

ACTES DU COLLOQUE

# TRAJECTOIRES MIGRATOIRES ET SANTÉ AUTOUR DE LA NAISSANCE

*Travail précaire et politiques*

MONTRÉAL | 16-17 MAI 2019

# ÉQUIPE DE PROJET

## DIRECTION

**Marie-France Raynault**

## COORDINATION DE LA PRODUCTION

**Samuel Montière et Marilou Denault**

## RÉDACTION

**Kathleen Couillard et Samuel Montière**

## RÉVISION LINGUISTIQUE

**Jonathan Aubin**

## CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

**gbdesign-studio.com**

## CAPTATION AUDIOVISUELLE ET SONORE

**Donald Goodes**

## DIFFUSION

**Le G3, avec la collaboration  
de l'Observatoire des tout-petits**

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN 978-2-924875-65-0

## DISTRIBUTION

Centre Léa-Roback  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : 514 528-2400, poste 3385  
info@centrearoback.ca

Le G3 remercie l'Observatoire des tout-petits pour la production de ces actes.

**OBSERVATOIRE  
des tout-petits**

Nous remercions également les partenaires suivants pour la réalisation du colloque :

# TABLE DES MATIÈRES

## À PROPOS DU COLLOQUE TRAJECTOIRES MIGRATOIRES ET SANTÉ AUTOUR DE LA NAISSANCE

5

## CONFÉRENCES

6

Changer nos perceptions et comprendre la complexité de la migration — François Crépeau	7
Sans-papiers et enceintes : les conséquences de la grossesse sur le travail des travailleurs migrants en situation irrégulière — Jill Hanley	9
Accès aux soins pour les tout-petits migrants : comment éveiller l'opinion publique et éclairer la prise de décision ? — Fannie Dagenais	11

## ATELIERS

13

### Session 1 – Politiques

14

Surfacturation des soins de santé : grossesse et accouchement dans l'anxiété	15
La Maison Bleue et les politiques gouvernementales : favoriser la résilience chez les femmes migrantes durant la grossesse, la période postpartum et la petite enfance	16
Le rôle du secteur associatif dans la lutte contre la pauvreté infantile en Belgique : l'apport d'une évaluation réaliste	17
Politiques publiques, pauvreté et inégalités sociales de santé (ISS) à la naissance : quelles similitudes et différences entre Bruxelles et Montréal	18

### Session 2 – Travail précaire

19

Les conséquences de la précarité au travail sur les risques de lésion professionnelle : le cas des emplois offerts par les agences de location de personnel au Québec	20
Grossesse et (sur)précarisation du travail : expérience de femmes enceintes primo-arrivantes en France	21

Les barrières et les facteurs facilitants qui influent sur l'utilisation des soins prénataux chez les migrants sans assurance maladie à Montréal : une étude de méthodes mixtes	22
La mise au travail « article 60 » : quels effets sur les trajectoires professionnelles des femmes migrantes	23
<b>INTIMES MIGRATIONS</b>	<b>24</b>
<b>Session 3 – Mesures et enjeux de recherche</b>	<b>26</b>
Mortinascence chez la population arabe au Québec, Canada, 1981-2015	27
Analyse de la durée d'acquisition de la nationalité sur le statut socioéconomique et le petit poids de naissance des mères migrantes à Bruxelles	28
Étudier les inégalités de santé maternelle et périnatale entre migrants et population des pays d'accueil : enjeux liés au choix et à la construction de la variable d'exposition	29
Utilisation de bases de données administratives couplées pour l'exploration des inégalités de santé périnatales	30
Le défi d'identifier les travailleurs d'agences de location de personnel dans les outils de collecte au Québec et en Occident : l'importance d'une définition commune	31
<b>Session 4 – Expérience de terrain et de soins</b>	<b>32</b>
Grossesse et femmes sans statut permanent : histoires montréalaises	33
Enceinte, sans statut et sans permis de travail : quelle source de revenus durant la grossesse et suivant l'accouchement ?	34
L'éclatement des frontières du travail des professionnels de la santé auprès de femmes enceintes népalaises dans la communauté	35
La grossesse en migration : parcours de soins et trajectoires de vie des femmes	36
<b>PANEL SUR L'IMPLICATION DES ORGANISMES AUTOUR DES PROBLÉMATIQUES ENTOURANT LA NAISSANCE DANS LES FAMILLES MIGRANTES</b>	<b>37</b>
La parole à Marie-Christine Ladouceur-Girard, directrice du Bureau des nouveaux immigrants à Montréal...	38
La parole à Mylène Drouin, directrice régionale de santé publique à Montréal...	39
La parole à Jean-Marc Chouinard, président de la Fondation Lucie et André Chagnon...	40

# À PROPOS DU COLLOQUE TRAJECTOIRES MIGRATOIRES ET SANTÉ AUTOUR DE LA NAISSANCE

Les 16 et 17 mai 2019 se tenait à Montréal le colloque *Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance* organisé par le G3.

Le G3 est un partenariat entre l'Université de Montréal (Canada), l'Université de Bruxelles (Belgique) et l'Université de Genève (Suisse). Il soutient la création d'une alliance entre chercheurs et praticiens des trois universités autour de la thématique de la migration et de la naissance. Le colloque qui découle de cette collaboration se présentait comme un espace de partage et de discussion interdisciplinaire, où se croisaient les expertises de la recherche et des pratiques.

Face à l'accroissement des migrations internationales, et au nombre important de femmes au cœur de ces migrations, il a paru important pour le G3 d'éclairer la question de la santé au cours de la période cruciale de la grossesse et de la naissance en lien avec les conditions de travail et les politiques sociales. Les interactions entre trajectoires migratoires, santé et travail s'expriment en plusieurs dimensions : sociales, sanitaires, culturelles, économiques, politiques ou juridiques, dont il importe de comprendre les interrelations. Cela rend d'autant plus nécessaires les partages d'expériences et d'expertises au départ de points de vue multiples.

Ce colloque visait donc à explorer les environnements sociaux entourant la grossesse en contexte de migration, particulièrement sur le plan des politiques publiques. Les problèmes méthodologiques liés à la mesure et à l'analyse du phénomène ont été abordés par des chercheurs, des acteurs de terrain et des milieux décisionnels travaillant sur ces différentes thématiques. Le colloque était organisé en conférences (plénières) et en sessions parallèles composées de groupes restreints pour donner largement la parole aux acteurs et stimuler les discussions.

Le colloque s'est déroulé en plein cœur de Montréal, dans les locaux de la Direction régionale de santé publique (DRSP) qui, de par sa mission, contribue au mieux-être de la population en luttant contre les écarts de santé et les inégalités sociales.

Convaincue de l'importance d'offrir les meilleures conditions aux migrants, surtout pendant la période entourant l'arrivée d'un enfant, la Fondation Lucie et André Chagnon a offert une contribution permettant d'ouvrir le colloque au plus grand nombre de participants en assurant sa gratuité.



