



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

GLOBAL STUDIES INSTITUTE

EMPLOI ET SANTÉ AU TRAVAIL DES PERSONNES RÉGULARISÉES, EN PROCÉDURE DE RÉGULARISATION OU NON-RÉGULARISÉES

Deborah Urrutia Rivas

Août 2021

**Mémoire de Master en Santé Globale sous la direction de la Prof.
Claudine Burton-Jeangros et du Prof. Yves Jackson**

Université de Genève – Global Studies Institute –
<http://cms.unige.ch/gsi/2015/magh.php>

Table des matières

1. Introduction	3
2. Cadre d'analyse	5
2.1 La santé au travail dans le contexte de l'immigration	5
2.2 L'impact de la régularisation du statut légal sur l'emploi	7
2.3 L'impact du genre sur l'emploi	8
2.4 Le contexte suisse et genevois	9
3. Méthodologie.....	11
3.1 Approche choisie : méthode mixte.....	11
3.2 Formation de l'échantillon d'analyse	12
3.3 Utilisation des données	12
4. Résultats	14
4.1 Situation sur le marché de l'emploi genevois	14
4.1.1 Individu·e·s actif·ive·s /inactif·ive·s professionnellement	14
4.1.2 Nombre d'heures de travail.....	14
4.1.3 Secteurs d'activité professionnelle	15
4.1.4 Nombre d'employeur·euse·s	16
4.1.5 Salaire horaire.....	17
4.1.6 Taux d'emplois déclarés	18
4.2 Etat de santé de la population.....	19
4.2.1 Santé physique	19
4.2.2 Santé psychique	20
4.2.3 Accès et recours au système de soins.....	22
4.3 Conditions d'emploi et de santé au travail	24
4.3.1 Auto-évaluation de l'influence de l'emploi sur la santé	24
4.3.2 Épuisement professionnel	24
4.3.3 Exposition aux risques physiques	25
4.3.4 Accidents de travail.....	27
4.3.5 Arrêt de travail.....	27
5. Discussion et conclusion	28
6. Références bibliographiques	30

Emploi et santé au travail des personnes régularisées, en procédure de régularisation ou non régularisées

Deborah Urrutia Rivas, sous la supervision de la Prof. Claudine Burton-Jeangros et du Prof. Yves Jackson

Résumé

Plus de 13'000 personnes en situation irrégulière vivaient dans le canton de Genève. Différentes études concernant les conditions des personnes sans permis de séjour révèlent que celles-ci doivent faire face à différents obstacles comme la langue, un faible pouvoir économique ou le manque de temps pour avoir accès et recours aux soins de santé. De plus, ces recherches mettent en avant les rudes conditions de travail dans lesquelles ces personnes doivent travailler. Elles sont donc confrontées à un environnement instable et difficile pouvant se traduire par des effets néfastes sur leur santé.

Dans ce travail, nous cherchons à analyser les rapports à l'emploi et à la santé des personnes non régularisées et régularisées, à travers l'opération Papyrus, à Genève. Pour ce faire, nous avons utilisé deux axes d'analyse, à savoir, l'impact de la régularisation du statut légal et le sexe. La base de données de l'étude Parchemins, qui regroupe les réponses des participants au sein de questionnaires et d'entretiens qualitatifs, a servi de point de départ pour notre analyse.

Nos résultats indiquent, d'une part, que la régularisation des personnes à travers l'opération Papyrus a un effet positif sur les rapports à l'emploi genevois. En effet, les personnes régularisées s'épanouissent dans des cadres de travail plus convenables et maniables, elles se considèrent en meilleure santé et ont d'avantage recours au système de soins. Parallèlement à cela, le sexe influence également les rapports au travail et à la santé. Les femmes sont majoritairement employées dans l'économie domestiques et doivent faire face à de nombreuses contraintes. Elles se considèrent en moins bonne santé que les hommes et ont moins recours au système de santé. Les hommes sont quant à eux plus exposés aux problématiques liées aux risques et aux accidents de travail.

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De plus, cette dernière ajoute que : « l'un des droits fondamentaux de tout être humain est la détention du meilleur état de santé que ce dernier est capable d'atteindre sans tenir compte de son apparence physique, ses idéologies politiques ou encore ses facteurs socioéconomiques » (1). Hors, aujourd'hui nous constatons que les divergences face au recours aux soins de santé reflètent l'une des formes les plus courantes des atteintes à l'intégrité humaine (2). Ces différences sont souvent plus prononcées lorsqu'elles concernent des personnes migrantes quel que soit leur statut légal : en situation régulière ou non (sans permis de séjour valable), une personne réfugiée politique ou demandeuse d'asile. En effet, différents facteurs comme la langue qui empêche une bonne communication, les différences culturelles telles que les modes d'expression et la validité transculturelles des diagnostics notamment en santé mentale, le manque de temps (3) l'isolement social ou encore

la peur d'être démasqué·e et signalé·e aux autorités (4) renforcent les différents obstacles face à l'accès aux soins.

Cette situation concerne de plus en plus d'individu·e·s. En 2020, 272 million de personnes vivaient en dehors de leur pays d'origine. Malgré le fait que ce chiffre ne représente que 3.5% de la population mondiale, celui-ci dépasse certaines estimations prévues pour l'année 2050 (5). L'augmentation de ce flux migratoire s'explique notamment par des écarts historiques de niveau de vie et de richesses au sein des différentes régions du monde, auxquels viennent s'ajouter les guerres asymétriques opposant des Etats et des groupes armés ou encore la crise écologique à laquelle doivent faire face les différentes populations du monde (6).

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) estime qu'approximativement 150 millions de migrant·e·s sont des travailleur·euse·s âgé·e·s entre 15 ans et plus. Cependant, il n'existe aucun consensus global concernant la définition d'un travailleur·euse qui émigre. Dans la pratique habituelle, les expressions « migration du travail » et « travailleurs immigrés » peuvent faire référence au motif de migration, au statut légal, au visa de la personne, à son statut professionnel ou encore à son statut de résidence (permanent ou temporaire) dans le pays d'accueil. Dans ce travail, nous définirons les travailleur·euse·s immigré·e·s comme étant une population vivant dans un pays, une région autre que celui ou celle d'origine, à la recherche d'emploi ou sont employé·e·s dans le pays d'accueil ou étaient précédemment en recherche d'emploi ou travaillaient et ne peuvent plus travailler et sont resté·e·s dans le pays d'accueil (7).

Ce type de migration assure deux dynamiques. D'une part, les travailleur·euse·s immigré·e·s contribuent à l'économie de leur pays d'origine en transférant des fonds et en acquérant de nouvelles capacités qui pourront être utiles à leur retour. D'autre part, ces dernier·ère·s apportent une main d'œuvre et des compétences nécessaires au pays d'accueil (8). C'est pourquoi, la migration est considérée comme étant un enjeu économique, sociale et politique majeur en santé globale (7).

De nombreux chercheurs se sont intéressés à la santé des populations immigrée. Fenelly développe le concept du « healthy migrant effect ». Selon lui, les personnes migrantes ont un bon niveau de santé, malgré un accès restreint aux soins, car seul·e·s les « plus robustes et solides » au sein du pays d'origine sont capables d'entreprendre un tel voyage (9). Un autre concept nommé le « salmon bias », développé par Pablo Mendez, justifie ce différentiel de niveau de santé par le fait que les personnes migrantes retournent dans leur pays d'origine au moment de la retraite ou en fin de vie (10). Ainsi, l'écart de santé observé à l'égard des immigré·e·s serait la simple conséquence d'un sous enregistrement des taux de mortalité et de morbidité (11). Néanmoins, ces observations ne semblent pas universelles. De plus, cet effet semble s'atténuer sur le long terme. Différents chercheurs comme Dourgnon et Jusot démontrent que l'état de santé se dégrade parallèlement à la durée de résidence dans le pays d'accueil. La perte du réseau social, le déracinement, le faible accès aux droits du travail tout comme les faibles rémunérations, la discrimination sur le marché de l'emploi et les conditions de travail éprouvantes, sont autant de facteurs explicatifs à cette détérioration du niveau de santé (12).

De plus, les personnes migrantes en situation irrégulière sont encore plus touchées par ces différents facteurs dans leur quotidien (13). En effet, celles-ci travaillent majoritairement dans les secteurs d'emploi les plus précaires et surtout les moins réglementés comme l'économie domestique, la restauration, l'agriculture et la construction. Ils·elles travaillent le plus souvent sans contrat valable ni protection sociale, dans de rudes conditions de travail et avec une faible rémunération. Certain·e·s se retrouvent même dans des situations d'exploitations contraint·e·s d'accepter des conditions de travail dictées par l'employeur·euse. Ces dernier·ère·s peuvent licencier leurs employé·e·s sans protection ou encore les dénoncer. Les

personnes en situation irrégulière se voient dans l'incapacité de quitter leur travail sans avoir la certitude d'en avoir un autre (14). A cela, viennent s'ajouter d'une part, la pression de la famille restée au pays qui les obligent « à réussir » dans le pays d'accueil, et d'autre part, la pression du quotidien due à une situation précaire qui les empêche de construire ou même s'imaginer un futur (15). La migration est donc un objet laborieux et multidimensionnel qui engendre des défis à relever concernant la garantie d'une protection égale des travailleur·euse·s immigré·e·s notamment dans le domaine de la santé du travail.

Mais alors, quelle est la situation à Genève de ces personnes dans leurs rapports et relations à l'emploi et à la santé au travail ? Quels sont les conséquences sur leur quotidien ? Est-ce que la régularisation de leur situation de séjour ou leur sexe a une incidence sur leur quotidien ?

L'étude Parchemins s'intéresse à l'impact de la régularisation du statut légal sur la santé et les conditions de vie des personnes migrantes à Genève (16) dans le contexte du projet pilote de régularisation, l'opération Papyrus (17). La base de données produite par cette recherche nous permettra, dans ce travail, de répondre à ces questions, à travers des analyses quantitatives et qualitatives concernant la situation de ces personnes sur le marché de l'emploi à Genève. Le recours à une méthode mixte nous apportera une analyse plus approfondie de la situation genevoise et nous permettra de visualiser le quotidien de ces personnes.

Au vu de l'ampleur globale du phénomène de la migration, l'intérêt du travail ici proposé, est de nous apporter une compréhension simple et la possibilité d'aborder une thématique encore très incomprise et méconnue du grand public qui pourrait nous permettre de mieux accompagner et soutenir ces populations.

2. Cadre d'analyse

3.1 La santé au travail dans le contexte de l'immigration

Pour comprendre le rapport des personnes en situation irrégulière ou régularisée face à l'emploi et à la santé au travail, à Genève, il nous faut débiter cette recherche par une définition du concept de la santé au travail de manière générale, puis l'introduire à l'environnement de l'immigration.

Tout d'abord, le concept de santé et sécurité au travail (SST) peut être interprété de manière assez vaste. Dans ce travail, celui-ci comprend la législation préventive qui a pour but de garantir la protection contre les dangers des accidents professionnels, la sauvegarde de la santé physique et psychique des employé·e·s tout comme le maintien de bonnes conditions de travail. Ce dernier inclut également la reconnaissance du droit à une aide économique en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (18).

Selon Courtet et Gollac, l'étude de la santé au travail comprend une analyse du travail en lui-même et de ses transformations, les déterminants organisationnels et managériaux de l'activité, les contraintes de cette dernière ainsi que les ressources que les employé·e·s mettent en avant pour son accomplissement (19). C'est également une analyse des transformations historiques de l'identification, de l'objectivation qu'elle soit médicale, scientifique ou statistique, et de la prise en charge des pathologies pour lesquelles le lien avec le travail est avéré ou suspecté. Selon eux, la santé au travail se négocie entre conflits et définition de normes de protection ou de prévention. Cette dernière ne porte pas que sur la reconnaissance et la réparation des maladies dites professionnelles. Selon Dutton, pour pouvoir analyser le contexte des accidents de travail et des maladies professionnelles, une

contextualisation basée sur la santé publique, les changements sociétaux et environnementaux est obligatoire (20).

Avoir un emploi justement rémunéré, dans lequel on se sent bien, peut contribuer à une bonne qualité de vie. Comme l'explique Sterud, le cadre du travail apporte un environnement de socialisation et des opportunités de développement personnel. Le travail peut encourager une bonne santé physique et psychique (21). Cependant, tous les emplois ne procurent pas des opportunités égales. Certains comprennent des risques professionnels comme un travail physique pénible, un risque de blessure, une exposition à des substances toxiques ou des faibles conditions de travail psychosociales comme la charge mentale excessive. D'autres auteurs comme Takala et al., affirment à leur tour l'importance de l'exposition à des effets négatifs sur la santé des travailleurs (22). Les liens qui consolident les relations entre les employeur·euse·s et les employé·e·s tels que les contrats, les vacances ou les autorisations, rendent les travailleur·euse·s, au sein d'emplois instables et non-protégés, plus vulnérables avec d'importants impacts sur leur bien-être (23).

