comme par les professionnels. Le fédéralisme, soit le fait que chaque canton applique des règles différentes crée des difficultés, notamment pour les populations vulnérabilisées qui sont mobiles et pour qui les systèmes de relai qui existent entre les cantons représentent plus des obstacles que des facilitateurs. Certaines réglementations discriminantes ont par ailleurs tout particulièrement impacté les personnes d'origine non-européenne dans leur accès aux prestations de santé.

« Je trouve que les différences dans l'application des lois en lien avec la santé dans les cantons en Suisse rend l'accès aux soins plus compliqué car chaque canton a ses propres règles. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

“Le fédéralisme est aussi un obstacle, c'est confus parce qu'on ne peut pas s'adresser à n'importe quel canton lorsque l'on arrive. Une sorte de « formation civique » serait importante lorsque les personnes arrivent.”
(Juriste)

« Là c'est encore une question par rapport aux migrants, c'est-à-dire que si l'invalidité n'est pas survenue en Suisse et que le parent a pas cotisé au moins une année à l'assurance invalidité au moment de la survenance de l'invalidité de son enfant, il y aura pas le droit à des prestations de l'assurance invalidité pour l'enfant en Suisse. Donc il y a des discriminations en fonction aussi de l'origine, en fait. Après disons par rapport aux personnes qui sont de l'Union Européenne c'est différent, puisqu'il y a l'accord sur la libre circulation et du coup on peut pas discriminer, on est obligé de donner les mêmes prestations à un enfant d'un travailleur de l'Union Européenne et à un enfant d'un travailleur de la Suisse. Mais par rapport à la loi sur l'assurance invalidité, dans la loi sur l'assurance invalidité c'est très très clair en fait, si l'invalidité n'est pas survenue en Suisse, l'enfant n'aura pas le droit à des prestations quelle que soit sa nationalité s'il est étranger. »
(Professionnelle du social)

2. Facilitateurs d'accès aux prestations de santé

Bien que l'identification des obstacles à l'accès et au recours aux prestations de santé des personnes vulnérabilisées permette d'ores et déjà une première compréhension des facteurs et mesures à développer qui permettraient de faciliter l'accès à la santé, ce chapitre vise à mettre en lumière les bonnes pratiques et mesures politiques mises spécifiquement en avant par les professionnel·lexs et les personnes concernées pour faciliter l'accès et le recours aux prestations de santé.

Afin d'éviter des redondances entre les obstacles et facilitateurs décrits, l'un étant le pendant de l'autre, cette partie du rapport concernant les facilitateurs ne reprend pas la classification via le modèle socio-écologique, mais a pour but de synthétiser les éléments-clés ressortis lors des entretiens et ayant trait à des pistes d'action.

Les personnes vulnérabilisées ont notamment salué **le soutien par les pairs et les réseaux associatifs** comme étant des facilitateurs importants de leur accès aux prestations de santé. A cet égard, **la coordination et la collaboration entre les réseaux d'associations** ont été identifiées, également par les professionnel·lexs de santé et du social comme des facteurs nécessaires, notamment en ce qui concerne **le système de relai entre les associations sociales et les associations de santé à Genève**.

« C'est Aspasia qui a fait le lien avec SOS femmes et SOS femmes a fait le lien pour que je vienne au GsG. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

« J'avais un ami et SOS femmes qui m'ont aidé à payer mon appartement et mon assurance. C'est vraiment grâce à vous qu'on a la possibilité, je me sens protégée quand je viens ici [GsG]. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

« Je suis très reconnaissante de l'aide sociale apportée par Aspasia mais aussi de l'accès aux soins que l'association m'a donné. Aspasia m'a permis de connaître XXX du GsG. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

Comme indiqué dans la section des obstacles, les personnes participantes ont partagé combien l'accès aux prestations de santé à Genève est facilité par le fait **de disposer d'une assurance maladie**, et ce d'autant plus lorsque la personne a également une assurance complémentaire. **L'augmentation des subsides à l'assurance maladie, la possibilité de payer ses primes en plusieurs fois ainsi que les aides financières du canton** sont autant de mesures valorisées et appréciées par les personnes vulnérabilisées.

La présence d'interprètes, la possibilité d'un accompagnement lors de leurs visites dans des centres de santé et le soutien du personnel infirmier ont également été cités comme des facilitateurs importants par les personnes concernées.