# CONFÉRENCES

# CHANGER NOS PERCEPTIONS ET COMPRENDRE LA COMPLEXITÉ DE LA MIGRATION

*Alors que le nombre de migrants en situation précaire augmente, leurs droits fondamentaux continuent de ne pas être respectés. Et si la solution passait par la fin de l'exploitation à laquelle ils sont trop souvent soumis ?*

**François Crépeau**



**Captation audiovisuelle  
de la conférence  
de François Crépeau**

## **Vous mentionnez que nous sommes tous des migrants. Que voulez-vous dire par là ?**

En conférence, je pose la question « Qui, parmi vous, habite dans la ville de naissance de ses quatre grands-parents ? ». J'ai toujours moins de 5 % de bras levés. Nous sommes tous le produit d'une migration, pas forcément internationale, dans les générations qui nous précèdent. La migration fait partie de l'ADN de l'humanité. Notre plus lointain ancêtre connu, *Sapiens sapiens*, est né il y a 300 000 ans au Maroc, et nous n'avons jamais arrêté de bouger depuis.

## **Qu'est-ce qui contribue à l'augmentation de la population de migrants en situation précaire ?**

Les migrants vont là où il y a des emplois. En Amérique du Nord et en Europe, des millions d'emplois sont occupés par des migrants qui font des tâches que nous n'acceptons pas de faire dans les conditions qui leur sont offertes. Ils les

acceptent faute d'autres possibilités. Par exemple, des migrants subsahariens ramassent des tomates dans le sud de l'Italie pour 2 euros l'heure, 10 heures par jour. Nous n'acceptons pas de faire ce genre de travail à ces conditions.

## **Peut-on dire que nous profitons de la situation précaire des migrants ?**

Dans le quartier Chabanel, à Montréal, on produit des t-shirts. Pourtant, il en coûte 5 cents pour fabriquer le même t-shirt au Laos. Comment peut-il être rentable de les fabriquer à Montréal avec un salaire minimum à 12,50 \$ par heure ? C'est impossible, sauf si on exploite des gens. Nous savons que cette exploitation existe. Les députés de ces quartiers connaissent l'existence de ces manufactures. Ils ne disent rien parce que ce sont des entreprises qui appartiennent à des Canadiens, qui paient des taxes et des impôts. Nous savons que cela fait baisser les coûts de main-d'œuvre et permet à ces entreprises d'être compétitives.

# « Nous sommes tous des migrants. »

La répression de la migration irrégulière augmente la précarité des migrants. Plus on les réprime, plus on les enfonce dans la clandestinité et plus ils sont aux mains de gens qui les exploitent. Nous suscitons et subventionnons les exploiters. Si on réprimait les employeurs, on réduirait l'offre d'emploi clandestin et, par conséquent, l'immigration irrégulière.

## **Pourquoi croyez-vous que la cause des migrants touche peu les politiciens ?**

Pour bien des politiciens, défendre les droits des migrants est vu comme un suicide politique. De plus, ils peuvent dire n'importe quoi sur les migrants sans subir de contrecoup électoral. Dans le meilleur système de gouvernance jamais inventé – la démocratie électorale –, les politiciens fonctionnent à l'aiguillon électoral. S'il n'y a pas de votes à gagner ou de risque d'en perdre, les politiciens prennent rarement l'initiative d'agir.

Les migrants à statut précaire ont très peu de capital social. Ce sont des gens qui cherchent à ne pas se faire remarquer parce qu'ils craignent d'être arrêtés, détenus et expulsés. Il faut trouver des moyens de faire entendre leur voix. Il faut leur donner la capacité de s'exprimer, d'aller devant la

justice quand leurs droits sont violés, de parler et d'enrichir le débat public de leur expérience vécue.

## **Cette situation n'est-elle pas surprenante dans une démocratie comme la nôtre ?**

Les démocraties ne savent pas représenter les migrants. En effet, le migrant ne vote pas. Précaire, il proteste peu, se plaint rarement publiquement et ne se syndique pas beaucoup : sa capacité d'agir est souterraine. Les groupes minoritaires qui ont gagné des batailles sont ceux qui sont montés au créneau électoral. Il s'agit d'une limite structurelle de nos démocraties électorales : si vous n'êtes pas politiquement représenté, vos droits ne comptent pas. À long terme, je crois que le droit de vote devra être associé à la résidence, bénéficiant ainsi à tous ceux qui paient des impôts et respectent la loi.

## **Quelles sont les répercussions de la discrimination sur la vie des migrants ?**

Avoir des services sociaux sans discrimination est très important. C'est pourquoi il faut empêcher que les services publics ne communiquent de l'information sur les migrants aux services de répression de l'immigration. La mission des services de santé, d'éducation ou sociaux, c'est de servir une

population, et non de communiquer des informations. Sinon, les migrants n'oseront plus venir chercher les services dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit.

## **Croyez-vous que la situation des migrants va s'améliorer dans un futur proche ?**

Je pense qu'il y aura très peu de progrès dans les 10 à 15 prochaines années. Nous sommes dans une ère nationaliste populiste, et le discours actuel est une bataille d'arrière-garde des baby-boomers. Ils n'étaient pas habitués à voir de la diversité dans leur jeunesse et craignent pour leurs acquis. Les nationalistes populistes vont toutefois finir par épuiser leur arsenal électoral. Ils démontreront qu'ils ne comprennent pas la situation et que leur discours repose sur des prémisses issues de fantasmes, de stéréotypes et de mythes.

Parallèlement, beaucoup de jeunes dans les écoles urbaines d'aujourd'hui passent leurs journées avec des gens de partout. Leurs amis sont de toutes les couleurs et de toutes les religions. Je pense que lorsque la génération de nos enfants arrivera au pouvoir, elle n'acceptera pas les discriminations que nous tolérons aujourd'hui.

# SANS-PAPIERS ET ENCEINTES : LES CONSÉQUENCES DE LA GROSSESSE SUR LE TRAVAIL DES TRAVAILLEURS MIGRANTS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

*Les femmes migrantes à statut précaire ont des conditions de vie très difficiles. Lorsqu'une grossesse survient, cela peut avoir des conséquences catastrophiques sur leur situation financière et sur leur santé.*

Jill Hanley

## **Pourquoi est-il important de s'intéresser à la situation professionnelle des travailleuses migrantes à statut précaire lorsqu'on parle de grossesse ?**

Le travail a des répercussions importantes sur l'expérience de périnatalité. Par exemple, sur le plan économique, ces femmes ont besoin d'une situation sécuritaire et décente durant la grossesse et après la naissance. La santé et la sécurité au travail sont aussi critiques durant la grossesse.