La principale source d'emploi pour les travailleur·euse·s immigré·e·s, qu'ils soient régularisé·e·s ou non, concerne les professions du secteur des services les moins qualifiées et que les résidents légaux qualifieraient comme « réticents ». On les regroupe sous le concept de « 3-D jobs : dirty, dangerous, degrading », ce qui signifie les emplois sales, dangereux et dégradants (24). Ainsi, ils·elles se retrouvent dans des environnements de travail particuliers comprenant des risques pour la santé et la sécurité élevés (21). Proportionnellement, ces travailleur·euse·s sont sous-représenté·e·s dans les secteurs de l'administration et de l'éducation qui regroupent des métiers avec des contrats d'embauche plus sûrs et des meilleures conditions de travail (25). De plus, selon Hanley et al., l'accès à l'information sur les normes de travail, de santé, de sécurité au travail et d'indemnisations est limité voire inexistant, pour ces travailleur·euse·s immigré·e·s (26). Les conclusions des 2 grands symposiums sur la santé des travailleurs·euses immigré·e·s, organisés par l'OIT ainsi que le programme de recherche SALTA de l'Institut national sur le travail de la Suède, sont unanimes et confirment une prévalence et une gravité des blessures plus importante chez les travailleur·euse·s immigré·e·s que les résident·e·s légaux·ales, peu importe la nationalité. L'accessibilité aux indemnisations reste incertaine pour les travailleur·euse·s sans permis de séjour valable tout comme pour les employé·e·s de l'économie domestique. Dans une autre recherche, Hanley nous fait part de cette réalité en analysant la situation des femmes de ménages à Montréal où celles-ci sont tout simplement exclues de l'indemnisation des accidents du travail (27).

Concernant les travailleur·euse·s immigré·e·s éligibles, l'obtention d'une indemnisation, suite à un accident de travail, peut être limitée par différents obstacles comme : des barrières réglementaires, la langue, le manque d'information concernant les prestations versées ou encore l'accès aux soins. Dans les faits, pour des raisons structurelles et personnelles, telles que la peur d'une réduction des heures de travail ou la mise en danger d'un renouvellement de contrat, la plupart des employé·e·s décident de ne pas rapporter les accidents de travail ou les éventuelles maladies (28). Pour ceux qui se décident à le faire, un accès rapide à un·e médecin est primordial pour la dépose d'une demande d'indemnisation. Ainsi, l'employé·e évite l'exacerbation d'une blessure causée par un accident de travail et la perte d'un possible dédommagement de l'employeur·euse.

2.2 L'impact de la régularisation du statut légal sur l'emploi

Comme expliqué précédemment, au sein de cette recherche, nous cherchons à analyser les rapports des personnes régularisées ou en situation irrégulière face à l'emploi et à la santé du travail. Nous nous demandons alors si la régularisation a un certain effet sur ces rapports.

Le marché du travail des personnes immigrées a ses particularités et caractéristiques. Prenant de plus en plus d'ampleur, la gestion et le contrôle de ce dernier sont devenus des enjeux majeurs pour les différents acteur·trice·s politiques des pays d'accueil.

De manière générale, les Etats se focalisent sur des dimensions précises de la migration irrégulière telles que les politiques d'asile, le renforcement des contrôles des frontières et les mesures de rapatriement. Celles-ci coïncident avec l'évolution des politiques d'intégration pour les immigré·e·s légaux·ales. On s'aperçoit rapidement qu'une réflexion concernant les personnes ne rentrant pas dans ces catégories est absente (29). Une des méthodes employées pour gérer cette problématique est le programme de régularisation.

L'étude REGINE, financée par la Commission européenne, définit un programme de régularisation comme étant une procédure de régularisation spécifique qui, premièrement, ne fait pas partie du cadre de politique migratoire ordinaire, prend place pendant un laps de temps défini et cible les non-nationaux·ales en situation irrégulière spécifique (29). Ces programmes visent à intégrer ces personnes, la plupart du temps pour des raisons économiques et/ou humanitaire, et ont pour objectif de freiner la migration irrégulière à long terme. Les personnes alors régularisées ont l'opportunité d'intégrer et d'évoluer pleinement dans la société en ayant accès à des droits ou aux aides étatiques. D'autres outils, comme la politique de visa ou encore le contrôle des frontières, la lutte contre les employeur·euse·s clandestin·ine·s ou l'expulsion des personnes non conformes à la loi ont fait l'objet de larges études (30).

Cependant, très peu de travaux de recherche se sont intéressés à l'impact de la régularisation sur les conditions de vie des personnes en situation irrégulière. Durant ces 20 dernières années, plus de 3.5 millions de personnes immigrées ont été légalisées au sein de l'Union européenne (UE). Chaque Etat membre ayant une situation de migration irrégulière singulière, les résultats, concernant la mise au point des programmes de régularisation tout comme leur efficacité, diffèrent entre pays. Pour la plupart des Etats membres, les effets positifs suivants la régularisation, ne s'arrêtent pas à une simple amélioration de la condition économique d'une personne, mais aboutit à un état général de bien-être qui passe par un accès à l'éducation et à la santé facilité ou simplement des réunions familiales (31). Concernant l'emploi, les programmes de régularisation ont pour effet d'augmenter les chances de renoncer au marché de l'emploi illégal, en améliorant la position et le statut des personnes au sein de la population active. Ceci est possible grâce à la reconnaissance des qualifications acquises dans le pays d'origine, un accès à la formation ou l'expérience acquise durant la durée de séjour avant la régularisation. Cependant, certaines personnes sont restées dans une forme d'emploi hybride comprenant d'une part, un contrat formel limité, et d'un autre côté, une part importante d'heures non déclarées (29). Ces différents aspects créent une diversité de parcours face à la régularisation et l'emploi. Très peu d'études s'intéressent à cette hétérogénéité de trajectoires lors de la régularisation d'individu·e·s en situation irrégulière sur le long terme, et les différents changements que celle-ci occasionne.

2.3 L'impact du genre sur l'emploi

La question des différences de genre sur le marché de l'emploi est un objet de recherche très investi ces dernières années. Comme noté précédemment, le marché de l'emploi des personnes immigrés à des particularités. Ce dernier est fortement fragmenté avec des expériences sectorielles et personnelles différentes selon le sexe de la personne.

Malgré le fait que les femmes ont émigré de tout temps, la recherche scientifique sur l'immigration était dédiée majoritairement à la migration masculine. Les représentations sociales de l'immigration mettaient en avant un homme seul partant pour des motifs économiques. Les femmes migrantes étaient perçues comme les épouses de ces derniers et on s'intéressait uniquement à leurs comportements familiaux. L'augmentation du regroupement familial, l'arrivée de femmes seules pour continuer leurs études ou pour travailler ont aidé à mettre en avant cette immigration féminine (32).

Les femmes sont, la plupart du temps, rassemblées dans le secteur tertiaire, au sein d'emplois peu qualifiés et souvent peu rémunérés tels que l'économie domestique qui inclut la garde d'enfants et le ménage, le nettoyage au sein d'une entreprise, la restauration ou encore l'industrie du sexe. Néanmoins, certaines femmes migrantes répondent aux besoins du marché du travail d'emplois spécialisés, notamment dans le domaine de la santé, dans la vente au détail et le secteur manufacturier (33).

Les femmes sont confrontées à ce qu'on appelle : « le double désavantage ». Celles-ci doivent faire face aux difficultés des conditions d'emploi des personnes immigrées, comme expliqué dans les chapitres précédents, et aux obstacles du genre. L'analyse de Rubin s'intéresse à la position et au niveau d'intégration des femmes migrantes au sein du marché de l'emploi de l'Union européenne. L'étude montre que par rapport aux hommes migrants, celles-ci sont touchées, de manière plus importante, par le chômage, le travail à temps partiel involontaire, les contrats de travail temporaires et une plus forte incidence de « régression de qualifications ». Ces éléments représentent des indicateurs des difficultés à intégrer les femmes migrantes au sein du marché du travail. D'autre part, l'analyse met en lumière des différences significatives entre Etats membres concernant les niveaux d'intégration de ces femmes (34).

Ainsi, des paramètres autres que la migration sont déterminants pour comprendre les désavantages des femmes migrantes face à l'emploi. Le rapport de l'Organisation internationale du travail sur les tendances de l'emploi des femmes constate que les normes sociales et les contraintes socioéconomiques exercent une influence considérable sur les rapports des femmes à l'emploi. Afin de pouvoir entrer sur le marché du travail, il faut tout d'abord désirer le faire. Cependant, d'autres contraintes comme l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, le statut marital, l'accès aux transports, les conformités aux rôles sexo-spécifiques ainsi que les préférences et les attentes des hommes comme des femmes sur le marché du travail, représentent des entraves non négligeables sur le taux d'activité des femmes. Ainsi, lorsque ces dernières intègrent le marché de l'emploi, elles risquent de travailler un plus grand nombre d'heures non rémunérées, en comparaison avec les hommes, car elles consacrent plus de temps qu'eux aux tâches domestiques et aux activités de soins. De cette manière, face à l'emploi rémunéré, elles travaillent en moyenne moins d'heures car elles choisissent ou on ne leur propose que des emplois à temps partiel (35). Le travail de Rubin donne un exemple concret en expliquant que pour une femme, avoir un enfant de moins de 5 ans réduit considérablement sa participation au marché de l'emploi. L'étude va encore plus loin et suggère que des freins autres que le niveau d'éducation, le nombre d'enfants et la disponibilité à travailler influencent l'accès et les rapports à l'emploi. Des obstacles structurels et systémiques sont également à prendre en considération tels que l'insuffisante mise à disposition de logements adaptés dans des espaces permettant de plus

grandes chances d'emploi, des droits restreints concernant l'accès à des services publics essentiels et la discrimination à l'embauche basée sur la nationalité, l'ethnicité, la religion ou le genre (34).

2.4 Le contexte suisse et genevois

Nous venons d'avoir un aperçu sur ce que la littérature nous dit sur l'influence de la régularisation et du genre sur les rapports des personnes immigrées face à l'emploi et à la santé du travail. La suite du travail propose de continuer et pousser cette réflexion au sein du contexte suisse et plus précisément genevois.

Aux alentours de la fin du 19^{ème} siècle, la Suisse passe à son tour, d'un pays d'émigration à un pays d'immigration. A cette époque, des réfugiés politiques espéraient obtenir l'asile. Après la fin de la deuxième guerre mondiale, les entreprises du pays cherchent de la main d'œuvre chez ses pays voisins pour faire face au manque de personnel local. Ces nouveaux travailleurs devaient retourner dans leur pays d'origine après un certain temps. Parallèlement à cela, de nombreuses personnes choisissent la Suisse comme pays d'accueil pour fuir les différentes guerres jusque dans les années 90 avec les conflits de l'ex-Yougoslavie (36).

Après une entrée sur le territoire, il existe différentes trajectoires pouvant être légales ou illégales. D'un côté, les immigré·e·s qui n'ont jamais acquis d'autorisation de séjour et qui sont donc arrivé·e·s sur le sol suisse de manière illégale ou avec de faux papiers. De l'autre côté, les immigrés qui résidaient en Suisse, à l'origine de manière légale, mais dont le titre de séjour a été révoqué ou n'a pas été renouvelé, et ont par conséquent continué à y vivre de manière illégale. Leur permis de séjour est donc lié à un motif précis comme le mariage, un contrat de travail ou des études (37).

Depuis les années 80, de plus en plus de personnes sans autorisation de séjour vivent au sein de la Confédération helvétique. Selon Morlock, on estime qu'entre 58'000 et 150'000 personnes demeurent en Suisse sans un permis de séjour (38).

La politique de migration suisse suit la tendance générale européenne. Cette dernière est axée sur la libre circulation des personnes provenant de l'Union européenne mais aussi sur la migration d'élites issues d'autres Etats (37). L'autorisation de travailleur·euse·s immigré·e·s venant de pays tiers est restreinte aux personnes qualifiées. Après les accords conclus entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne et/ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Il est très rare d'observer des citoyen·ne·s de l'UE/AELE résider en Suisse sans autorisation de séjour valable. Conjointement à cela, des mesures politiques ont été prises afin de surveiller et contenir l'immigration provenant de pays tiers et limiter l'immigration illégale. A l'issue de l'accord d'association à l'espace Schengen et la mise en place d'adaptations législatives correspondantes, l'admission des citoyen·ne·s de la plupart des pays tiers non européens, par l'octroi de visas, a été fermement resserrée. De plus, d'importants contrôles douaniers aux frontières ont été mis en place vers l'intérieur du territoire mais également vers les frontières extérieures de l'UE. Ainsi, les personnes peuvent circuler plus facilement au sein de l'UE et les contrôles dans les zones proches des frontières, ont augmenté. En parallèle à cela, la loi fédérale contre le travail clandestin a également généré une augmentation des contrôles à l'intérieur du pays tout en observant une intensification générale des échanges de données et d'informations entre les différentes autorités étatiques. Au niveau fédéral, la problématique de l'illégalité est examinée par les autorités politiques et législatives sous l'aspect réglementaire de la lutte contre la migration illégale. De ce fait, une légalisation du séjour des personnes en situation irrégulière, au moyen d'une réglementation collective, n'a jamais été susceptible de réunir une majorité politique en Suisse. La pratique décisionnelle concernant la réglementation relative à l'autorisation de séjour humanitaire,

octroyée dans des «cas individuels d'une extrême gravité », notamment les cas de rigueur exceptionnels, a évolué de manière plus restrictive (37).

Genève abrite probablement près de 13'000 personnes en situation irrégulière, ce qui correspond à 27 immigré·e·s pour 1000 personnes (38). Au sein du canton, la question des personnes en situation irrégulière est souvent au centre des débats publiques entre le secteur associatif les représentants et les autorités cantonales.