Il est à noter que les personnes ayant le statut de réfugiées à Genève bénéficient de prestations de santé structurées et bien organisées, contrairement à celles n'ayant pas de titre de séjour valide. Aussi, des enseignements peuvent être tirés du dispositif prévu pour des personnes réfugiées afin de dépasser et déconstruire les barrières d'accès aux prestations de santé des autres populations vulnérabilisées.

Les facteurs cités par les professionnel·le·s de la santé et du social comme étant les plus déterminants sont : une collaboration fonctionnelle entre les associations à vocation sociale et les structures de santé, une bonne relation entre prestataire de santé et personne vulnérabilisée ainsi que la possibilité de contracter une assurance maladie.

3. Recommandations des personnes participantes

Un nombre important de recommandations ont été formulées par les personnes participantes visant l'accès à des prestations de santé à Genève répondant aux attentes et besoins des personnes concernées.

Au niveau communautaire, les professionnel·lexs de la santé ont fortement suggéré de **renforcer la coordination et communication entre les associations pertinentes du réseau socio-sanitaire genevois** pour que les personnes vulnérabilisées qui y font appel soient relayées de façon efficiente et puissent bénéficier de toutes les prestations auxquelles elles ont droit. Iels ont souligné l'importance d'un «premier point de contact» lors de la première visite dans une des associations du réseau avec un entretien de bilan initial approprié afin que les personnes puissent être redirigées rapidement.

Les professionnel·lexs ont souligné au niveau institutionnel l'importance de **réformer et adapter les services de santé** afin de pouvoir répondre aux besoins et attentes des personnes vulnérabilisées de manière adéquate, pertinente et efficace.

Les personnes vulnérabilisées ont demandé et recommandé dans ce sens que les **prestations adoptent une approche globale** et incluent non seulement la prise en charge de la santé physique et psychique mais aussi un soutien juridique.

« Je pense que l'idéal serait d'avoir dans un même centre de santé, un médecin pour la santé et des travailleurs sociaux qui te soutiennent dans l'aspect social et des juristes pour les aspects légaux et juridiques. »
(Femme trans travailleuse du sexe)

Parmi les recommandations émises au niveau institutionnel par les personnes vulnérabilisées, celle de **renforcer les connaissances techniques et compétences interpersonnelles du personnel soignant** travaillant auprès de personnes concernées a été énoncée. Comme première étape en vue d'un renforcement de compétences à long terme, il a été suggéré à plusieurs reprises que la formation des professionnel·lexs soit revue, notamment en intégrant de manière plus adéquate les enjeux liés aux diversités sexuelles et de genre.

A noter que certaines personnes concernées, dont les membres de la communauté LGBTIQ+, ont recommandé l'utilisation de **modèles dirigés par les pairs** dans la perspective de **valoriser l'approche communautaire en santé**. Cette recommandation est importante car les pairs peuvent s'appuyer sur le réseau existant et proactivement

fournir des prestations de santé et de prévention pertinentes et adaptées aux réalités et besoins spécifiques des communautés concernées.

Au niveau sociétal, les personnes participantes ont souligné l'importance de mettre en place des **mesures pour combattre les discriminations**, dont des interventions visant à **sensibiliser le grand public**.

En matière de politique publique, les personnes participantes ont formulé des propositions de **réforme du système de santé** et notamment les conditions suivantes d'accès aux prestations de santé des personnes vulnérabilisées : un accès à l'assurance maladie indépendant du statut légal, des montants de primes mensuelles basés sur le salaire et, dans l'intervalle, des possibilités de paiement des primes en plusieurs versements et une priorité des autorités publiques dans l'assistance financière assurée via les associations.

"Il faut que la loi (sur les aides) soit faite pour les personnes vulnérabilisées et précarisées, et pas juste pour les personnes qui vivent dans une situation confortable. Celles-ci n'ont pas besoin des aides, en tout cas pour le moment. Il faut prendre en compte la situation des personnes, par exemple ne pas demander des choses absurdes, comme des documents qui sont inatteignables. Il doit y avoir une bien meilleure coordination au sein du système."

(Juriste)

DISCUSSION

Dans cette étude, des personnes issues de communautés vulnérabilisées ainsi que des professionnel-leux de la santé et du social ont partagé **leurs expériences de vie et perspectives** sur les barrières et facilitateurs de l'accès aux prestations de santé à Genève. **Les constats émis par les personnes concernées rejoignent ceux des professionnel-leux interrogé-exs.** Il est à noter qu'un biais existe par le fait que ces professionnel-leux sont déjà convaincu-exs et sensibilisé-exs aux enjeux des communautés vulnérabilisées. Toutefois, leur apport est précieux, car iels notent que d'autres professionnel-leux ne sont pas suffisamment sensibilisé-exs et qu'il existe donc un besoin particulier en la matière. De même, le manque de collaborations entre les structures est un enjeu partagé par les personnes concernées et les professionnel-leux.