## **Comment la grossesse peut-elle à son tour influencer sur le vécu des travailleuses migrantes ?**

Voici un exemple. Nous avons aidé une femme venue au Canada comme aide familiale. Elle habitait chez son employeur pour prendre soin des enfants. Cependant, elle est tombée enceinte avant son arrivée et l'a découvert six semaines plus tard. Lorsque son employeur a compris, il l'a congédiée.

Pour une travailleuse temporaire comme elle, cela a mis en danger son statut. Elle faisait même face à l'expulsion parce qu'elle n'avait pas complété ses 24 mois de travail comme travailleuse temporaire avec cette famille.

## **Au cours de vos travaux, vous avez fait des entrevues avec des femmes qui ont eu une grossesse alors qu'elles étaient sans papier. Qu'avez-vous appris en leur parlant ?**

Même avant la grossesse, ces femmes connaissaient des conditions de travail très difficiles. Toutefois, leur travail était essentiel à leur survie financière. Certaines pouvaient compter sur un conjoint comme appui économique, mais celui-ci était souvent dans la même situation de précarité. Ces femmes avaient aussi peu de recours en cas de problèmes. Elles pouvaient donc à tout moment perdre leur emploi et n'avaient pas accès à l'assurance-emploi ou à l'aide sociale.



*Captation audiovisuelle  
de la conférence  
de Jill Hanley*

# « Pourquoi fait-on souffrir des gens qui font déjà partie de la collectivité ? C'est une question de droits de la personne. »

Malgré ces conditions difficiles, ces femmes sentaient qu'elles devaient continuer à travailler pendant la grossesse parce qu'elles n'avaient pas d'autres options financières. Comme elles n'avaient pas d'assurance médicale, elles devaient amasser de l'argent pour payer leurs soins. Elles travaillaient donc le plus longtemps possible, même jusqu'au début de l'accouchement. Ces femmes faisaient également face au jugement de leur employeur qui semblait trouver gênant d'avoir une travailleuse enceinte dans sa maison. Ces femmes avaient ainsi l'impression de ne pas avoir le droit d'avoir des enfants.

## **Que se passe-t-il après leur grossesse ?**

Les migrantes à statut précaire sont pressées de retourner au travail après l'accouchement. Cependant, trouver une garderie pour un nouveau-né est très difficile, sinon impossible. De plus, lorsqu'elles en trouvent une, les tarifs sont très élevés. Plusieurs femmes nous ont parlé du malaise que cela leur cause. Elles sentent qu'elles doivent travailler, mais que ce n'est pas la meilleure chose pour leur enfant.

De plus, le manque d'accès au suivi de santé leur occasionne des problèmes qui traînent pendant des mois après la naissance et qui nuisent à leur capacité à travailler. Le risque de dépression postpartum chez ces femmes est d'ailleurs plus grand à cause du stress et des difficultés socio-économiques qu'elles vivent.

## **Les travailleuses migrantes ont donc très peu accès aux protections sociales pendant leur grossesse ?**

Au Québec, il existe beaucoup de protections pour les femmes enceintes en général, mais ces protections ne sont pas accessibles aux femmes migrantes à statut précaire. En effet, ces mesures sont conçues pour celles qui travaillent de façon officielle, c'est-à-dire celles qui ont un permis de travail et qui paient des déductions à la source. C'est la même chose après la naissance de l'enfant.

## **Que pouvons-nous faire ?**

Les professionnels qui côtoient ces femmes doivent toujours garder en tête l'aspect travail. Par exemple, si les conditions d'emploi de la femme sont dangereuses pour sa grossesse, il faut voir avec elle s'il y a d'autres sources de revenus possibles. Il faut aussi discuter avec elle pour essayer de prévenir les problèmes. Par exemple, on peut la guider sur les façons de parler avec son employeur ou l'informer de ses droits. On peut également la diriger vers des groupes communautaires comme les centres des travailleurs et travailleuses immigrants.

Notre système d'immigration crée de plus en plus de statuts précaires, et cela occasionne donc une vulnérabilité à l'exploitation. En matière de politiques, il faudrait donc donner accès gratuitement aux soins de santé à tout le monde. De toute façon, la plupart de ces femmes réussissent à régulariser leur statut quelques années plus tard.

# ACCÈS AUX SOINS POUR LES TOUT-PETITS MIGRANTS : COMMENT ÉVEILLER L'OPINION PUBLIQUE ET ÉCLAIRER LA PRISE DE DÉCISION ?



**Fannie Dagenais**

*Parler d'accès aux soins de santé pour les familles migrantes à statut précaire n'est pas une mince affaire. L'Observatoire des tout-petits a développé une expertise pour aborder des sujets délicats et attirer l'attention du public et des décideurs afin de favoriser l'adoption de politiques publiques favorables au développement des tout-petits.*



**Captation audiovisuelle de la conférence de Fannie Dagenais**

## **Pourquoi l'Observatoire des tout-petits s'est-il intéressé à la situation des tout-petits et des femmes enceintes de familles migrantes ?**

C'est l'équipe de Médecins du Monde qui nous a éveillés à cette réalité, qui passait complètement sous le radar de l'Observatoire. En fait, nous n'avons pas au Québec de données pour dénombrer les tout-petits ou les femmes enceintes dans cette situation. La rencontre avec Médecins du Monde nous a amenés à connaître et surtout à mieux comprendre cet enjeu. Immédiatement, nous avons été très touchés par cette situation d'iniquité et par les conséquences que cela peut avoir sur le développement des tout-petits.

## **Votre dossier a justement permis de faire connaître cette situation ignorée du grand public et a eu des échos jusqu'à l'Assemblée nationale. Selon vous, quels sont les ingrédients qui ont favorisé ce succès ?**

D'abord, l'implication de chercheurs et d'intervenants experts sur la question tout au long du processus. Ces derniers ont joué un rôle essentiel pour nous permettre de bien déterminer les objectifs de communication, mais aussi les écueils à éviter lorsqu'on parle d'un sujet aussi délicat. Ils ont participé aux étapes de révision du rapport et des outils de communication déclinés, nous ont aidés à trouver d'autres partenaires qu'il fallait absolument rencontrer avant la sortie publique et ont même facilité les contacts avec certains d'entre eux.

# « Le succès de cette campagne médiatique sur un sujet complexe et délicat, nous le devons d'abord et avant tout à l'implication des partenaires. »

Une étape essentielle dans le processus, et déterminante pour les résultats obtenus, fut la tournée de sensibilisation et de mobilisation d'acteurs d'influence et d'élus au cours du mois précédant la sortie publique. D'abord, cela a permis aux acteurs d'influence qui le souhaitaient de se préparer à réagir publiquement à notre rapport. Cela a permis également de maximiser les retombées médiatiques, mais surtout de créer un véritable dialogue public sur la question. En tout, six lettres ouvertes et cinq communiqués de presse ont été diffusés par différentes organisations ou différents regroupements d'acteurs d'influence au cours de la semaine qui a suivi la diffusion du communiqué de l'Observatoire !