L'opération Papyrus révélée le 21 février 2017 et ayant pris fin le 31 décembre 2018, instaurée par l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM), le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM) et les associations genevoises de soutien aux sans-papiers, devient le premier programme de régularisation structuré de personnes en situation irrégulière mis en œuvre en Suisse. L'opération souhaite « régulariser des travailleurs sans-papiers bien intégrés et résidant depuis plusieurs années dans le canton » (39) et lutter contre la sous-enchère salariale et le travail clandestin (17). Celle-ci repose sur les articles 30 al. 1 let. b de la Loi fédérale sur les étrangers et 31 de l'Ordonnance lié à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative (40). Ainsi, elle s'intègre conformément au cadre légal existant. Chaque demande de régularisation de séjour a été étudiée de manière individuelle par le canton et le SEM et doit remplir des critères précis et cumulatifs en relation avec la période de séjour (10 ans pour les personnes sans enfants scolarisés et 5 ans pour les personnes avec enfants scolarisés), l'absence d'antécédents pénaux, l'intégration avec une connaissance du français (niveau A2 du cadre européen commun de référence pour les langues), l'emploi et une indépendance financière (39).

C'est dans ce cadre que naît l'étude Parchemins, une étude interdisciplinaire et longitudinale, lancée en 2017 par l'Université de Genève (UNIGE) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). La Prof. Claudine Burton-Jeangros, sociologue au département de sociologie de l'UNIGE et le Prof Yves Jackson, médecin et responsable de la CAMSCO (Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires aux HUG) codirigent tous deux l'étude et sont assisté·e·s par Aline Duvoisin, démographe au Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités, à l'Université de Genève. L'étude cherche, en combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, à mesurer l'impact « de la régularisation via l'Opération Papyrus sur la santé et les conditions socio-économiques des migrant·e·s sans-papiers à Genève. » (41). Pendant 4 ans, cette dernière va suivre le parcours de 400 personnes séjournant à Genève en situation irrégulière et dont la moitié a initié une procédure de régularisation à travers Papyrus. Tout d'abord l'étude cherche à comparer l'état de santé des personnes en situation irrégulière à celui du reste de la population. Dans un deuxième temps, celle-ci tente d'observer les différents changements induits par la régularisation dans le quotidien des migrant·e·s ayant obtenu un permis et celui des personnes non régularisées (groupe contrôle). En produisant la première évaluation complète et longitudinale mesurant les effets d'une politique publique face à l'immigration irrégulière en Europe, l'étude acquiert une dimension innovante ainsi qu'une source d'information précieuse sur un phénomène d'échelle mondiale.

3. Méthodologie

3.1 Approche choisie : méthode mixte

Avant de présenter nos différents résultats et répondre à nos interrogations, il est important de décrire précisément la démarche employée pour collecter ces informations et les analyser. Ce travail s'inscrit dans une démarche à la fois quantitative et qualitative. En effet, afin de mieux cerner la complexité de la problématique ainsi que sa nature multidimensionnelle, il nous a semblé judicieux de combiner des méthodes. Celles-ci offrent la possibilité d'étudier un sujet avec une méthodologie alternative et plus compréhensive face à ce qui aurait pu être réalisé de manière individuelle par la recherche qualitative ou quantitative (42).

Concernant l'analyse quantitative, cette dernière fait référence à : « l'ensemble des méthodes et des raisonnements utilisés pour analyser des données standardisées (c'est-à-dire des informations dont la nature et les modalités de codage sont strictement identiques d'un individu ou d'une situation à l'autre.) ». Les données peuvent provenir de différentes sources comme l'enquête par questionnaire, le codage de documents d'archives, de dossiers administratifs, de sources sonores ou visuelles. L'analyse quantitative fournit des informations chiffrées comme des pourcentages, des probabilités, des effectifs ou des ratios (43). Les statistiques descriptives visent à transformer la multiplicité des observations en une ou quelques informations (44). Le but étant de réduire le nombre d'observations pour rendre l'information plus accessible.

L'approche qualitative fait référence à l'étude d'un ou de quelques cas singuliers. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer. Celle-ci cherche à rassembler des données le plus souvent verbales comme le discours ou encore des observations ou des données historiques. L'étude de cas est souvent identifiée comme le type de démarche le plus représentatif de la recherche qualitative (45). Pope et Mays définissent son but comme étant : « le développement de concepts qui nous aident à comprendre des phénomènes sociaux dans des paramètres naturels en mettant l'accent sur les opinions, les expériences et les points de vue de tous les participants » (46). Durant de nombreuses années, la recherche qualitative s'est vue désignée comme n'étant pas suffisamment « scientifique ». Aujourd'hui, elle est utilisée dans de nombreuses disciplines autres que l'anthropologie ou la sociologie comme dans la médecine générale. Les deux approches sont souvent définies en opposition. Or, dans les faits l'opposition fait place à la complémentarité. Les deux répondent à des logiques semblables, notamment celle de la rigueur scientifique. Toutes deux doivent incessamment se questionner concernant : « la question de la représentativité des résultats obtenus, de la tendance des informations qui appartiennent à l'ensemble étudié, le rapport entre cette tendance et les spécificités des individus à partir desquels elle est dégagée, la cause des variations observée et celle de l'abstraction » (47).

Les méthodes mixtes sont donc l'utilisation des deux approches citées ci-dessus dans un seul et unique projet de recherche. Intuitivement, des chercheur·euse·s de différentes disciplines, ont associé les méthodes quantitatives et qualitatives dans leur méthodologie de recherche depuis de nombreuses années, notamment en sociologie et en psychologie (48). Néanmoins, ce n'est que récemment, que cette association a été conceptualisée. L'aspect central de la définition de « méthodes mixtes » repose donc sur le terme « mixte » qui fait référence au processus par lequel les éléments quantitatifs et qualitatifs sont rattachés afin de produire un récit plus complet de la question de recherche (49). L'utilisation des méthodes mixtes permet : une vue d'ensemble d'un phénomène à travers une description globale et compréhensive, une vérification des résultats trouvés en passant d'une méthode à l'autre, un développement mutuel lorsqu'une méthode est améliorée ou facilitée par l'autre, une émancipation ou le don d'une voix à des personnes normalement marginalisées en recherche (49).

3.2 Formation de l'échantillon d'analyse

Le meilleur moyen pour obtenir une vue d'ensemble de la situation du marché de l'emploi à Genève et des rapports à l'emploi et à la santé du travail, des hommes et des femmes en situation irrégulière et celles ayant fait l'objet d'une régularisation de leur statut de séjour via l'opération Papyrus, est de reprendre les informations que ces personnes ont partagé lors de l'étude Parchemins.

Dans ce travail, nous allons utiliser, pour la partie quantitative et qualitative, la base de données de la première récolte de données (vague 1) de l'étude parchemins effectuée entre novembre 2017 et octobre 2018, qui recense 464 participant-e-s. Les critères d'inclusion de l'étude se regroupent de la manière suivante : les personnes doivent être majeures et d'origine tierce à l'UE ou à l'AELE, avoir vécu au minimum 3 ans sans permis de séjour à Genève, prévoir de rester à Genève pour au minimum 3 ans et ne pas être enregistrées comme requérant d'asile. Concernant le recrutement des participant-e-s, ce dernier s'est étendu sur plusieurs semaines et dans différents lieux comme la CAMSCO et des organisations telles que les syndicats Unia, SIT, le CCSI (Centre de Contact Suisses-Immigrés) ou encore Caritas. Pour la partie quantitative, l'étude a administré un questionnaire standardisé en face-à-face aux 2 groupes (régularisés et non-régularisés) et dans les 4 langues les plus courantes au sein du réseau d'immigration genevois : français, anglais, espagnol et portugais. Parallèlement à cela, pour la partie qualitative de l'étude, des entretiens détaillés semi-directs sont mis en place pour récolter des données avec une trentaine de personnes. Ces derniers permettent de récolter des données plus précises et minutieuses sur le vécu de ces personnes. Les interviews sont enregistrées et ensuite retranscrites (16).

Concernant l'échantillon que nous allons utiliser, les femmes représentent 71.8 % de l'échantillon quantitatif et différentes origines y sont réunies : Amérique latine (63.6%), Asie (20%), Europe de l'est (8.6%) et Afrique (7.8%). L'âge médian des intervenant-e-s est de 47.5 ans. En outre, 32.1% d'entre eux-elles ne possèdent pas de permis de séjour, alors que 67.9% ont lancé les démarches et présenté une demande de régularisation à travers l'Opération Papyrus. Cette dernière peut avoir aboutie et débouché sur un Permis B ou être en cours d'inspection par les autorités compétentes. A propos de l'échantillon qualitatif, les caractéristiques sociodémographiques des participant-e-s citées ci-dessus, sont relativement semblables.

3.3 Utilisation des données

Afin de procéder à l'analyse de cet échantillon, nous commencerons par la partie quantitative. Nous effectuerons des statistiques descriptives au moyen du programme Stata. Baccini définit les statistiques descriptives multidimensionnelles comme étant : « l'ensemble des méthodes de la statistique descriptive (ou exploratoire) permettant de traiter simultanément un nombre quelconque de variables ». Ces méthodes étant intégralement descriptives, elles ne supposent, à priori, aucun modèle sous-jacent de type probabiliste (50). En effet, celles-ci vont nous permettre de synthétiser les données, de les comprendre et de finalement les présenter. Les statistiques descriptives, nous permettront à travers différents outils comme les pourcentages, les moyennes, les graphiques et les tableaux, de mieux cerner, appréhender et décrire un phénomène social précis (51). Pour revenir plus en détail sur notre analyse, nous avons centré celle-ci sur deux variables : le sexe et le statut légal. De ce fait, pour la deuxième, nous avons créé la variable « statut légal » pour différencier les personnes déclarées auprès des autorités et celles qui ne le sont pas. Ainsi, nous avons fait référence aux personnes déclarées auprès des autorités en utilisant la catégorie « visibles » et pour les personnes n'étant pas déclarées nous avons utilisé la classification « invisibles ». Finalement,

pour la réalisation de nos tableaux, nous avons utilisé SPSS et Excel afin d'obtenir des tableaux harmonieux mettant en lumière nos résultats.

Parallèlement, nous incluons au sein même du travail, une analyse de contenu pour la partie qualitative. D'après Bardin, l'analyse de contenu est : « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés »(52). Selon elle, Il ne s'agit pas d'un instrument mais d'un éventail d'outils ; ou plus précisément d'un même outil mais marqué par une grande disparité dans les formes et adaptable à un champ d'application très étendu : les communications. »(53). Nous suivrons une analyse de type déductive, étant donné que les thèmes analysés avaient déjà été pensés à l'avance. Différents matériaux peuvent être utilisés dans l'analyse de contenu comme des enquêtes, des journaux, des témoignages ou des discours politiques. Dans ce cas présent, nous analyserons des interviews. L'analyse de contenu se divise en 3 parties : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et l'interprétation ou l'inférence (54). De ce fait, nous commencerons l'analyse de contenu par l'organisation d'un plan d'analyse afin de structurer toute l'information mise à disposition. Nous poursuivrons en affectant aux données une signification en lien avec la problématique sans déformer et altérer le texte original. Pour finir, grâce à l'interprétation, nous présenterons une lecture neutre s'appuyant sur les résultats trouvés.

Les résultats sont soumis à des tests statistiques afin de tester et possiblement exclure l'hypothèse nulle qui insinuerait l'absence de relation entre 2 variables. Le test du Chi-carré est utilisé pour vérifier l'hypothèse nulle d'absence de relation entre 2 variables catégorielles, c'est-à-dire des variables qui prennent pour valeur des catégories ou modalités (55). Autrement dit, le test examine l'hypothèse d'indépendance de ces variables. Les valeurs sont donc indépendantes, elles n'apparaissent qu'une seule fois dans le tableau et les catégories des variables sont mutuellement exclusives. Concurrément, lorsque la distribution des moyennes de l'échantillon ne suit plus une forme normale, le test t pour échantillon unique est employé pour vérifier si la moyenne d'un échantillon pour une variable précise est « probable » ou « improbable ». Tout ceci en supposant que cette moyenne provient d'un échantillon qui a été tiré au hasard d'une population dont nous connaissons la moyenne mais pas l'écart-type (56). Pour jauger la qualité statistique de nos résultats nous utiliserons la valeur P (p-value). Nous accordons la légende suivante pour représenter la significativité statistique des relations entre les variables : *** p-valeur<0.01; ** p-valeur<0.05; * p-valeur<0.1; n.s. non significatif.

4. Résultats

4.1 Situation sur le marché de l'emploi genevois

4.1.1 Individu-e-s actif-ive-s /inactif-ive-s professionnellement

Pour commencer notre analyse, il est important pour la suite, de distinguer au sein de notre population globale (N=464), le nombre de participant-e-s actif-ive-s sur le marché de l'emploi genevois. Le premier tableau (tableau 1.1), nous offre un constat initial. En effet 90.9% des personnes ont un emploi (salariés ou indépendants). Les personnes visibles sont en grande majorité actives (96.7%). 94.5 % des femmes et 81.7% des hommes sont actif-ive-s. Les personnes inactives sont, pour la plupart, des hommes et des personnes en situation irrégulière. On remarque que les différences de genre et de statut légal sont statistiquement significatives. Une des explications possibles face à ce constat est que l'une des conditions d'éligibilités de l'opération Papyrus incluait l'obligation d'avoir un emploi déclaré et une indépendance financière. De cette manière, pour être régularisé, une activité financière permettant une stabilité économique, était nécessaire pour déposer une candidature. Ceci explique pourquoi la majorité des personnes « visibles » sont actives professionnellement.