Nous avons identifié et mis en lumière de nombreuses vulnérabilités qui, en se cumulant, accentuent les difficultés d'accès à la santé. Le modèle socio-écologique proposé met en évidence que la majorité de ces vulnérabilités concernent et sont en lien avec des enjeux institutionnels, communautaires, sociaux et politiques et se situent donc **au-delà du champ d'intervention d'action individuel.** Ce constat contredit l'argument comportementaliste encore actuel qui met l'accent sur la responsabilité des individus et leurs choix personnels.

Cette recherche a permis de confirmer l'enjeu et l'importance de prendre en compte les **multiples facteurs de vulnérabilisation et les inégalités sociales de santé** dans les possibilités d'accéder et de recourir ou non au système de santé. Ces facteurs de vulnérabilisation portent surtout sur le fait d'appartenir à une communauté minorisée et/ou marginalisée et discriminée. L'un des freins constants et récurrents relève notamment des discriminations vécues, ressenties ou anticipées. En ce sens, il est important de noter qu'analyser l'étendue des barrières que rencontrent les personnes vulnérabilisées dans leur parcours de santé à travers un seul axe d'analyse se révélera inapproprié (Hankivsky et al., 2017 ; Heard et al., 2019). Lors de la conception et mise en œuvre d'actions visant à améliorer l'accès aux prestations de santé, il est nécessaire de prendre en considération **une approche intersectionnelle** qui permet d'assurer une vision à la fois holistique et spécifique des inégalités de santé et des enjeux en lien avec l'accès aux prestations de santé.

D'une part, les freins qui relèvent de **la prise en charge** et de **la communication** sont

notables, pour lesquels des actions de sensibilisation et de formation des professionnel·le·s apparaissent indispensables afin de déconstruire les stigmas. Le renforcement **de la collaboration** et de **la coordination** entre les structures du réseau socio-sanitaire genevois est une piste d'action centrale, pour améliorer la prise en charge et mieux répondre aux besoins des personnes, mais aussi pour **renforcer et déconstruire ensemble les préjugés, lutter contre l'isolement et le non-recours et favoriser ainsi la (re-)création de liens de confiance entre le système de santé et les personnes.**

D'autre part, il importe d'adresser **les freins structurels et juridiques** relevés dans le cadre de cette étude, notamment l'incapacité des personnes vulnérabilisées à payer les primes ou la franchise de **l'assurance maladie**, ce qui représente un frein majeur à leur accès aux prestations de santé. Les personnes sans **autorisation de séjour** peinent à pouvoir s'inscrire à l'assurance maladie, et ce malgré l'obligation de le faire pour toute personne résidant en Suisse. Les assurances refusent d'inscrire les personnes soit parce que ces dernières n'arrivent pas à obtenir un certificat de résidence de l'office cantonal de la population (OCPM), soit parce qu'elles n'arrivent pas à obtenir un certificat de conformité obligatoire auprès de la Lamal.

A l'heure actuelle, le service dédié à Genève refuse dans la majorité des cas de délivrer ces certificats de conformité, de peur que les personnes ne pourront, de ce fait, plus payer les primes. En outre, les délais d'attente dans le cadre d'une demande auprès de l'OCPM représentent une source de stress importante pour les personnes vulnérabilisées. Comme le soulignent les personnes participantes à l'étude, même si les personnes sans autorisation de séjour peuvent théoriquement souscrire à une assurance maladie, **le coût mensuel des primes** est souvent prohibitif. Cette inégalité d'accès à l'assurance maladie pour des raisons administratives ou financières entraîne des conséquences non négligeables sur **l'accès et le recours aux prestations de santé** nécessaires par les personnes souffrant de maladie grave et/ou chronique.

Au vu de ces multiples niveaux de freins interconnectés, il est essentiel de prendre en compte l'ensemble du parcours et de la situation de la personne à différents niveaux d'un **point de vue holistique**, tout comme le défend le modèle socio-écologique. C'est pourquoi le Groupe santé Genève agit avec une perspective transdisciplinaire, proposant différents services complémentaires **« tout sous un toit »**, en fonction du **parcours** propre à la personne, en adéquation avec le concept d'**intersectionnalité** (Bauer, 2014 ; Heard et al., 2019).