## **Quels sont les défis associés à la production d'un tel dossier ?**

Le principal défi consiste à trouver un équilibre entre la science et les communications. Pour ce projet, nous avons fait équipe autant avec des experts de contenu, des scientifiques, qu'avec des spécialistes des communications. Chacun de ces partenaires vient avec sa propre culture, ses normes et sa façon de voir les choses. L'Observatoire tente donc de gérer la tension entre les deux et d'arriver à un compromis pour que l'ensemble des parties

soit à l'aise. L'objectif est d'assurer la rigueur des données, mais dans un langage accessible, pour nous permettre d'atteindre de nouveaux publics.

## **Avez-vous aussi rencontré des difficultés que vous n'aviez pas prévues ?**

Sur les réseaux sociaux, nous avons été confrontés aux fausses croyances et aux préjugés que peuvent entretenir certains Québécois à l'endroit des immigrants. Nous avons dû gérer plusieurs centaines de commentaires sur une période d'un peu plus d'un mois. Ce fut très exigeant, mais nous ne pouvions nous permettre de laisser des commentaires haineux ou non respectueux sur nos plateformes, ou encore des informations erronées susceptibles d'être lues par d'autres utilisateurs. Il était important pour nous, considérant notre mission, de présenter les faits et de déconstruire certaines fausses croyances.

## **Avant même la rédaction du dossier, l'Observatoire a voulu prendre le pouls de l'opinion publique. Pourquoi ?**

Nous souhaitions mesurer à quel point les Québécois étaient informés de cet enjeu, et leur position sur la question. Cela nous semblait essentiel pour préciser nos objectifs de communication et nos messages. Nous avons ainsi découvert que

la majorité des Québécois ignorait que certains enfants vivant au Québec n'avaient pas accès à des soins de santé couverts par l'assurance maladie. Nous avons aussi pu constater qu'une fois informés, les citoyens québécois étaient majoritairement en faveur d'un accès aux soins de santé gratuit pour tous les enfants vivant ici. L'objectif de communication devenait donc clair : informer les Québécois de l'existence de cet enjeu, et améliorer leur compréhension des conséquences de la situation actuelle pour les enfants et l'ensemble de la société.

## **Dans ce dossier, vous avez conçu plusieurs publications différentes. Pourquoi ?**

Il est essentiel d'adapter notre contenu et nos publications à chaque public qu'on cherche à informer. Il faut réfléchir à nos objectifs de communication et à l'information qu'on veut transmettre. Par exemple, dans ce dossier, nos partenaires nous ont fait remarquer que les gens du réseau de la santé avaient des leviers propres à leur profession pour agir sur les barrières d'accès aux soins. Il y avait donc des messages très précis à leur communiquer. C'est ce qui nous a amenés à créer la brochure destinée aux professionnels de la santé.



**ATELIERS**

*Modératrice :*

**Marie-France Raynault,  
Université de Montréal**

# SESSION 1 – POLITIQUES

*Différentes politiques gouvernementales sont à l'œuvre pour protéger les populations des risques de la pauvreté, comme les atteintes à la santé ou à la sécurité des personnes. Ces politiques façonnent l'environnement dans lequel les femmes migrantes évoluent à leur arrivée dans le pays d'accueil.*

En période de grossesse et de postpartum, les politiques d'accès au soutien du revenu, aux soins de santé et au logement sont particulièrement critiques. Les comparaisons internationales permettent de mettre en lumière les expériences intéressantes et d'évaluer l'efficacité des politiques, notamment à propos de leur impact sur la santé. Le colloque est l'occasion de diffuser les connaissances sur les différents contextes nationaux et d'évaluer les propositions les plus pertinentes dans le domaine.

# SURFACTURATION DES SOINS DE SANTÉ : GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT DANS L'ANXIÉTÉ



## Captation audio de la présentation

Noter : suite à un problème technique, cet enregistrement ne débute qu'au milieu de la présentation.

*Depuis 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux établissements de santé de majorer les tarifs de soins de santé de 200 % pour les personnes considérées comme « non-résidents ». Par « non-résident », le MSSS entend la majeure partie des personnes non admissibles à une couverture médicale gouvernementale. Pourtant, même si elles ne sont pas admissibles à cette couverture, plusieurs de ces personnes habitent de façon permanente au Québec.*

**« LA MOITIÉ DE CES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ONT SOUHAITÉ CONSULTER À L'EXTERNE, MAIS N'ONT PU ACCÉDER AUX SOINS À CAUSE DES FRAIS DEMANDÉS. »**

Cette situation a des conséquences pour plusieurs femmes enceintes à statut précaire. Par exemple, celles-ci préfèrent attendre à la dernière minute pour se présenter à l'hôpital afin d'éviter de payer le dépôt hospitalier qui peut s'élever à plus de 15 000 \$. Cela peut entraîner des retards dans le suivi de grossesse, et même parfois une absence totale de suivi. Ces femmes, qui sont souvent en processus d'établissement et qui donnent naissance à des enfants avec la citoyenneté canadienne, vivent ainsi leur grossesse dans un état d'anxiété et de peur. Par ses activités auprès des personnes migrantes à statut précaire, Médecins du Monde est témoin des conséquences de cette directive sur la santé physique et psychologique de ces femmes, de même que sur leur situation économique déjà précaire.

Des études de l'agence européenne démontrent pourtant que prendre soin des femmes enceintes et des enfants, peu importe leur statut, est moins coûteux que d'intervenir tardivement ou de façon urgente lorsque des complications se présentent. C'est pourquoi Médecins du Monde recommande la couverture totale des soins périnataux pour toutes les femmes migrantes à statut précaire ou, à tout le moins, l'harmonisation des coûts des soins de santé pour les personnes non couvertes afin qu'ils soient les mêmes que ceux remboursés par la RAMQ.

Lisa Merry  
Sarah Pisanu  
Anne-Marie Bellemare  
Thalia Aubé

# LA MAISON BLEUE ET LES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES : FAVORISER LA RÉSILIENCE CHEZ LES FEMMES MIGRANTES DURANT LA GROSSESSE, LA PÉRIODE POSTPARTUM ET LA PETITE ENFANCE



Captation audio  
de la présentation

*Les politiques gouvernementales et les organismes dans la communauté peuvent favoriser la résilience chez les femmes migrantes durant la grossesse, la période postpartum et la petite enfance. C'est la conclusion d'une étude réalisée par La Maison Bleue, un centre médico-social montréalais, basé dans la communauté. L'organisme offre un suivi aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, de la grossesse jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 5 ans.*

**« LA MAISON BLEUE FAVORISE LA RÉSILIENCE CHEZ LES FEMMES IMMIGRANTES ! »**

Afin de cibler les facteurs pouvant favoriser la résilience, mais aussi les défis rencontrés par ces familles, l'équipe de La Maison Bleue a interviewé et observé des femmes migrantes récemment arrivées au Québec et ayant reçu des soins et services dans leur centre. Parmi les défis rencontrés, l'organisme a noté l'isolement, l'absence de soutien, la méconnaissance de la culture et de l'environnement ainsi que les barrières linguistiques. Par ailleurs, les principaux facteurs de protection observés sont la motivation à s'intégrer à la société québécoise et la présence de soutien social. Les services offerts par La Maison Bleue favoriseraient pour leur part la résilience en

offrant un espace sécurisant, ainsi que des soins holistiques et en contribuant à l'*empowerment* de ces femmes.