« Alors, au niveau de travail, il y a beaucoup beaucoup de personnes que je connais, qui n'ont pas de travail. Oui... ce n'est pas de périodes ou des statistiques, non, il dit le chômage il est à cette pourcentage, mais... il y a beaucoup de monde qui transite entre le Portugal, l'Espagne... même de compatriotes qui sont espagnol et ils viennent en Suisse pour travailler quelques mois » « Mais c'est difficile pour avoir des contrats de travail et tout ça, sans... parce qu'il y a peur de la part des patrons aussi. » Pablo, 47 ans

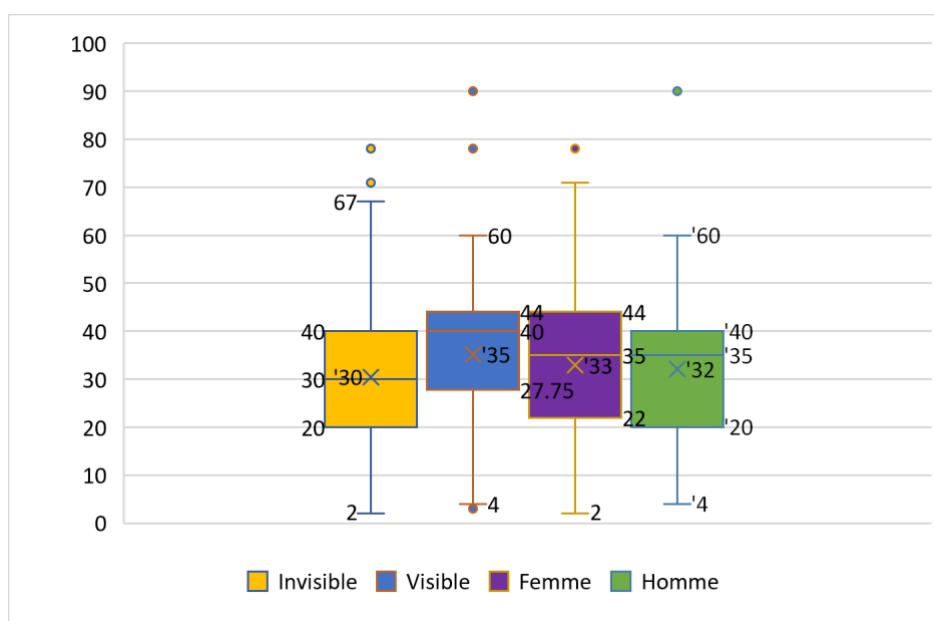
Tableau 1.1 : Participant-e-s actif-e-s/inactif-ive-s professionnellement en fonction du statut légal et du sexe

N=464	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Inactifs	42 (9.1)	35 (14.0)	7 (3.3)	18 (5.5)	24 (18.3)
Actifs	418 (90.9)	215 (86.0)	203 (96.7)	311 (94.5)	107 (81.7)
Total	460 (100)	250	210	329	131
Test du Chi-2			***		***

4.1.2 Nombre d'heures de travail

Comptabiliser le nombre d'heures de travail réalisées s'est avéré être un défi laborieux. Dans la réalité, ce qui ressort des questionnaires est le fait que les participant-e-s travaillent souvent sur appel ou de manière irrégulière. Ceci s'explique par le type d'emploi occupé ainsi que le secteur d'activité dont nous parlerons plus en détails prochainement. Tout d'abord nous avons supprimé de notre échantillon les personnes n'ayant pas d'emplois. Ce qui réduit le nombre d'intervenant-e-s à 418 au lieu de 464. Une personne travaillait mais était incapable de nous rapporter les informations concernant le nombre d'heures travaillées et a été considérée comme une donnée manquante. Les heures de travail effectuées par semaine varient fortement, entre 2 et 70 heures et ce même entre personnes déclarées ou non (figure 1.1). Les personnes « visibles » travaillent, en moyenne, 35 heures par semaines contrairement aux personnes « invisibles » qui travaillent 30 heures. Il y a donc une différence statistiquement significative.

Figure 1.1 : Heures d'emploi en fonction du statut légal et du sexe



Ce plus faible taux d'activité met en avant un des obstacles empêchant les personnes « invisibles » de déposer un dossier de régularisation à travers l'opération Papyrus. Par ailleurs, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'heures de travail effectuées par les femmes et par les hommes. Cependant, il est important de soulever, que ces heures ne comprennent pas les temps de déplacements non payés dû à l'addition de différents employeurs à temps partiel. Ainsi, les personnes travaillant dans l'économie domestique, sont contraintes d'effectuer un certain nombre d'heures qui leur garantissent à la fin du mois, un salaire correct sans prendre en considération le temps de déplacement. Les femmes étant majoritaires dans le secteur, celles-ci y sont plus souvent confrontées.

« Je fais mes horaires. Du coup, je fais quelques heures pendant le matin. L'après-midi je fais quelques heures jusqu'à 16:00. Après ça me stresse le trafic, j'arrête. Et je repars le soir. Est-ce que c'est difficile d'avoir des horaires comme ça? Je préfère commencer à 08:00 du matin puis arrêter à midi, retourner et finir entre 17:00 et 18:00. Mais ce n'est pas possible, parce que entretemps entre 16:00 et 19:00 c'est très difficile à rouler à Genève. Dès fois je reste comme hier. Hier je suis restée... tous les jours ce n'est pas possible. C'est pour ça j'ai pris ce rendez-vous à 17:00 ce soir. » Karole, 55 ans

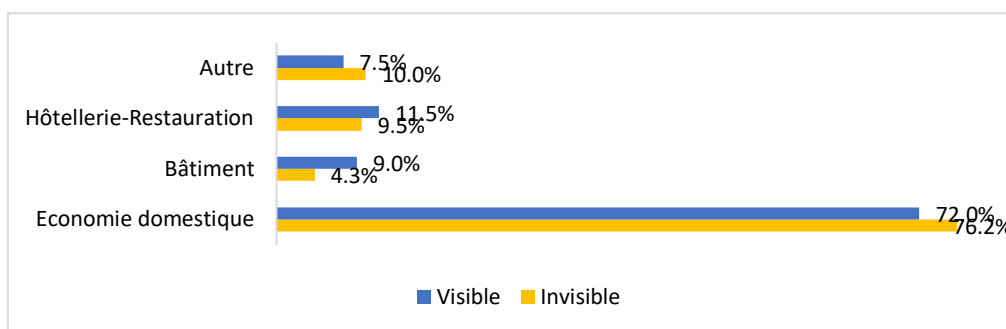
4.1.3 Secteurs d'activité professionnelle

La plus grande partie des personnes régularisées à travers l'opération Papyrus sont employées au sein du secteur de l'économie domestique.

« C'est vrai que quand je suis venue ici, je savais que je n'allais pas travailler dans mon métier. Je savais que je vais nettoyer comme ça...faire ça. J'aimerais, par exemple, maintenant de changer de travail, par exemple, si j'ai un permis. » Isabel, 59 ans

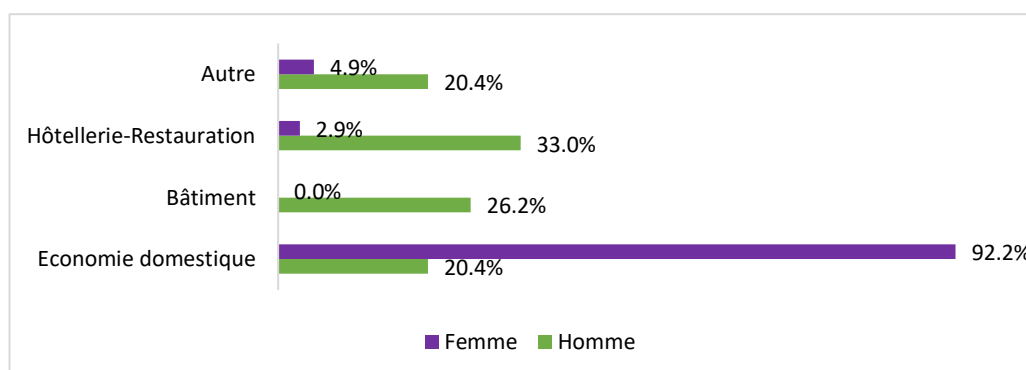
En effet, 76,2 % des personnes visibles y travaillent, suivi du secteur de l'hôtellerie-restauration et du bâtiment avec respectivement 11.5% et 9% (figure 1.2). Les autres 7.5% se rapportent au secteur tertiaire avec des emplois dans le domaine de l'esthétique, la coiffure, ou les entreprises de déménagement. Il y a une différence statistiquement significative entre les personnes « visibles » et « invisibles » (***).

Figure 1.2 : Secteurs d'activité en fonction du statut légal



Ceci n'est pas le cas entre les hommes et les femmes (n.s). La répartition des femmes dans ces différents secteurs est majoritaire dans celle de l'économie domestique (figure 1.3). 92.2% des femmes y sont employées contre 2.9% dans le secteur de l'hôtellerie-restauration et 4.9% dans d'autres secteurs. Celle des hommes est plus équitablement répartie. En effet, 33% des hommes travaillent dans le secteur de l'hôtellerie-restauration, suivi de 26% dans le secteur du bâtiment, 20.4% au sein de l'économie domestiques et 20.4% dans d'autres secteurs.

Figure 1.3 : Secteurs d'activité en fonction du sexe

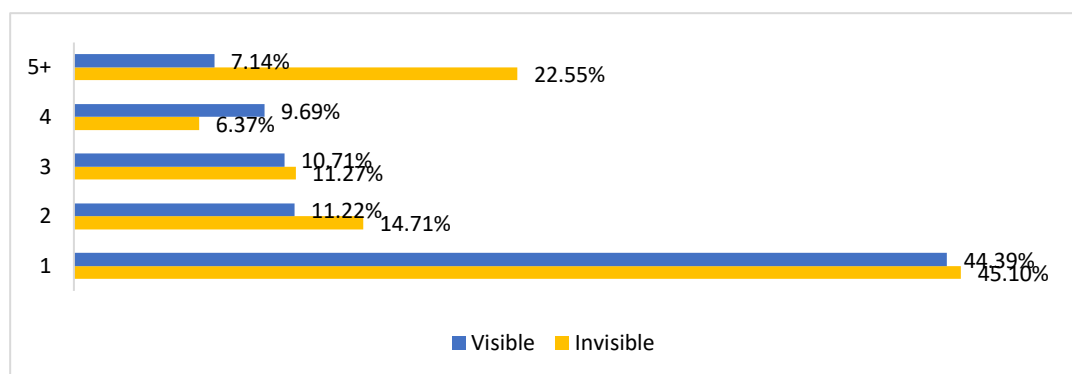


« Maintenant ça fait 8 ans que je travaille dans le bâtiment. J'ai commencé 2010, j'ai fait une petite formation, une formation en Italie. J'ai eu une opportunité d'aller en Italie faire une petite formation. Et puis, moi j'ai connu des Brésiliens ici qui travaille dans le chantier et qui me donné l'opportunité d'apprendre les choses. » Luis, 36 ans

4.1.4 Nombre d'employeur-euse-s

En ce qui concerne le nombre d'employeur-euse-s, nous avons modifié notre échantillon afin de prendre en considération uniquement les personnes salariées. L'échantillon est donc réduit à 400 participant-e-s. Ainsi, 12 individu-e-s. sont indépendant-e-s. Concernant les salarié-e-s, 44% des personnes « visibles » et 45% des « invisibles » ont un-e seul-e employeur-euse (figure 1.4). Cependant, 22.5% des « invisibles » cumulent plus de 5 employeur-euse-s contrairement aux « visibles » qui ne sont que 7.14%. Les premiers combinent donc plus d'emplois que les personnes régularisées ou en procédure de régularisation.

Figure 1.4 : Nombre d'employeurs en fonction du statut légal

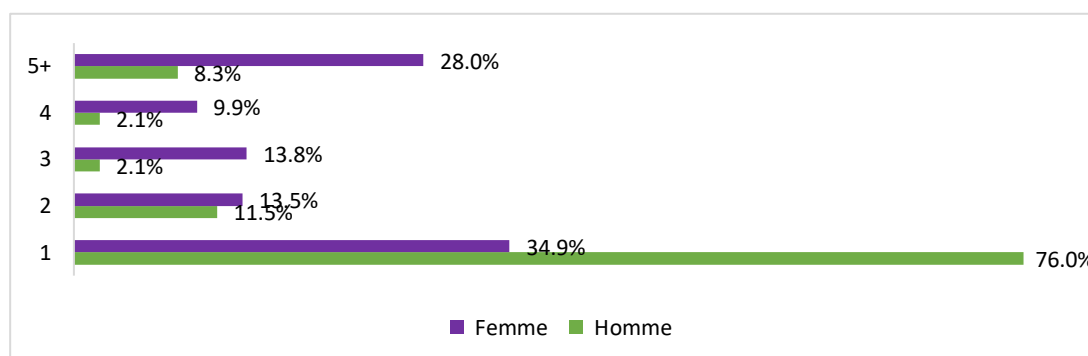


« Vous pensez quand même que c'est grâce au permis de séjour qu'ils vous ont proposé le travail plus stable ? Oui. Sans ça ce ne serait pas possible. Donc je suis déjà contente et reconnaissante, que j'ai quelque chose. Très vite aussi. C'est... un changement qui... Le travail que vous avez gardé est un de travaux que vous aviez avant ? Oui Et avant vous aviez combien d'employeurs plus ou moins ? Huit. Vous êtes arrivé jusqu'à huit » Maria, 50 ans

On observe donc un changement non significatif (n.s) entre la période sans permis B où les personnes cumulent plusieurs emplois et le moment où elles obtiennent un permis et diminuent le nombre d'employeurs.

En revanche, la différence de nombre d'employeur·euse·s est significative (***) entre femmes et hommes (figure 1.5). 76% des hommes ont un·e seul·e employeur·euse contre 34.9% de femmes et seulement 8.3% d'entre eux ont plus de 5 employeur·euse·s contre 28% d'entre elles. Ceci rejoint l'explication concernant les spécificités du secteur de l'économie domestique et la grande proportion de femmes qui y travaillent.