Tout au long de cette recherche, nous avons pris conscience du fait que les personnes concernées que nous avons rencontrées appartenaient très souvent **simultanément à plusieurs communautés vulnérabilisées**, constat qui reflète la réalité quotidienne

au Groupe santé Genève. L'intérêt réside donc dans l'équilibre riche à trouver entre le partage de parcours tout à fait **individuels et les points communs** identifiés qui permettent une analyse plus systématique des enjeux d'accès à la santé, dans une perspective de transformation sociale de par la collectivisation de ces enjeux.

En conclusion, à partir des apprentissages de cette étude, l'équipe de recherche a pu formuler **les recommandations centrales suivantes**, dans le but de renforcer le système de santé et d'en faciliter l'accès, dont l'importance et l'urgence de :

- Soutenir et renforcer les collaborations entre structures du réseau socio-sanitaire genevois, notamment afin d'avoir un système de relai pertinent et efficient
- Maintenir et développer l'offre de prestations de santé diversifiée existante à Genève, avec des prestations de santé communautaires en plus du système de santé général
- Renforcer les compétences des personnes travaillant directement avec des publics spécifiques (communauté LGBTQ+, travail du sexe, ...) dans les domaines du médical et du social
- Lutter contre les discriminations et les représentations négatives vis-à-vis des publics vulnérabilisés
- Valoriser et reconnaître les compétences communautaires en développant les prestations par les pairs

ANNEXE I : Tableau récapitulatif des résultats observés par niveau du modèle socio-écologique

| Niveau socio-écologique | Barrières | Facilitateurs |
|--|---|--|
| Individuel | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation - isolement • Perception de soi • Coûts des assurances maladies | |
| Interpersonnel | | |
| Lieu de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation/discrimination dans le milieu du travail | |
| Réseau social/familial | <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation de la part du réseau social • Rejet familial • Violences sexuelles (partenaires et/ou client-exs) | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien des pair-xs pour accéder aux services de santé |
| Communautés | | |
| Réseau associatif genevois | <ul style="list-style-type: none"> • Faible soutien social des associations (Trans*) | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien social du réseau associatif • Soutien financier du réseau associatif • Bonne coordination et communication entre les associations • Bon système d'orientation entre les associations • Respect et non-jugement vis-à-vis des populations vulnérabilisées |
| Institutionnel | | |
| Services de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'offre de services de santé – soins dentaires, hormonothérapie, santé mentale • Modes de services de santé inappropriés – indisponibilité des soins, non-adaptabilité et/ou non-adéquation des soins aux populations vulnérabilisées (CAMSCO) • Manque de compétences des professionnels de santé – connaissances au sujet des besoins spécifiques des populations vulnérabilisées • Coûts des services de santé | |
| Collaboration au sein du réseau socio-sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvais système d'orientation vers d'autres structures | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne collaboration et coordination entre associations sociales et de santé |
| Relation entre professionnel-leux de la santé et personnes | <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation/discrimination dans les prestations de santé • Sexisme et transphobie | |

| Niveau socio-écologique | Barrières | Facilitateurs |
|--|---|---|
| Sociétal | | |
| Vulnérabilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Identité de genre et/ou orientation sexuelle, binarité • Origine • Stigmatisation et discrimination • Intersectionnalité | |
| Politique publique | | |
| Assurance maladie et coûts de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas avoir d'assurance maladie • Coûts de l'assurance maladie • Franchise élevée | <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une assurance maladie de base • Avoir une assurance maladie complémentaire • Augmentation des subsides pour l'assurance maladie (jan. 2020) • Paiement échelonné de la prime d'assurance maladie |
| Statut légal | <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas avoir de permis • Avoir un statut de migrant-ex | <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un permis • Avoir un statut de réfugié-ex |
| Fédéralisme | <ul style="list-style-type: none"> • Réglementations différentes entre les cantons | <ul style="list-style-type: none"> • Aide financière par le Canton de Genève |
| Discriminations institutionnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Être non-européen-nex (versus européen-nex) | |
| Contexte pandémique | <ul style="list-style-type: none"> • Impact négatif du COVID-19 sur les possibilités d'emploi et d'accès aux soins de santé | |