L'implication des centres médico-sociaux dans la communauté contribuerait donc à diminuer les iniquités sociales et favoriserait la résilience chez les femmes migrantes. De plus, l'équipe de La Maison Bleue croit que des politiques publiques plus solidaires comme l'accès à des cours de francisation, aux garderies, aux allocations familiales et à l'emploi de même qu'un cadre légal pour éviter l'exploitation, surtout concernant les logements, pourraient contribuer à réduire davantage ces inégalités.

Manon Beauvarlet  
Myriam de Spiegelaere

# LE RÔLE DU SECTEUR ASSOCIATIF DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ INFANTILE EN BELGIQUE : L'APPORT D'UNE ÉVALUATION RÉALISTE



Captation audio  
de la présentation

**« À BRUXELLES,  
PARLER PAUVRETÉ,  
C'EST PARLER MIGRATION. »**

*La lutte contre la pauvreté infantile est un défi majeur en Belgique. À Bruxelles, 40 % des enfants naissent dans un ménage en situation de pauvreté. Parmi eux, les trois quarts ont une mère d'origine non européenne.*

Dans le contexte belge, des volets importants de la lutte contre la pauvreté infantile sont confiés au secteur associatif. Afin de comprendre par quels mécanismes les projets associatifs périnataux permettent de lutter contre la pauvreté infantile, Manon Beauvarlet et Myriam de Spiegelaere ont évalué plusieurs projets terrain en Belgique francophone, dont six projets périnataux. Le but de ces évaluations n'est pas uniquement de savoir si les interventions étudiées fonctionnent, mais aussi comment, pour qui et dans quelles circonstances.

Certains de ces projets sont bâtis sur le modèle de la guidance parentale qui privilégie un accompagnement dirigé des familles et une approche individuelle. Ce modèle favorise l'intégration des parents et l'accès aux soins et services. Il fonctionne particulièrement bien pour les familles démunies avec des besoins importants dans plusieurs domaines différents.

D'autres projets optent plutôt pour la coéducation. L'intervenant abandonne alors sa position d'expert pour travailler en équipe avec le parent. Ce type de programme permet de renforcer le lien parent-enfant et d'améliorer la confiance du parent dans sa propre compétence. L'implication parentale active est toutefois nécessaire et il faut minimiser les contraintes pour le parent. Cela peut être plus difficile pour les familles en situation de précarité extrême.



*Mouctar Sow  
Marie-France Raynault  
Myriam de Spiegelaere*

# **POLITIQUES PUBLIQUES, PAUVRETÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS) À LA NAISSANCE : QUELLES SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES ENTRE BRUXELLES ET MONTRÉAL**



*Captation audio  
de la présentation*

**« LES POLITIQUES SOCIALES SONT UN LEVIER MAJEUR POUR RÉDUIRE LA PAUVRETÉ PUISQU'ELLES CONTRIBUENT À LA REDISTRIBUTION DES RICHESSES. »**

*La réduction des inégalités sociales de santé dès la naissance constitue un enjeu majeur pour la santé publique et pour la société. Les politiques publiques représentent alors un levier important pour agir sur cette problématique.*

Une équipe de chercheurs de Montréal et de Bruxelles se sont interrogés sur le lien entre les inégalités sociales de santé périnatales et les politiques publiques en place dans les deux villes. Ils ont donc comparé les immigrés aux natifs à Bruxelles et à Montréal pour déterminer si le niveau socioéconomique des mères immigrées diffère entre les deux régions et si cela a des répercussions sur la santé des nouveau-nés.

Pour répondre à ces questions, les chercheurs ont procédé à une revue de la littérature, à des études quantitatives (description des inégalités sociales de santé périnatales dans chaque région), à des analyses des politiques et à l'élaboration d'hypothèses sur les liens entre les politiques et les inégalités sociales de santé périnatales.

Les résultats démontrent que le niveau socioéconomique des immigrés diffère entre les deux régions. Toutefois, autant au Canada qu'en Belgique, l'association entre le niveau socioéconomique et la santé périnatale varie selon que la mère est native ou immigrée.

Chez les immigrés, le gradient de santé « classique » est en fait moins marqué, voire inexistant. Ce constat semble plus marqué à Bruxelles. La rupture du lien entre l'amélioration du niveau socioéconomique et l'amélioration des conditions de vie des immigrés est une des hypothèses possibles pour expliquer le phénomène. D'ailleurs, les politiques publiques diffèrent entre Montréal et Bruxelles, ce qui explique certaines différences sur le plan de la santé périnatale.

Modératrice :  
**Sylvie Fortin,**  
**Université de Montréal**

# SESSION 2 – TRAVAIL PRÉCAIRE

*La migration et la grossesse constituent deux facteurs majeurs qui contribuent davantage à la discrimination et à la précarisation des femmes sur le marché de l'emploi. Pour les travailleuses migrantes enceintes, ce double fardeau peut avoir des répercussions à plusieurs niveaux : elles sont, d'une part, plus susceptibles de ne pas trouver un emploi (ou de le perdre) et, d'autre part, le travail temporaire ou irrégulier est parfois leur seule voie d'accès à l'emploi.*

La question de l'accès aux droits de protection en milieu de travail se pose également pour ces travailleuses. Bien que dans plusieurs juridictions la protection de ces travailleuses temporaires contre les risques à la santé en milieu de travail soit théoriquement la même que celle des travailleuses régulières, la réalité du terrain est souvent tout autre. La période de la grossesse est souvent problématique à cet égard, pour des raisons de non-recours aux programmes en vigueur, ou de pratiques visant à les rendre inopérants, particulièrement dans le cas de travailleuses dont le statut est irrégulier. Ces conditions délétères souvent combinées sont mal connues des intervenants en santé et des décideurs. Les interventions permettent de définir cette situation et d'en envisager ensuite de meilleures pour encadrer et assainir les conditions de travail.