Figure 1.5 : Nombre d'employeurs en fonction du sexe

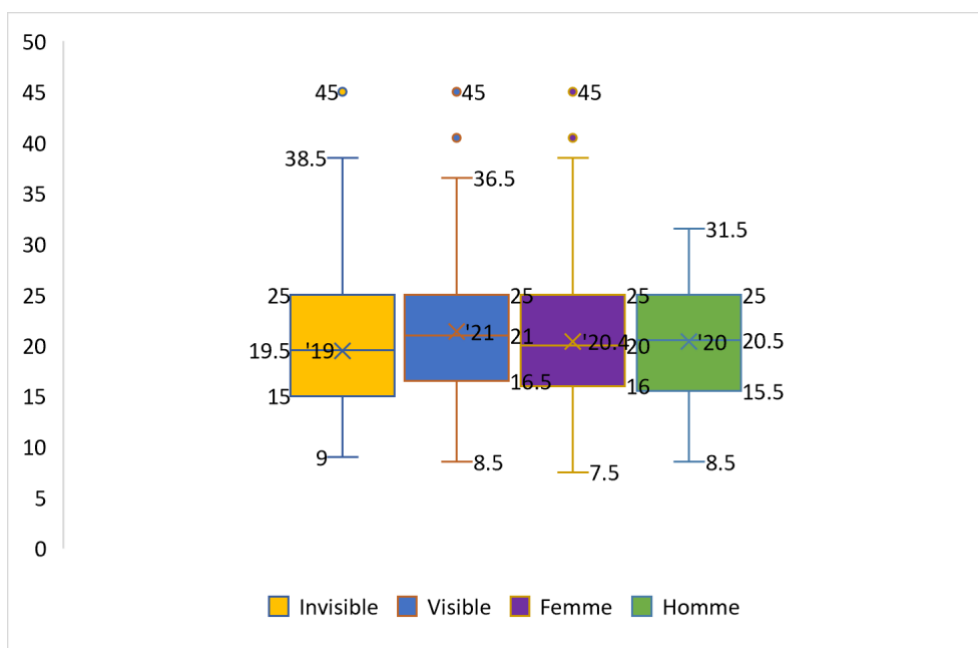


4.1.5 Salaire horaire

Les premières observations relatives au salaire-horaire révèlent, qu'en moyenne, une personne touche 20 CHF de l'heure (figure 1.6). Cependant, il existe une fourchette de salaire à l'heure considérable passant de 7.50 CHF de l'heure à 38 CHF. C'est pourquoi, il est non négligeable de préciser que les données et informations liées au salaire sont à considérer et à analyser avec précautions car la récolte de données est parsemée de fautes de mesures. Ce phénomène est particulièrement marqué lors d'enquêtes qui préconisent la participation des intervenant·e·s. Au sein du groupe de personnes « visibles et invisibles » la différence est statistiquement significative contrairement au groupe du « sexe ». En effet, dans le premier

groupe les personnes « visibles » sont mieux payées (21,35 CHF) que les personnes « invisibles » (19,40 CHF). De plus, la dispersion des valeurs concernant le salaire horaire, au sein de l'échantillon, est plus importante au sein des personnes « invisibles » que « visibles », tout comme les salaires les plus bas. Pour le sexe, il n'y a pas de différence statistiquement significative. Les femmes tout comme les hommes sont payé·e·s en moyenne 20 CHF de l'heure. On peut donc supposer que l'obtention d'un permis B s'accompagne d'une augmentation du revenu. Ceci s'expliquerait par un alignement graduel des employeur·euse·s vis-à-vis de la législation concernant les salaires minimaux, notamment dans l'économie domestique, engendrée par l'opération Papyrus. En outre, la régularisation d'une personne permet un contexte plus favorable à la négociation de salaire entre employeur·euse et employé·e en amenant un équilibre des rapports.

Figure 1.6 : Salaire horaire en fonction du statut légal et du sexe



« Avant, avec les personnes avec qui je travaillais, oui, parce que parfois ils donnaient beaucoup de travail...par exemple la patronne que j'avais avant, on a signé un contrat pour 8 heures de travail par jour, après je travaillais 11 heures, 12 heures chaque jour et ça n'a rien changé pour elle et je dis, "comment est-ce qu'elle a de l'argent pour tout mais pas pour payer?" Et ce n'est pas juste, ça je ne l'ai pas trouvé juste, que je dois travailler plus d'heures de travail pour le même salaire. On avait signé une chose, après c'était autre chose. Mais on a besoin, on doit le faire, on doit continuer...par rapport à ça. Par rapport aux autres choses, non parce que pour moi, je suis bien dans ma tête, il y a des personnes qui peuvent et il y a des personnes comme moi qui ne peuvent pas. » Carla, 40 ans

4.1.6 Taux d'emplois déclarés

Dans un souci de décrire de la manière la plus juste possible la proportion d'emplois déclarés aux assurances sociales, nous avons regroupé les réponses données en 3 catégories : aucuns emplois déclarés, emplois en partie déclarés, tous les emplois déclarés. En effet, certain·e·s participant·e·s se retrouvent dans le cas de figure où la majeure partie de leurs emplois est déclarée mais certains restent non conformes. Ainsi, 29,5% des participant·e·s ont répondu n'avoir aucun emploi déclarés, 27,2% d'entre eux déclarent avoir uniquement

une partie des emplois déclarés et 43,3% ont assuré déclarer tous leurs emplois (tableau 1.2). Les personnes « visibles » ont majoritairement tous leurs emplois déclarés (63.2%) alors que 50% des personnes « invisibles » n'ont aucun de leurs emplois déclarés. On constate donc une différence statistiquement significative. Tout comme pour le statut légal, une différence statistiquement significative est présente entre les hommes et les femmes. 30.8% de ces dernières, ne déclarent aucuns de leurs emplois. Seulement 35% d'entre elles ont tous leurs emplois déclarés. Les hommes déclarent tous leurs emplois en grande majorité (70.3%) et seulement 25.3% d'entre eux n'en déclarent aucuns.

Tableau 1.2 : Part d'emplois déclarés en fonction du statut légal et du sexe

N=400	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Aucun	115 (29.5)	100 (50.0)	15 (7.9)	92 (30.8)	23 (25.3)
En partie	106 (27.2)	51 (25.5)	55 (28.9)	102 (34.1)	4 (4.4)
Tous	169 (43.3)	49 (24.5)	120 (63.2)	105 (35.1)	64 (70.3)
Total	390 (100)	200	190	329	131
Test du Chi-2			***		***

On peut donc constater que la régularisation engendre, de manière générale, un impact positif sur l'adéquation et l'alignement des rapports à l'emploi. Cependant, cette influence positive est en grande partie réservée aux hommes qui travaillent dans des secteurs autres que l'économie domestique. Les femmes, qui y travaillent de manière prépondérante et qui ont donc plusieurs employeurs, doivent à nouveau faire face à ses difficultés. En raison du nombre important d'employeurs, il sera plus difficile de négocier une mise en conformité, avec ces derniers. Pour certains, la régularisation se traduit par une perte d'emplois ou dans une situation où une partie des emplois sont déclarés et d'autres pas.

« J'ai déjà perdu beaucoup de travail avec les patrons, à cause du permis... Oui, j'ai perdu quatre patrons. » « Quand même j'ai continué avec des patrons qu'ils savent que j'ai reçu le permis, mais qu'ils ont dit comme ça, "alors Rose, c'est comme ça, si tu veux continuer à travailler, on continue en noir, sinon tant pis, laisse tomber, je cherche quelqu'un et vous cherchez un autre travail" » Rose, 59 ans

4.2 Etat de santé de la population

4.2.1 Santé physique

Nous avons utilisé l'indicateur de santé-autoévaluée pour mesurer le niveau de santé de notre population. L'analyse se base sur 462 participant-e-s, dont 36.1% des individu-e-s se considèrent en bonne santé (tableau 1.3). Deux individu-e-s n'ont pas souhaité répondre aux questions concernant leur état de santé. Ainsi, 45% des personnes déclarées ou en cours de régularisation considèrent leur état de santé comme bon ou excellent. Seulement 28.7% des personnes invisibles se considèrent en bonne ou excellente santé. Il y a une différence statistiquement significative entre les personnes « visibles » et « invisibles ». Cependant, celle-ci n'est pas significative entre les hommes et les femmes. 35% de ces dernières et 38.9 % des hommes se considèrent comme étant en bon état de santé.

Tableau 1.3 : Santé physique en fonction du statut légal et du sexe

N=464	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Bon état de santé	167 (36.1)	72 (28.7)	95 (45.0)	116 (35.0)	51 (38.9)
Total	462 (100)	251	211	331	131
Test du Chi-2			***		n.s
Polymorbidité présente	81 (17.5)	54 (21.5)	27 (12.7)	69 (20.8)	12 (9.2)
Total	463 (100)	251	212	332	131
Test du Chi-2			n.s		**

D'autre part, 17.5 % des participant-e-s vivent avec plusieurs pathologies comme des problèmes cardiaques, respiratoires ou articulaires. Cette polymorbidité est statistiquement plus présente chez les personnes invisibles (21.5%) que chez les personnes visibles (12.7%) mais de manière non significative. Cette situation peut être due au fait que par manque de moyens, de temps ou par peur d'être confronté-e-s aux institutions, les personnes invisibles attendent le plus longtemps possible avant de consulter un médecin. Les femmes sont concernées par la polymorbidité à hauteur de 20.8% contre 9.2% chez les hommes. La différence est, dans ce cas de figure, statistiquement significative.

« Je ne savais pas que la maladie c'est...j'avais un virus à l'estomac. C'est ça que j'avais pris ici, je ne savais pas. C'est vrai qu'il y a des moments que je ne suis pas bien, mais je ne savais pas. Je n'avais jamais été chez le médecin, c'est ça. Et après que je suis arrivée là-bas je me suis sentie pire...que je pouvais aller chez le médecin à faire des examens et tout ça, c'est différent. C'est ça que je me suis dite, je vais faire des fois des traitements, et après ça va » Luciana, 41 ans

4.2.2 Santé psychique

Pour évaluer la santé psychique des participant-e-s, notre échantillon inclut 462 individu-e-s car deux personnes n'ont pas répondu. Nous avons utilisé l'outil : patient health questionnaire (PHQ9). Ce dernier nous est utile pour dépister et évaluer le niveau de sévérité de la dépression. Le PHQ9 est un instrument plus concis et accessible que beaucoup d'autres dispositifs de dépistage de la dépression (57). De plus, il peut être auto-administré. Nous avons recodé les résultats des scores du PHQ9 en 3 catégories : absence de dépression, dépression légère, dépression modérée à sévère. Il en résulte que 54.8% de l'échantillon ne présentent aucuns signes dépressifs, 14,5% montrent des symptômes de dépression légère et 8.9% témoignent des signes de dépression modéré à sévère (tableau 1.4). Les personnes « invisibles » semblent plus sujettes à un stade dépressif modéré ou sévère (26.4%) que les personnes « visibles » (9.4%). De la même manière, 21.1% des femmes de l'échantillon souffrent de dépression modérée ou sévère contre 12,3% des hommes. Dans les deux cas, on observe des différences statistiquement significatives au sein du statut légal et du genre.

« Ce période de dépression il est encore là. Mais elle n'est pas tout à fait terrible comme elle était avant. Même que j'étais dépressif, j'étais une époque que j'avais envie de suicide, je pensais des idées suicidaires, mais j'ai essayé quand même de faire le fitness, tout ça, de faire des promenades. Donc j'ai essayé de faire beaucoup de choses, de psychothérapie avec un thérapeute excellent. Ça m'a aidé beaucoup. » Martin, 42 ans

Le même système de recodage de score a été utilisé pour diagnostiquer et déterminer le niveau de sévérité d'anxiété. L'outil utilisé pour ceci est le Generalized Anxiety Disorder-7

(GAD-7) (58). Au total, 64.1% de l'échantillon ne présentent aucun symptôme d'anxiété, 21% manifestent une anxiété légère et 14.9% expriment une anxiété modérée à sévère (tableau 1.4). Tout comme pour la dépression, si 55.4% des personnes « invisibles » ne présentent aucun symptôme d'anxiété, ces dernières sont plus touchées par l'anxiété légère (22.3%), modérée ou sévère (22.3%) que les personnes « visibles » qui respectivement sont touchées à 74.4%, 19.4% et 6.2%. La majorité des femmes (52.1%) et des hommes (61.5%) ne présentent pas des symptômes d'anxiété. Cependant les femmes sont également plus touchées par l'anxiété sévère à modérée (16.3%) que les hommes (11.5%). Ici encore, surviennent des différences statistiquement significatives au sein du statut légal et du genre. Ces résultats peuvent sous-entendre que la perspective d'un permis B permet l'ouverture d'une situation stable à travers notamment un emploi stable, un logement adéquat qui engendreraient une réduction du stress et de la tension qui sont souvent responsables de l'expression de symptômes d'anxiété et de dépression.