ANNEXE II : Tableau récapitulatif des recommandations

| Niveau socio-écologique | Recommandations |
|--|--|
| Institutionnel | |
| Services de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Compétences des professionnel-leux de la santé – endocrinologue-x(s) et psychologue-x(s) doivent avoir des compétences en hormonothérapie • Modèle par les pair-x(s) / prestations par des professionnel-leux trans* • Centres de santé ouverts à tou-toux pour éviter la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH • Centres de santé spécifiques à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH • Services médicaux gratuits • Centres de santé ouverts 24/24 et développement de lignes téléphoniques pour les personnes trans* • Mécanisme de suivi pour les besoins spécifiques des personnes trans* et les procédures médicales associées |
| Relation entre professionnel-leux de la santé et personnes | <ul style="list-style-type: none"> • Respect et non-jugement des professionnel-leux de la santé vis-à-vis des populations vulnérabilisées |
| Formation des professionnel-leux de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Révision de la formation des professionnel-leux de la santé pour inclure la santé sexuelle et les diversités sexuelles et de genre |
| Orientation des personnes migrantes | <ul style="list-style-type: none"> • Fournir des informations détaillées et orienter les personnes migrantes nouvellement arrivées |
| Approche holistique de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Approche holistique apportant un soutien médical, social, psychologique et/ou juridique |
| Sociétal | |
| Vulnérabilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Interventions visant à réduire la stigmatisation/discrimination • Sensibilisation de la population générale |
| Politique publique | |
| Assurance maladie et coûts de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Montant de la prime d'assurance maladie basé sur le salaire • Paiement échelonné de la prime d'assurance maladie • Accès à l'assurance maladie non-lié au statut légal • Aide financière pour accéder plus facilement à l'hormonothérapie • Réduction des coûts des soins médicaux et dentaires |

ANNEXE III : Bibliographie

- Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 71-80.
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Social science & medicine*, 110, 10-17.
- Dittmann J., & Matthias D. (2017). New Forms of Homelessness and New Responsibilities? Homelessness in Switzerland. International City Health Conference, Windisch, Switzerland, 12-13 September 2017.
- Foglia, M. B., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Health disparities among LGBT older adults and the role of nonconscious bias. *Hastings Center Report*, 44(s4), S40-S44.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American journal of public health*, 103(10), 1802-1809.
- Grazioli, V. S., Collins, S. E., Daeppen, J. B., & Larimer, M. E. (2015). Perceptions of twelve-step mutual-help groups and their associations with motivation, treatment attendance and alcohol outcomes among chronically homeless individuals with alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*, 26(5), 468-474.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., & Repta, R. (2017). The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global Health Action*, 10(sup2), 1326686.

- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866-876.
- Jackson, Y., Wuillemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Health and healthcare of homeless persons. *Rev Med Suisse*, (12)533, 1671-1675.
- Jackson Y., Paignon A., Wolff H., & Delicado N. (2018). Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. *PLoS ONE* 13(7): e0201313.
- Janssens, J. P., Wuillemin, T., Adler, D., & Jackson, Y. (2017). Screening for tuberculosis in an urban shelter for homeless in Switzerland: a prospective study. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 1-8.
- Lucas, B., Ludwig, C., Chapuis, J., Maggi, J., Crettaz, E., Magat, A., & Walder, M. (2019). Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- NCCDH - National Collaborating Centre for Determinants of Health and National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (2016). *Public Health Speaks: Intersectionality and health equity*.
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1-13.
- OFSP (2017). *Rapport 2017 sur la réduction individuelle des primes*.
- Poglià Mileti, F., Mellini, L., & Tadorian, M. (2022). *Migration et vulnérabilités au VIH/IST en Suisse. Rapport de recherche*.
- Roberts, D. A., Abera, S., Basualdo, G., Kerani, R. P., Mohamed, F., Schwartz, R., ... & Patel, R. (2021). Barriers to accessing preventive health care among African-born individuals in King County, Washington: A qualitative study involving key informants. *PloS one*, 16(5), e0250800.

- Sharma, M., Pinto, A. D., & Kumagai, A. K. (2018). Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere? *Academic Medicine*, 93(1), 25-30.
- The Commonwealth Fund (2016). 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults.

• **Groupe • santé • Genève** •

Membre de la Coalition
Internationale Sida



Rue du Grand-Pré 9
1202 Genève - Suisse
groupesantegeneve.ch

Tél· 022 700 15 00
Fax· 022 700 15 47
Email· info@groupesante.ch