Daniel Vergara  
Mathieu Lussier

## LES CONSÉQUENCES DE LA PRÉCARITÉ AU TRAVAIL SUR LES RISQUES DE LÉSION PROFESSIONNELLE : LE CAS DES EMPLOIS OFFERTS PAR LES AGENCES DE LOCATION DE PERSONNEL AU QUÉBEC



Captation audio  
de la présentation

*Entre 2001 et 2018, le nombre d'agences de location de personnel a pratiquement doublé au Québec. Les emplois proposés par ces agences représentent une porte d'entrée sur le marché du travail pour plusieurs immigrants.*

**« L'INTÉGRATION DES  
IMMIGRANTS DANS LA  
SOCIÉTÉ EST COMPROMISE,  
TOUT AU MOINS EN PÉRIL  
LORSQUE LES EMPLOIS  
METTENT À RISQUE LEUR  
FAMILLE ET LEUR SANTÉ. »**

Daniel Vergara et Mathieu Lussier ont cherché à illustrer le lien entre la précarité de ces emplois et les lésions professionnelles. Cette recherche est d'autant plus importante qu'aucun indicateur n'a été publié au Québec depuis 2003 sur le risque de lésion professionnelle de ces travailleurs.

Les chercheurs ont utilisé le recensement canadien ainsi que des données administratives de lésions professionnelles pour calculer le risque auquel ces travailleurs sont exposés. Cela a permis de dresser un portrait des emplois occupés, de l'exposition aux risques de lésion et des conséquences sur la santé des travailleurs. Selon les résultats de l'étude, les travailleurs d'agences ont 2,2 fois plus de risques de subir une lésion professionnelle que l'ensemble des travailleurs.

Les méthodes de calcul développées dans cette recherche permettent de combler le manque d'informations sur cet enjeu, offrant ainsi la possibilité d'influencer les institutions responsables de la santé et de la sécurité au travail. Ces résultats permettent aussi de cibler des interventions dans les milieux de travail à risque et de mettre en place une surveillance de l'évolution de la problématique dans l'avenir.



# GROSSESSE ET (SUR)PRÉCARISATION DU TRAVAIL : EXPÉRIENCE DE FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES EN FRANCE



Captation audio  
de la présentation

**« GRÂCE À LA GROSSESSE,  
LES FEMMES PRIMO-  
ARRIVANTES VONT VOIR  
LEUR SITUATION SOCIALE  
ET PROFESSIONNELLE  
S'AMÉLIORER ! »**

*En France, les immigrées sont surreprésentées dans les emplois précaires et dévalorisés. En particulier, les femmes en situation irrégulière ou en procédure de demande d'asile sont contraintes au travail non déclaré. Elles se retrouvent ainsi vulnérables aux maltraitances et à l'exploitation de la part de leur employeur.*

Louise Virole s'est interrogée sur les conséquences d'une grossesse sur le parcours professionnel de femmes qui se sont installées en France pour la première fois dans les cinq dernières années. Pour ce faire, elle a réalisé 35 entretiens avec des femmes étrangères, enceintes ou venant d'accoucher en Île-de-France. Ces femmes ont été recrutées au sein de dispositifs médico-sociaux à Paris et en Seine-Saint-Denis.

L'enquête révèle que ces femmes souffrent de déclassement et d'exclusion du marché de l'emploi dès leur arrivée en France. La grossesse accentue cette précarisation du travail en raison des licenciements abusifs et des difficultés à trouver un emploi. Le manque de ressources économiques diminue ensuite les capacités d'agir de ces femmes enceintes et leur estime de soi.

Les politiques migratoires contribuent donc à exclure les femmes primo-arrivantes du marché de l'emploi, tout en confinant ces femmes à la sphère de la maternité. Certaines mesures pourraient toutefois être mises en place pour améliorer l'inclusion et la protection de ces femmes sur le marché de l'emploi français : augmenter le nombre de titres de séjour pour les femmes migrantes, mieux reconnaître les diplômes étrangers, légiférer pour lutter contre les discriminations liées à la grossesse dans les milieux de travail, indépendamment du statut administratif, et faire primer les droits des femmes enceintes sur le droit migratoire dans le Code du travail.

Ahmed Faress  
Marie-Jo Ouimet  
Josephine Aho  
Jill Hanley  
Valéry Ridde

## LES BARRIÈRES ET LES FACTEURS FACILITANTS QUI INFLUENT SUR L'UTILISATION DES SOINS PRÉNATAUX CHEZ LES MIGRANTS SANS ASSURANCE MALADIE À MONTRÉAL : UNE ÉTUDE DE MÉTHODES MIXTES



Captation audio  
de la présentation

« **DANS 70 % DES CAS, LES SOINS PRÉNATAUX SONT INADÉQUATS.** »

*Selon certaines études, jusqu'à 80 % des migrants sans assurance maladie n'ont pas suffisamment recours aux soins prénataux. Des chercheurs montréalais ont donc voulu déterminer les barrières à l'utilisation des soins prénataux chez ces femmes enceintes de même que les facteurs facilitant l'accès.*

Pour y arriver, ils ont mené une étude transversale auprès de personnes migrantes sans assurance maladie à la clinique de Médecins du Monde à Montréal et dans la communauté. Environ 125 grossesses ont ainsi été observées.

Les résultats sont éloquentes. Par exemple, 64,3 % des grossesses ont eu au moins une visite de suivi. Parmi les 62 grossesses menées à terme, seulement 24 ont été suivies adéquatement. Par ailleurs, le fait d'être marié ou en couple, d'avoir un revenu satisfaisant et de savoir où consulter un médecin à faible coût favorise l'utilisation des soins prénataux. Lors des entrevues, les femmes ont décrit les frais élevés et la difficulté de naviguer dans le nouveau système comme des barrières.

Selon Ahmed Faress, des politiques devraient être mises en place afin d'offrir des soins prénataux à toutes les femmes, peu importe leur couverture médicale. En outre, afin de faire connaître les services prénataux disponibles, des initiatives ciblant des organismes qui œuvrent auprès de cette population devraient être mises de l'avant.