Tableau 1.4 : Santé psychique en fonction du statut légal et du sexe

N=462	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Pas de dépression	253 (54.8)	110 (44.0)	143 (67.5)	173 (52.1)	80 (61.5)
Dépression légère	60 (14.5)	74 (29.6)	49 (23.1)	89 (26.8)	34 (26.2)
Dépression modérée à sévère	37 (8.9)	66 (26.4)	20 (9.4)	70 (21.1)	16 (12.3)
Total	462 (100)	250	212	332	130
Test du Chi-2			***		*
Pas d'anxiété	296 (64.1)	139 (55.4)	157 (74.4)	197 (59.5)	99 (75.6)
Anxiété légère	97 (21.0)	56 (22.3)	41 (19.4)	80 (24.2)	17 (13.0)
Anxiété modérée à sévère	69 (14.9)	56 (22.3)	13 (6.2)	54 (16.3)	15 (11.5)
Total	462 (100)	251	211	331	131
Test du Chi-2			***		**
Dépression autoévaluée	84 (18.2)	65 (26.0)	19 (9.0)	64 (19.3)	20 (15.4)
Total	462 (100)	250	212	332	130
Test du Chi-2			***		n.s

Il nous a semblé intéressant de comparer l'autoévaluation du niveau de dépression de notre échantillon, afin de voir comment chaque participant-e évalue son propre état de santé (très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais). Cette perception subjective est un indicateur fiable de l'état de santé de la population (59). Les participant-e-s se déclarent en état dépressif à 18.2%, les personnes « invisibles » à 26% contre 9% chez les « visibles » et 19.4% chez les femmes contre 15.4% chez les hommes (tableau 1.4). Il y donc toujours une différence statistiquement significative entre groupes liée au statut légal mais pas concernant le sexe. Ces résultats nous montrent une probable sous-estimation de la part des personnes interrogées de leur état de dépression. Ceci peut s'expliquer par un rapport à la maladie, et plus spécifiquement à la santé mentale particulier que nous développerons dans les prochains paragraphes.

4.2.3 Accès et recours au système de soins

Les prochains paragraphes vont nous permettre de cerner les rapports des personnes régularisées ou en situation irrégulière face à la santé, notamment en termes d'accès et de recours au système de soin. Le taux de personnes affiliées à une assurance maladie est de 30% (tableau 1.5). De ce fait, seul 13.1% des personnes « invisibles » ont une assurance maladie qui les couvrent en cas de problème de santé. Ce taux passe à 50% pour les personnes « visibles ». On a donc une différence statistiquement significative concernant l'affiliation à une assurance maladie face au statut légal des individu·e·s.

« En vivant sans permis de séjour. Aussi une autre peur qu'on a c'est quand on tombe malade, c'est des choses très, très importantes, je trouve. Quand on tombe malade et qu'on n'a pas le permis de séjour, on se dit... si c'est une grippe, j'irai à la pharmacie, je vais prendre un comprimé qu'ils vont me donner, ça va partir... un sirop si c'est la toux et ça va, mais si c'est une douleur, c'est autre chose. Par exemple, ça peut nous faire mal au ventre, des problèmes... je ne sais pas... quelque chose comme douleurs à une jambe, à un bras, une douleur qu'on support, que tous les soirs ça nous fait mal. Et puis, de ce qu'on a peur, c'est d'aller aux urgences si on a très, très, très mal pendant la nuit parce qu'une fois qu'on arrive, ils nous demandent la carte d'assurance et si on ne l'a pas... » Clara, 33 ans

Les femmes sont couvertes par une assurance maladie à 29.2% contre 32.1% chez les hommes. A nouveau, ce constat rejoint les différentes conclusions menées concernant le secteur domestique où les femmes sont majoritaires. Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le sexe dans ce cas de figure. Dans cette même logique de rapport à la santé, 34.8% des individu·e·s ayant participé aux entretiens affirment avoir accès à un médecin de famille. Chez les personnes « invisibles » ce taux ne dépasse pas les 25% et atteint les 47.4% chez les personnes « visibles ». Une différence statistiquement significative est présente concernant l'accès à un médecin de famille au sein du statut légal des individu·e·s. Ce qui n'est pas le cas pour le « sexe » où 34% de femmes et 36.9% d'hommes ont accès à un médecin de famille (tableau 1.5).

Tableau 1.5 : Accès et recours au système de soins

N=464	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Affiliation à une assurance maladie	139 (30.0)	33 (13.1)	106 (50.0)	97 (29.2)	42 (32.1)
Total	463 (100)	251	212	332	131
Test du Chi-2			***		n.s
Accès médecin de famille	161 (34.8)	61 (24.3)	100 (47.4)	113 (34.0)	48 (36.9)
Total	462 (100.0)	251	211	332	130
Test du Chi-2			***		n.s
Renoncement aux soins pour motif économique	124 (26.9)	85 (34.0)	39 (18.5)	100 (30.1)	24 (18.6)
Total	461 (100)	250	211	332	129
Test du Chi-2			***		**

Différentes raisons peuvent expliquer ce faible accès et recours au système de soins. Dans notre échantillon, 26.9% d'individu·e·s déclarent avoir renoncé à des soins de santé pour des motifs économiques (tableau 1.5).

« le plus difficile... le côté santé déjà. Tu dois faire très attention. Pour ne pas dépenser, pour ne pas tomber malade... ça peut vite grimper à 5'000.- le séjour à l'hôpital. Il ne faut pas faire des fractures et n'importe... il ne faut pas faire des bêtises, vous comprenez ? » Luis, 39 ans

La proportion de personnes « invisibles » y ayant renoncé pour ce motif s'élève à 34% contre 18.5% pour les personnes « visibles ». Les femmes y ont renoncé à 30.1% contre 18.6% pour les hommes. On retrouve une différence statistiquement significative face au renoncement aux soins pour des motifs économiques dans les deux cas de figure. Concernant le type de soins renoncé, celui-ci varie en fonction du statut légal et du sexe de la personne. Pour les personnes « invisibles », les principaux types de soin auxquels elles renoncent sont les soins dentaires et les médicaments (figure 1.7). On observe une différence statistiquement significative pour les soins chez le gynécologue, le dentiste et les médicaments. Pour les personnes « visibles » et les femmes, les principaux soins renoncés sont des visites chez un généraliste et des soins dentaires. Pour les hommes, il s'agit de frais pour des lunettes et également de soins dentaires (figure 1.8).

Figure 1.7: Type de soins renoncés en fonction du statut légal

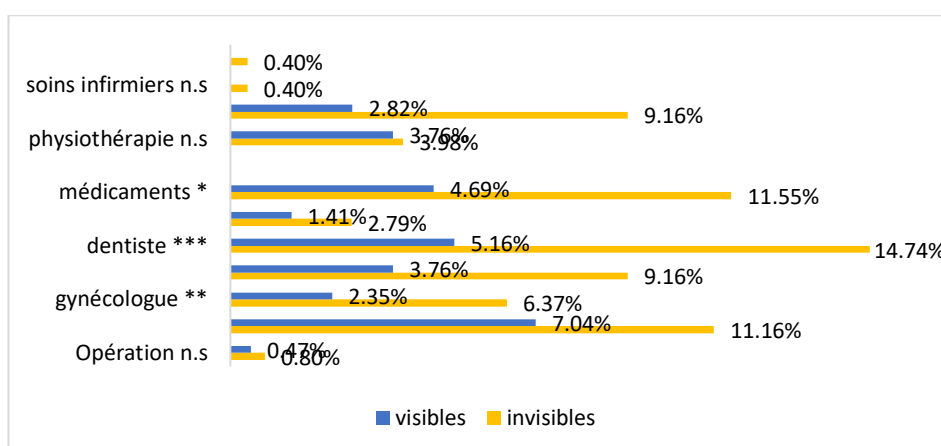
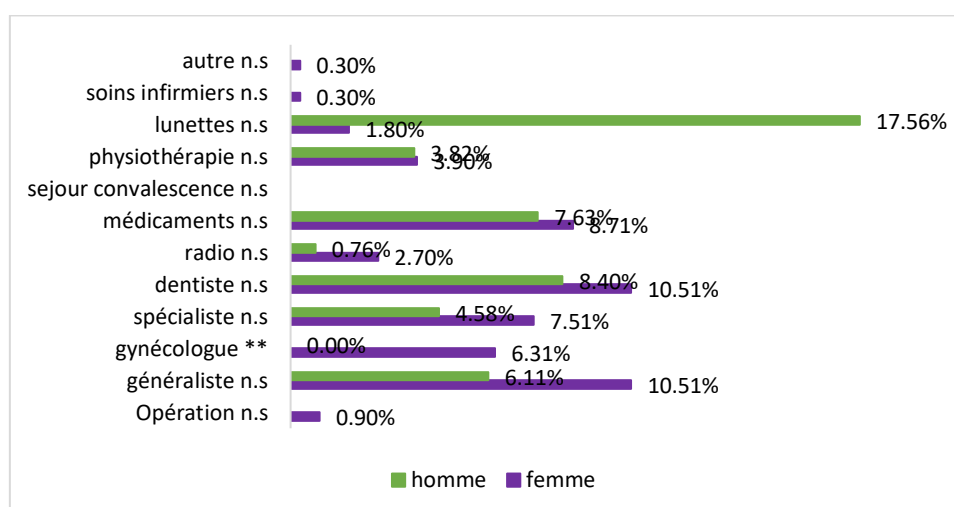


Figure 1.8: Type de soins renoncés en fonction du sexe



4.3 Conditions d'emploi et de santé au travail

4.3.1 Auto-évaluation de l'influence de l'emploi sur la santé

Tout d'abord, pour avoir un premier constat, nous nous sommes intéressé·e·s à l'avis des participant·e·s concernant la potentielle influence que pourrait avoir leur activité professionnelle sur leur santé. 58 personnes n'ont pas répondu à la question. Les réponses concernant l'influence du travail sur la santé ont été codifiées selon 4 modalités : aucune influence, influence positive, influence négative et influence positive et négative. Pour 48% des personnes interrogées, le travail n'exerce aucune influence sur la santé (tableau 1.6). Ce taux est légèrement plus élevé pour les personnes « visibles » (51%) que les personnes « invisibles » (45.2%). Ceci peut s'expliquer par des conditions de travail plus favorables chez les personnes déclarées et donc un impact plus faible sur la santé physique et psychique. Cela dit, on ne constate pas une différence statistiquement significative entre les deux. Les personnes « invisibles » indiquent même une influence positive du travail sur la santé à 22.1% contre 21.6% pour une influence négative. Ceci peut être interprété par le fait que leur activité salariale leur permette une certaine stabilité dans leur quotidien qui influence leur santé. Comme pour le statut légal, la majorité des femmes (49%) et des hommes (45.2%) considèrent que leur emploi n'a pas d'influence sur la santé. Cependant, contrairement au groupe précédent, on observe une légère différence entre les femmes qui considèrent que leur emploi exerce une influence négative sur leur santé (21.9%) et les femmes qui y voient une influence positive (20.2%).

« T'es plus exigé, t'es... je sens que je fais beaucoup de mouvements répétitifs dans mon travail que ça me... je sens maintenant un petit peu : les articulations... et les conséquences, rester début et tout ça, il y a des conséquences. Les hommes suivent la même tendance que le groupe du statut légal. »
Luis, 39 ans

4.3.2 Épuisement professionnel

Pour pousser l'analyse plus loin concernant les rapports à l'emploi et à la santé au travail des participant·e·s, nous avons tenté d'évaluer leur épuisement professionnel (burnout) à travers le test d'inventaire de burnout de Maslach (MBI). Ce dernier, est un test d'évaluation psychologique nous permettant de déterminer le niveau d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de perte du sens de l'accomplissement de soi au travail (60). Nous avons regroupé les scores en 3 catégories standards : score bas, modéré, élevé. Pour cette variable, nous avons 49 valeurs manquantes. Les résultats nous montrent que 76.6% des participant·e·s présentent un score bas, 14,5% un score modéré et 8.9% un score élevé (tableau 1.6). Au sein du groupe différenciant le statut légal, les chiffres sont quasiment similaires cependant on remarque une augmentation du score Maslach élevé au sein des personnes « invisibles » (11.2%). A propos du groupe séparant le genre, les hommes obtiennent un score Maslach bas à 83.7% contre 74% chez les femmes. Cependant, ces dernières obtiennent un score Maslach élevé plus important (8.9%) que les hommes (6.7). Ainsi, même si la majorité des répondant·e·s présentent un score Maslach bas, les « invisibles » et les femmes sont plus touché·e·s par l'épuisement professionnel élevé.

« c'est à cause de ça que ma santé aussi a commencé à décliner. Car j'étais trop chargé. Je n'arrivais pas... avant j'avais beaucoup de travail... Mais après j'ai commencé à n'avoir pas d'énergie pour faire plein de choses... et aussi participer aux choses de l'église. Donc j'ai commencé à être malade à cause de ça aussi... ça m'a... ça m'a mis dans un cas trop critique de santé. » Jose, 42 ans

Ce constat général pose déjà la question de savoir comment ces personnes se représentent la maladie. Humeroze, dans son travail sur les représentations sociales de la santé nous montre que pour la plupart de ces personnes, la maladie se manifeste à travers le physique

(le corps) et provient de l'extérieur, de son environnement. Le mental est considéré comme un élément positif, pouvant faire la différence en cas de maladie et ne peut en aucun cas, selon elles, provoquer une maladie. Les rapports et la sensibilité à la santé mentale sont donc étroits (61).