# LA MISE AU TRAVAIL « ARTICLE 60 » : QUELS EFFETS SUR LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES DES FEMMES MIGRANTES



Captation audio  
de la présentation

**« IL Y A UN  
QUESTIONNEMENT  
À AVOIR SUR UN DISPOSITIF  
QUI EST CENSÉ LES SORTIR  
DE CETTE SITUATION  
ET QUI, AU CONTRAIRE,  
LES SURPRÉCARISE. »**

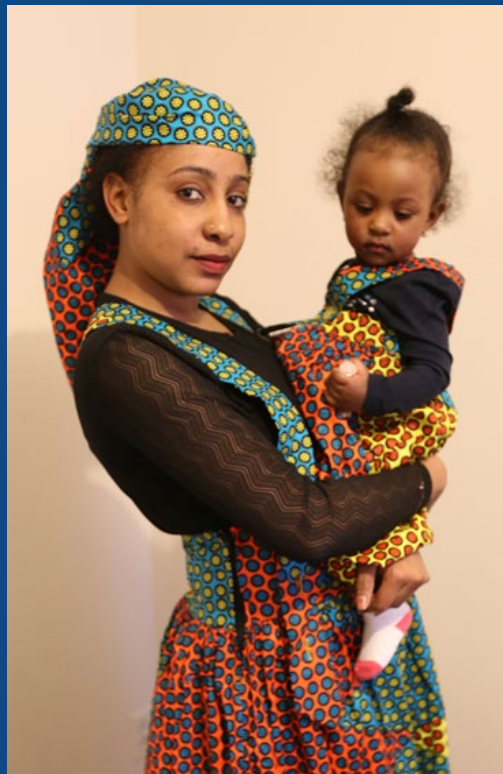
*En Belgique, les Centres publics d'action sociale (CPAS) constituent le dernier rempart contre les situations de précarité. Ils viennent en aide à des publics fragilisés parmi lesquels les femmes immigrées, arrivées en Belgique avec leurs enfants et n'ayant pas accès au marché du travail ou à la sécurité sociale.*

Pour tenter d'insérer ces femmes sur le marché du travail, ces centres disposent d'une panoplie de mesures. L'une d'entre elles est la mise au travail sous l'« article 60 ». À l'origine, cette mesure avait pour objectif de permettre à ses bénéficiaires de devenir admissibles aux allocations sociales. Son champ d'action a depuis été élargi pour couvrir leur insertion professionnelle, notamment en leur offrant une expérience de travail.

Cependant, quel effet peut avoir l'« article 60 » sur les trajectoires professionnelles des mères migrantes lorsqu'elles ont fait appel au CPAS ? Pour répondre à cette question, Sébastien Avanzo a obtenu l'accès à une base de données provenant de la banque carrefour de la sécurité sociale. Dans cette base de données, il a dénombré 1 388 femmes migrantes arrivées en Belgique avec des enfants.

Plus de six femmes sur dix dans l'échantillon étaient chefs de famille monoparentale.

L'analyse de Sébastien Avanzo révèle que plusieurs trajectoires d'emploi sont possibles à la suite de l'utilisation de l'article 60. Par exemple, 50 % des femmes resteront de manière durable au chômage et 32 % seront temporairement au chômage puis trouveront un emploi. Enfin, 9 % demeureront au CPAS et 9 % deviendront inactives. Selon le chercheur, ces trajectoires peuvent servir de point de départ pour des réflexions sur les effets de l'article 60.



*Ma fille, c'est ma vie!*



## Exposition photo

# INTIMES MIGRATIONS

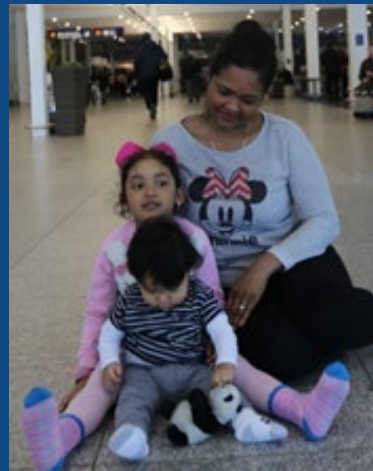
Directrice de la recherche : Marie-France Raynault / Commissaire : Samuel Montiège

**Le colloque *Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance : travail précaire et politiques* souhaite mettre les femmes immigrantes de l'avant. Le but est de dépasser le cadre de l'objet d'étude et de donner une voix à celles dont le colloque cherche à servir les intérêts.**

Sachant qu'une photo vaut mille mots, la méthode Photovoice a été privilégiée. Un appareil photo a donc été remis aux participantes de l'atelier mère-enfant du Centre des femmes de Montréal pour qu'elles photographient leur environnement en lien avec leur statut d'immigrantes et de mères. Pour appuyer la démarche, les participantes étaient invitées à commenter par écrit l'idée ou le contexte expliquant le choix des prises de vue. Elles devaient aussi indiquer en quoi ces lieux sont significatifs (expérience, lieu, souvenir, etc.) pour elles.

Au-delà du chiffre statistique ou de l'anonymat du sujet d'étude, l'exploration ainsi menée sert de journal de bord et contribue à garder l'humain au cœur du processus de réflexion qui entoure le colloque.





« Parc Angrignon : lieu de rencontre avec une petite valise pleine, chargée d'espoirs et de rêves. »

*Modératrice :*  
**Nathalie Auger,**  
**Université de Montréal**

# SESSION 3 – MESURES ET ENJEUX DE RECHERCHE

*La recherche sur les enjeux de santé vécus par les migrants dans le pays d'accueil se heurte fréquemment au problème de la disponibilité, de la qualité et de l'accès aux données administratives. Il arrive souvent que le statut migratoire y soit mal identifié ou carrément inexistant.*

Les données relatives au statut socioéconomique, notamment celui lié au travail, restent souvent difficiles à obtenir dans les bases de données. Ces informations sont essentielles pour quantifier et analyser les associations entre les trajectoires migratoires et les issues de grossesses en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques.

Ga Eun Lee  
Marianne Bilodeau-Bertrand  
Nathalie Auger

# MORTINAISSANCE CHEZ LA POPULATION ARABE AU QUÉBEC, CANADA, 1981-2015

*Des études réalisées en Europe indiquent que la population arabe présente un risque plus élevé de prématurité, de faible poids à la naissance et de mortalité infantile. Il existe toutefois peu de données sur la mortinatalité chez cette population au Canada. L'objectif de cette étude menée par une équipe internationale de chercheurs était donc d'étudier les taux de mortinatalité chez les Arabes au Québec et de déceler les causes de décès pouvant être ciblées en prévention.*

**« LE RISQUE DE MORTINAISSANCE EST PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES ARABOPHONES ORIGINAIRES D'UN PAYS ARABE. »**

Les chercheurs ont réalisé une étude de cohorte rétrospective comprenant toutes les naissances au Québec de 1981 à 2015. Ils ont ainsi calculé les taux de mortinatalité chez les femmes dont la langue maternelle est l'arabe, et les ont comparés à ceux des femmes ayant déclaré le français ou l'anglais comme langue maternelle.

L'étude a révélé que les taux de mortinatalité des femmes de langue maternelle arabe (3,9 pour 1 000) étaient inférieurs à ceux des femmes de langue maternelle française ou anglaise (4,5 pour 1 000). Cependant, les femmes arabophones originaires d'un pays arabe avaient un risque de mortinatalité supérieur à celui des femmes de langue française ou anglaise du Canada. Selon les chercheurs, les anomalies congénitales et les interruptions de

grossesse auraient contribué à un nombre disproportionné de mortinaissances chez les femmes de langue maternelle arabe.