Tableau 1.6 : Santé au travail en fonction du statut légal et du sexe

N=464	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Pas d'influence	195 (48.0)	94 (45.2)	101 (51.0)	148 (49.0)	47 (45.2)
Influence positive	89 (21.9)	46 (22.1)	43 (21.7)	61 (20.2)	28 (26.9)
Influence négative	88 (21.7)	45 (21.6)	43 (21.7)	66 (21.9)	22 (21.2)
Influence positive et négative	34 (8.4)	23 (11.1)	11 (5.6)	27 (8.9)	7 (6.7)
Total	406 (100)	208	198	302	104
Test du Chi-2			n.s		n.s
Score Maslach bas	317 (76.6)	162 (75.7)	155 (77.1)	230 (74.0)	87 (83.7)
Score Maslach modéré	60 (14.5)	28 (13.1)	33 (16.4)	51 (16.4)	10 (9.6)
Score Maslach élevé	37 (8.9)	24 (11.2)	13 (6.5)	30 (9.6)	7 (6.7)
Total	415 (100)	214	201	311	104
Test du Chi-2			n.s		n.s
Aucun risque	11 (2.6)	6 (2.8)	5 (2.5)	10 (3.2)	1 (1.0)
1-2 risques	74 (17.8)	41(19.2)	33 (16.3)	62 (19.9)	12 (11.4)
3 risques et plus	331 (79.6)	167 (78.0)	164 (81.2)	239 (76.8)	92 (87.6)
Total	416 (100)	214	202	311	105
Test du Chi-2			n.s		*

4.3.3 Exposition aux risques physiques

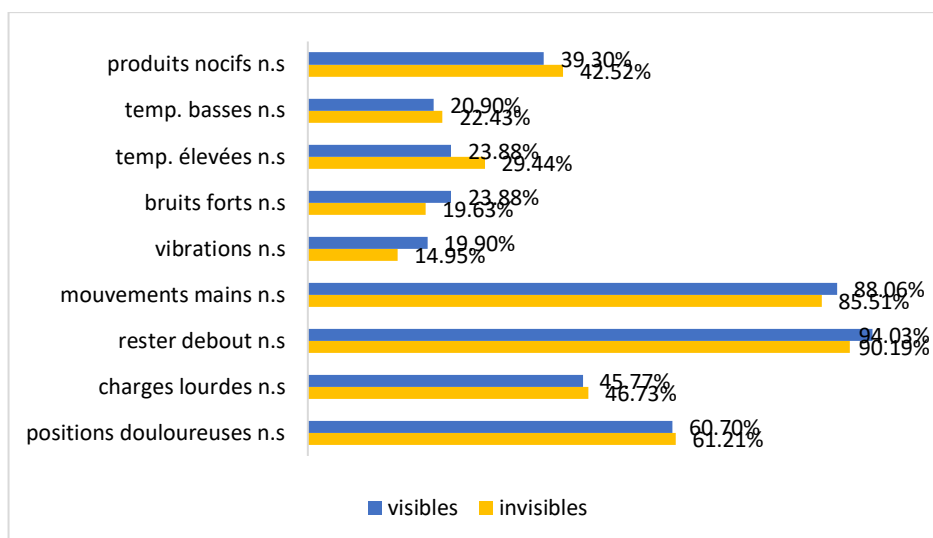
Nous nous sommes intéressé-e-s aux différents risques auxquels notre échantillon pouvait être confronté au quotidien. Ce dernier comprend 48 valeurs manquantes. Les différentes expositions possibles regroupaient : les produits nocifs, les différences de températures, l'exposition aux puissants bruits et vibrations, les mouvements répétitifs de la main, le fait de rester debout, les charges lourdes ainsi que les positions douloureuses. Les résultats concernant l'exposition à plusieurs risques dépassent les 100% car les participant-e-s avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses. Les résultats sont surprenants car 79.6% de l'échantillon déclarent être exposés à plus de 3 risques contre 17.8% à 1 ou 2 risques et 2.6% à aucun risque (tableau 1.6).

« *Oui, comme tous les travaux il y a des risques. On n'est pas à l'ombre nul part pour ça.* » Francisco, 48 ans

Ce constat est encore plus marqué pour les personnes « visibles » qui sont exposées à plus de 3 risques à 81.2%. Il n'existe pas de différence statistiquement significative pour le groupe concernant le statut légal mais ceci n'est pas le cas pour le groupe sur le sexe qui présente

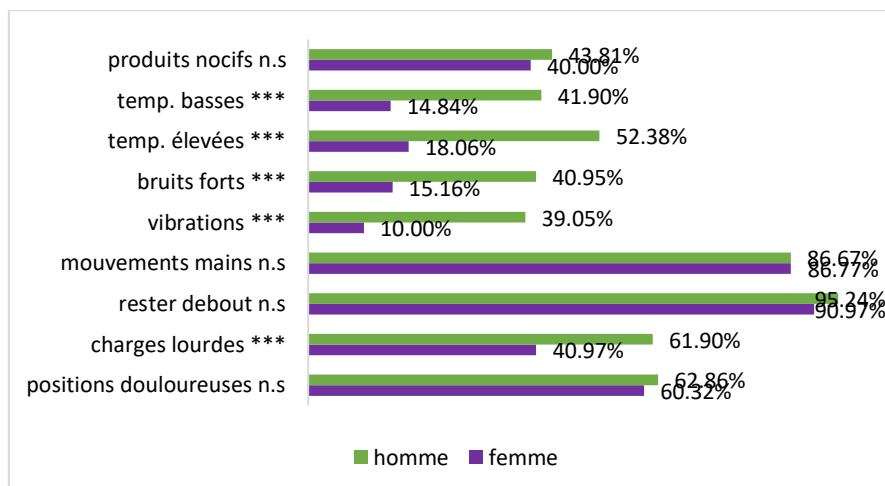
une différence significative. Les risques les plus énumérés par ces dernières sont : le fait de rester debout (94%), les mouvements répétitifs de la main (86.8%) et les positions douloureuses (60.7%) (figure 1.9). Il n'y a pas de relation statistiquement significative au sein des risques concernant le statut légal (n.s).

Figure 1.9 : Type de risques physiques en fonction du statut légal



Les hommes étant plus souvent employés dans les secteurs du bâtiment ou de la restauration qui regroupent un certain nombre des risques énumérés, ceux-ci sont concernés à 87.6% par une exposition à plus de 3 risques (tableau 1.6). Les expositions les plus citées sont : le fait de rester debout (95.2%), les mouvements de la main répétitifs (86.7%) suivis des charges lourdes (61.9%) et des températures élevées (52.4%). Les femmes sont exposées à plus de 3 risques à 76.8% (tableau 1.6). Celles-ci sont majoritairement touchées par des risques comme le fait de rester debout (91%), les mouvements répétitifs de la main (86.8%), les positions douloureuses (60.3%) et l'utilisation de produits nocifs (40%) (figure 1.10). Des différences statistiquement significatives existent pour les températures, les bruits forts, les vibrations et les charges.

Figure 1.10 : Type de risques physiques en fonction du sexe



« Babysitting, s'occuper du chien, nettoyer la maison et parfois repasser...quelque chose comme ça. Je repasse pendant 3 heures... [elle bouge la main pour montrer comme c'est dur] C'est rester debout pendant 3 heures » Claire, 60 ans, [traduit de l'anglais]

Ce résultat met bien en avant les types de pénibilités présents dans le secteur de l'économie domestique. Il n'existe pas de différence significative pour le groupe concernant le statut légal mais ceci n'est pas le cas pour le groupe sur le sexe qui présente une différence statistiquement significative.

4.3.4 Accidents de travail

Après avoir pris conscience d'un tel constat concernant le taux d'exposition à ces différents risques des personnes interrogées, nous souhaitons savoir ce qu'il en est concernant le taux d'accident au travail. Notre échantillon atteint les 463 réponses avec une seule personne n'ayant pas répondu à cette question. Ainsi, 3,2% de l'échantillon total indiquent avoir eu un accident au travail (tableau 1.7) ce qui peut s'avérer un faible taux par rapport à celui d'exposition. Pour les personnes en situation irrégulière, ce taux varie sensiblement pour atteindre les 3.6% contre 2.8% pour les personnes en voie de régularisation ou régularisées. Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative. Cependant, 6.9% des hommes ont répondu avoir eu un accident de travail contre seulement 1.8% chez les femmes.

Tableau 1.7: Accident de travail en fonction du statut légal et du sexe

N=463	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Accident au travail	15 (3.2)	9 (3.6)	6 (2.8)	6 (1.8)	9 (6.9)
Total	463 (100)	251	212	332	131
Test du Chi-2			n.s		*

« Je reste trois mois, en arrêt du médecin, tu sais, à cause de... j'ai un peu mal, mal au dos. Oui je l'ai blessé sur le chantier un peu mais maintenant je suis très bien. » Alban, 46 ans

Cette différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes face aux accidents de travail peut s'expliquer par la répartition du secteur de travail des hommes et des femmes. En effet, les femmes ne sont pas présentes dans le secteur du bâtiment et très peu dans celui de la restauration-hôtellerie, où la probabilité d'avoir un accident est plus forte.

4.3.5 Arrêt de travail

Essayons à présent d'observer comment les personnes agissent lorsqu'elles sont touchées par la maladie, l'épuisement professionnel ou les accidents de travail. C'est-à-dire, si elles décident d'arrêter de travailler ou ont la possibilité de le faire. Notre échantillon se réduit aux personnes ayant été malades (N=288). Ainsi, lorsque ces personnes sont dans l'incapacité de venir travailler, 69,4% d'entre elles continuent à le faire (tableau 1.8). Ce taux atteint même les 74.4% chez les personnes « invisibles » contre 63.3% chez celles « visibles ». Il y a donc une différence statistiquement significative.

« Vous continuiez de travailler alors que vous aviez le Lupus ? Oui j'ai continué. Mais le problème c'est que... on ne veut pas travailler, mais on doit travailler. Parce que qu'on se dit "Oh, j'ai des choses à payer, comme ça...donc... » Lucie, 42 ans

Tableau 1.8 : Participant-e-s malade-s en fonction du statut légal et du sexe

N=288	Total	Invisibles	Visibles	Femmes	Hommes
Continué à travailler	200 (69.4)	119 (74.4)	81 (63.3)	155 (68.9)	45 (71.4)
Arrêté de travailler	88 (30.6)	41 (25.6)	47 (36.7)	70 (31.1)	18 (28.6)
Total	288 (100)	160	128	225	63
Test du Chi-2			**		n.s

Comme vu précédemment, la moitié des personnes se trouvant dans une situation irrégulière, ne déclarent pas leurs emplois. Sans contrat de travail, si ces dernières décident de ne pas venir travailler, elles ne seront pas indemnisées. Se trouvant déjà dans une situation complexe, la majorité d'entre elles ne peuvent donc pas se permettre de perdre une journée de salaire et décident de s'y rendre malgré tout.

« Alors si je tombe malade je suis dans la merde. Je ne peux pas tomber malade. ...si je tombe malade j'ai 2'500.- à payer à ma charge. » Lina, 55 ans

Pour les hommes et les femmes, même s'il n'y a pas une différence statistiquement significative entre les deux, les hommes décident plus souvent de continuer à travailler lorsqu'ils sont malades (71.4%) que les femmes (68.9%).

5. Discussion et conclusions

Dans ce travail, nous avons pour but d'observer les différents rapports des personnes régularisées ou en processus de régularisation et des personnes en situation irrégulière face au marché de l'emploi et à la santé au travail à Genève.

Nous avons pris comme point de départ, le phénomène global et international de la migration en nous intéressant à l'accès à la santé des personnes migrantes ainsi que leurs conditions de travail. Dans cette même perspective, nous avons mené nos analyses dans le cadre genevois où une opération de régularisation (Papyrus) au cas par cas a été implantée. Nous avons croisé deux dimensions, le statut légal et le sexe, afin d'offrir une nouvelle perspective d'analyse.

Concernant la présentation des résultats et leur analyse, il en est ressorti qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les groupes. La régularisation ainsi que le sexe changent, pour la majorité de l'échantillon, les rapports des personnes face à l'emploi et à la santé au travail. Les personnes en situation irrégulière sont plus souvent exclues du marché du travail que les personnes ayant un permis B ou lorsqu'elles ont un emploi, ces dernières travaillent moins d'heures. Elles travaillent, pour la grande majorité, dans le secteur de l'économie domestique. De ce fait, elles ont également plus souvent un nombre important d'employeur-euse, leurs emplois sont moins souvent déclarés et elles sont également moins payées que les personnes régularisées. La régularisation exerce donc une influence positive et une mise en conformité des rapports au marché de l'emploi genevois.

Ces mêmes résultats peuvent s'appliquer aux femmes qui sont présentes, en grande partie, dans le secteur de l'économie domestique et ont donc un nombre d'employeur-euse supérieur aux hommes, et aux personnes régularisées afin de garantir un salaire pour subvenir à leurs besoins. Il leur est par conséquent, plus difficile de déclarer tous leurs emplois et sont ainsi plus exposées à des salaires-horaires faibles, difficilement négociables avec les employeur-euse-s. Concernant les hommes, ces derniers sont plus souvent sans emploi.

Lorsqu'ils travaillent, ils sont répartis de manière plus hétérogène entre les secteurs d'activité et ont plus souvent un·e seul·e employeur·euse. Ainsi, leurs emplois sont, pour la plupart, entièrement déclarés.

Ce contexte difficile a un effet négatif sur la santé des femmes et des personnes non régularisées. Concernant leur santé physique, celles-ci se déclarent en moins bonne santé et sont plus souvent atteintes par différentes maladies que les personnes régularisées ou les hommes. A propos de leur santé mentale, ces personnes sont plus largement sujettes à des auto-évaluations, des scores d'anxiété et de dépression modérée ou sévère plus élevés que les personnes déclarées ou les hommes. Les femmes ainsi que les personnes non-régularisées sont plus faiblement affiliées à l'assurance maladie que les personnes régularisées ou les hommes. Par conséquent, ces dernières ont plus difficilement accès aux soins et renoncent plus communément à se faire soigner pour des raisons économiques.

Ces résultats démontrent que non seulement la régularisation est un facteur déterminant dans l'amélioration des conditions de vie et de santé mais que les femmes sont effectivement confrontées au « double désavantage ». Elles doivent faire face à des barrières sociales et structurelles en plus de leur situation irrégulière.

Cependant, les hommes sont plus souvent exposés à plus de 3 risques au travail et sont donc plus confrontés aux accidents du travail. Ceci rejoint le fait que ces derniers sont répartis plus équitablement au sein des différents secteurs de l'emploi, plus particulièrement dans le domaine de la construction et la restauration où l'on recense le plus de risques et d'accidents. Pour finir, en cas de maladie ou d'accidents, ils continuent majoritairement à travailler, tout comme les personnes irrégulières. Nous pouvons souligner que les hommes se considèrent plus souvent en meilleure santé que les femmes ou s'arrêtent moins de travailler lorsqu'ils sont malades, probablement, en raison d'un conditionnement social où ces derniers sont moins enclins à se déclarer « malades » ou moins sensibles à la maladie.

Les différents témoignages et vécus des participant·es·s viennent confirmer les chiffres et amènent de la profondeur ainsi que des mots sur nos analyses. De plus, ils permettent de mettre en avant le fait que, de façon générale, les rapports à l'emploi sont intimement liés à une amélioration de l'état de santé et des conditions de vie.

Après cette synthèse, nous présumons qu'une exploration et un constat sur les rapports à l'emploi et à la santé au travail des personnes régularisées et non régularisées ont été réalisés, tout en leur donnant la possibilité de s'exprimer sur leur situation. Ceci a permis de mettre en évidence les divergences présentes entre groupes distincts mais partageant des particularités communes au quotidien. Les politiques de régularisation mises en place par le canton de Genève, permettent donc d'assainir les rapports à l'emploi ainsi qu'à la santé au travail de manière générale. Si des efforts restent à faire concernant l'accès à la santé et l'amélioration des conditions de vie et de travail de cette population, les autorités cantonales sont orientées vers cette perspective. En effet, une nouvelle loi sur l'intégration devrait être élaborée d'ici au Printemps 2022 (62) avec une concertation des acteurs de l'intégration afin de favoriser de nouvelles actions et faciliter l'intégration de ces personnes.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. *Constitution* [En ligne]. 2021. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (Consulté le 25 juillet 2021)
2. Le Monde diplomatique. *L'accès à la santé est de plus en plus inégal* [En ligne]. 2006. https://www.monde-diplomatique.fr/publications/l_atlas_geopolitique/a53328 (Consulté le 25 juillet 2021)
3. Fédération des maisons médicales. *Santé des migrants et bonnes pratiques* [En ligne]. 2010. <https://www.maisonmedicale.org/-Les-pages-actualites-de-ce-numero,431-.html> (Consulté le 29 juillet 2021)
4. Escoffier C, Tainturier P. 2008. *Droits économiques et sociaux des migrants et des réfugiés dans la région Euromed: accès aux soins de santé et au marché du travail*. Réseau euro-méditerranéen des droits de l'Homme (REMDH) Copenhagen
5. Organisation Internationale de la migration. *Etat de la migration dans le monde 2020* [En ligne]. 2019. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/> (Consulté le 12 août 2021)
6. Mas G. 2018. *Histoire des migrations humaines*. Cahier de Village de Forez. no 165
7. Simon J, Kiss N, Laszewska A, Mayer S. 2015. *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European region*. WHO Regional Office for Europe No. 43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379432>
8. Moyce SC, Schenker M. 2018. *Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety*. Annual Review Public Health.39(1):351–65.
9. Fennelly K. 2007. *The "healthy migrant" effect*. Minn Med. 90:51–3.
10. Pablos-Méndez A. 1994. *Mortality among Hispanics*. JAMA. 271(16):1237.
11. Berchet C, Jusot F. 2010. *L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France*. Revue Economique. Dec 1; Vol. 61(6):1075–98.
12. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. 2009. *Inégalités de santé liées à l'immigration en France*. Revue Economique. Mar 30;Vol. 60(2):385–411.
13. Schuller C. 2021. *L'AMP pour tous ? Autour d'une discrimination méconnue : l'exclusion des personnes « sans-papiers » de l'accès à la médecine de la reproduction*. Sciences Sociales Sante. Jun 16; Vol. 39(2):79–101.
14. Gakuba T, Rossier JL, Schindler M. 2020. *Précarité et accès aux soins de physiothérapie des migrants sans statut de séjour légal à Genève*. Alterstice - Revue Internationale Recherche Interculturelle. 9(2):131–44.
15. Nendaz A. 2008. *Sans-papiers en Valais : approche des besoins des sans-papiers et des réponses des travailleurs sociaux*. Mémoire de diplôme HES : Haute Ecole de Travail Social. <http://www.sans-papiers.ch/index.php?id=357>

16. Jackson Y, Courvoisier DS, Duvoisin A, et al. 2019. *Impact of legal status change on undocumented migrants' health and well-being (Parchemins): protocol of a 4-year, prospective, mixed-methods study*. BMJ. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e028336>
17. Ge.ch. Opération Papyrus [En ligne]. 2021. <https://www.ge.ch/taxonomy/term/564> (Consulté le 12 août 2021)
18. Lippel K, Johnstone R, Baril-Gingras G. 2017. *Introduction : Régulation, changement et environnement du travail*. Département Relations Industrielles. 72(1):17–32.
19. Courtet C, Gollac M. 2012. *Risques du travail, la santé négociée*. La Découverte; 324 p.
20. Dutton P, Chatelle D. 2012. *Introduction. Vers un nouveau paradigme de la santé et de la sécurité au travail*. La Découverte. p. 27-33 <https://www.cairn.info/risques-du-travail-la-sante-negociee--9782707173089-page-27.htm>
21. Sterud T, Tynes T, Mehlum IS, Veiersted KB, Bergbom B, Airila A. 2018. *A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada*. BMC Public Health. 18(1):770.
22. Takala J, Marta U, Hämäläinen P, Saarela K. 2009. *The global and European work environment- Numbers, trends, and strategies*. SJWEH Suppl.
23. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès Franch I. 2005. *Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health*. J Epidemiol Community Health. 59:761–7.
24. Benach J, Muntaner C, Delclos C, Menéndez M, Ronquillo C. 2011. *Migration and “Low-Skilled” Workers in Destination Countries*. PLOS Med. 8(6):e1001043.
25. Münz R. 2007. *Migration, labor markets, and integration of migrants : An overview for Europe*. HWWI Policy Paper. Report No.: 3–6. <https://www.econstor.eu/handle/10419/47671>
26. Hanley J, Gravel S, Lippel K, Koo J-H. 2014. *Travailleurs migrants et accès aux soins de santé : quelle est l'influence de l'admissibilité aux soins sur la trajectoire de la santé au travail ? Perspectives Interdisciplinaires sur le travail et la santé*. <https://journals.openedition.org/pistes/5644#tocto1n1>
27. Hanley J, Premji S, Messing K, Lippel K. 2010. *Action research for the health and safety of domestic workers in montreal: using numbers to tell stories and effect change*. New Solut J Environ Occup Health Policy NS. 20(4):421–39
28. Gravel S, Villanueva F, Bernstein S, Hanley J, Crespo D, Ostiguy E. 2014. *Les mesures de santé et sécurité au travail auprès des travailleurs étrangers temporaires dans les entreprises saisonnières*. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé ;(16–2). <https://journals.openedition.org/pistes/3912?lang=en#tocto2n4>
29. Kraler A, Reichel D, König Alexandra. 2014. *Final Report - Feasibility Study on the Labour Market Trajectories of Regularised Immigrants within the European Union (REGANE I)* Vienna: International Center Migration Policy Development. <https://research.icmpd.org/projects/irregular-migration/regane/>

30. Mc Govern C. 2014. *Regularization programs within the European Union: an effective tool to manage irregular migration?* UNU-GCM.
<https://i.unu.edu/media/gcm.unu.edu/publication/1313/CLAIREreport.pdf>
31. Kraler A. 2019. *Regularization of Irregular Migrants and Social Policies: Comparative Perspectives*. *Journal of Immigrant & Refugee Studies* J Immigr Refug Stud.17(1):94–113.
32. Lenoël A, Pailhé A. 2018. *Genre, travail et migrations*. La Découverte.
<https://www.cairn.info/je-travaille-donc-je-suis--9782707199706-page-186.htm>
33. Pérez E, Benavides F, Levecque K, Love J, Felt E, Rossem R. 2012. *Differences in working conditions and employment arrangements among migrant and non-migrant workers in Europe*. *Ethn Health*. 17(6):563–77.
34. Rubin J, Rendall M, Rabinovich L, Tsang F, van Oranje-Nassau C, Janta B. 2008. *Migrant women in the European labour force: Current situation and future prospects*. Rand corporation. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR591.html
35. Organisation internationale du travail. *World Employment and Social Outlook: Trends for women* [En ligne]. 2017. http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends-for-women2017/WCMS_557245/lang--fr/index.htm (Consulté le 1 août 2021)
36. Archives fédérales suisses. *La Suisse, pays d'immigration* [En ligne]. 2021.
<https://www.bar.admin.ch/bar/fr/home/recherche/recherchetipps/themen-a-z/auf-den-spuren-von-aus--und-einwanderern/einwandererland-schweiz.html>
(Consulté le 1 août 2021)
37. Efionayi-Mäder D, Schoenenberger S, Steiner I. 2010. *Visage des sans-papiers en Suisse : évolution 2000-2010*. Commission fédérale pour les questions de migration
https://libra.unine.ch/Publications/Personne/E/Denise_Efionayi-maeder/13804
38. Morlock M, Oswald A, Meier H. 2015. *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung. 92.
39. Secrétariat d'Etat aux migrations. *Papyrus* [En ligne]. 2020.
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/sans-papiers/papyrus.html>
(Consulté le 2 août 2021)
40. Ferro-Luzzi G, Duvoisin A, Fakhoury J. 2019. *Evaluation du projet pilote Papyrus relatif à la régularisation des travailleurs sans statut légal à Genève*. 73.
41. Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités. *Parchemins* [En ligne] 2021. <https://cigev.unige.ch/recherches/research-l/health/parchemins/>
42. Halcomb E, Hickman L. 2015. *Mixed methods research*. *Nursing Standard: promoting excellence in nursing care*. 29 (32), 41-47.
43. Martin O. 2021. *Analyse quantitative*. Les 100 mots de la sociologie, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », 2e édition, p. 26.Sociologie
<https://journals.openedition.org/sociologie/1204>
44. Cousineau D. 2019. *Panorama des statistiques pour psychologues: Introduction aux méthodes quantitatives*. De Boeck Supérieur. 436 p.

45. Avenier MJ, Thomas C. 2011. *Mixer quali et quanti pour quoi faire? Méthodologie sans épistémologie n'est que ruine de réflexion*. 28.
46. Pope C, Mays N. 1995. *Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research*. *BMJ*.311:42–5.
47. Laflamme S. 2009. *Analyses qualitatives et quantitatives : deux visions, une même science*. *Nouvelle Perspective En Sciences Sociales*. 3(1):141–9.
48. Guével M-R, Pommier J. 2012. *Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration*. *Sante Publique (Bucur)*. Vol. 24(1):23–38.
49. Glogowska M. 2011. *Paradigms, pragmatism and possibilities: mixed-methods research in speech and language therapy*. *Int J Lang Commun Disord*. 46(3):251–60.
50. Baccini A, Besse A. 2007. *Exploration Statistique*. Institut de Mathématiques de Toulouse. <https://docplayer.fr/3541668-Exploration-statistique.html> (Consulté le 12 août 2021)
51. Albarello L, Bourgeois E, Guyot J-L. 2007. *Statistique descriptive: Un outil pour les praticiens-chercheurs*. De Boeck Supérieur. 180 p
52. Bardin L. 1977. *L'analyse de contenu*. Paris, France: Presses universitaires de France. 233 p.
53. Bardin L. 2013. Chapitre II. Définition et rapport avec les autres sciences. *Quadrige*. 30–51.
54. Wanlin P. 2007. *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels*. *Actes Colloq Bilan Prospect Rech Qual*. 3:243–72
55. SPSS. *Test de Chi-2* [En ligne]. 2021. <https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/test-de-chi-2/> (Consulté le 3 août 2021)
56. SPSS. *T test* [En ligne]. 2021. <https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/?s=t+test> (Consulté le 3 août 2021)
57. Marvin K. 2011. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. Info AVC. <https://strokengine.ca/fr/assessments/patient-health-questionnaire-phq-9/>
58. ESanteMentale.ca. *Outil de dépistage : Troubles anxieux (Dépistage avec 7 questions [GAD-7])* [En ligne]. 2021. <https://www.esantementale.ca/index.php?m=survey&ID=3> (Consulté le 4 août 2021)
59. Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration. *Etat de santé auto-évalué* [En ligne]. 2021. <https://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberichte/gesundheitsindikatoren/selbstwahrgenommenegesundheit.html> (Consulté le 5 août 2021)
60. Apprendre les TCC. *Test d'Inventaire de Burnout de Maslach* [En ligne]. 2021. <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/test-d-inventaire-de-burnout-de-maslach.html> (Consulté le 6 août 2021)

61. Humeroise C. 2018. *Représentations sociales de la santé. Comparaison entre migrants sans-papiers et résidents légaux*. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:110958>
62. Tribune de Genève. *Nouvelles mesures – Genève veut changer sa loi pour mieux intégrer les étrangers* [En ligne]. 2021. <https://www.tdg.ch/geneve-veut-changer-sa-loi-pour-mieux-integrer-les-etrangers-574908699557> (Consulté le 6 août 2021)