Les femmes arabophones émigrées d'un pays arabe ont donc un risque plus élevé de mortinatalité. Les stratégies visant à réduire le risque de mortinatalité chez les femmes arabes devraient être axées sur la prévention des anomalies congénitales et des interruptions de grossesse.

Judith Racapé  
Claudia Schoenborn  
Mouctar Sow  
Myriam de Spiegelaere

## ANALYSE DE LA DURÉE D'ACQUISITION DE LA NATIONALITÉ SUR LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET LE PETIT POIDS DE NAISSANCE DES MÈRES MIGRANTES À BRUXELLES

*Plusieurs études démontrent que les femmes immigrantes ont un état de santé périnatal différent de celui des femmes natives du pays. Pourtant, il n'existe pas d'évaluation de l'effet combiné de la trajectoire de migration et du statut socioéconomique sur la santé périnatale. L'objectif de cette équipe de chercheurs était donc d'analyser l'effet de la durée d'acquisition de la nationalité sur les naissances de petit poids et sur le statut socioéconomique.*

**« MALGRÉ UNE AMÉLIORATION DU STATUT SOCIAL AVEC L'ACQUISITION DE LA NATIONALITÉ BELGE, LA SANTÉ PÉRINATALE DES MÈRES MIGRANTES SE DÉGRADE DANS LE TEMPS. »**

Les chercheurs ont croisé des données provenant des Bulletins statistiques de naissances et décès des enfants de moins de 1 an, du registre national des trajectoires migrantes et de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. À partir de ces données, ils ont évalué l'association entre le petit poids à la naissance et la nationalité, en tenant compte de la durée d'acquisition de la nationalité et du statut socioéconomique de la mère.

Les chercheurs ont observé une augmentation du statut socioéconomique en fonction de la durée d'acquisition de la nationalité dans tous les groupes de migrants étudiés. Par contre, le taux de naissance de petit poids diminuait moins d'un an après la naturalisation pour augmenter significativement

par la suite. Les chercheurs ont également observé un risque moins élevé de naissances de petits poids chez les femmes maghrébines et turques, en comparaison avec les femmes belges. Cette protection se maintenait pendant 10 ans après la naturalisation chez les mères maghrébines.

Ces résultats démontrent une augmentation des taux de naissances de petit poids chez les femmes maghrébines, africaines subsahariennes et turques au fur et à mesure que la durée de naturalisation augmente, malgré une amélioration du statut socioéconomique. Cela signifie que malgré une amélioration du statut social avec l'acquisition de la nationalité belge, la santé périnatale des mères migrantes se dégrade avec le temps.

# ÉTUDIER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ MATERNELLE ET PÉRINATALE ENTRE MIGRANTS ET POPULATION DES PAYS D'ACCUEIL : ENJEUX LIÉS AU CHOIX ET À LA CONSTRUCTION DE LA VARIABLE D'EXPOSITION

*L'existence d'inégalités de santé maternelle et périnatale entre les migrants et la population des pays d'accueil est de mieux en mieux documentée. Les travaux qui depuis plusieurs décennies sont consacrés à ces thématiques ont permis d'identifier des groupes qui, dans certains contextes, se trouvent particulièrement exposés en matière de morbidité ou de mortalité.*

## **LES CHOIX EN MATIÈRE DE DÉFINITION PEUVENT AVOIR UNE INFLUENCE SUR LA RECHERCHE.**

Toutefois, bien que plusieurs études existent à ce sujet, elles sont de qualité hétérogène. Elles sont aussi parfois difficiles à synthétiser en raison de l'utilisation de définitions non consensuelles et de variables d'expositions très différentes d'une étude à l'autre. De plus, le rôle relatif des facteurs socioculturels et des facteurs économiques n'est que rarement discuté. Ces considérations sont pourtant importantes pour la compréhension des mécanismes de ces inégalités de santé.

En effet, les choix en matière de définition peuvent avoir une influence sur la recherche. C'est aussi le cas de la construction de la variable d'exposition

puisqu'il s'agit de la variable à partir de laquelle sont constitués les groupes étudiés, comme le groupe d'intérêt et le groupe de référence. Par exemple, plusieurs raisons peuvent amener à considérer le lieu de naissance plutôt que la nationalité, l'origine géographique, l'origine déclarée, le temps écoulé depuis l'arrivée sur le territoire, le parcours migratoire ou le statut d'immigration.

Ces exemples nous incitent à réfléchir à la façon d'effectuer la recherche dans ce domaine. Ils démontrent aussi l'importance de distinguer les déterminants individuels relatifs au statut de migrant et les déterminants liés aux territoires de résidence.

# UTILISATION DE BASES DE DONNÉES ADMINISTRATIVES COUPLÉES POUR L'EXPLORATION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ PÉRINATALES

*Les liens entre la situation socioéconomique, l'histoire migratoire et la santé des mères et des nouveau-nés sont complexes. Il existe très peu de sources d'information faisant le lien entre l'état de santé et les caractéristiques sociales, migratoires, économiques et culturelles des ménages ou encore la consommation des soins. Pourtant, beaucoup d'informations sont collectées de manière systématique à des fins de gestion ou d'administration.*

**« COMMENT FAIRE EN SORTE QUE LES FEMMES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE SOIENT PRISES EN COMPTE DANS LES BANQUES DE DONNÉES ADMINISTRATIVES ? »**

La question du couplage de bases de données administratives est donc un enjeu crucial pour faciliter les recherches visant à mieux comprendre comment différents facteurs touchent la santé. En Belgique, de tels couplages de bases de données administratives se développent, encadrés très étroitement par la législation sur la protection de la vie privée.

Il est important de réfléchir aux forces et aux limites de tels couplages dans le cadre de la recherche sur les inégalités sociales par rapport à la santé. Par exemple, il faut voir à pérenniser ces couplages et à s'assurer que les femmes en situation irrégulière sont présentes dans les banques de données. Le développement d'une expertise partagée des

bases de données permettra aussi de faire des liens entre les producteurs de données ainsi que de suivre l'évolution des systèmes et de créer une communauté d'utilisateurs. Enfin, l'exploration de sources de données de plus en plus diversifiées est incontournable.



## LE DÉFI D'IDENTIFIER LES TRAVAILLEURS D'AGENCES DE LOCATION DE PERSONNEL DANS LES OUTILS DE COLLECTE AU QUÉBEC ET EN OCCIDENT : L'IMPORTANCE D'UNE DÉFINITION COMMUNE

*Les mutations du monde du travail mettent à l'épreuve les systèmes d'information et de collecte de données sur la santé des travailleurs. Par exemple, en Occident, on assiste à l'essor du travail réalisé par l'intermédiaire des agences de location de personnel. Ce type de travail est associé à des risques accrus de lésions professionnelles.*

**« DES CHERCHEURS DE TOUS LES PAYS OCCIDENTAUX SE PENCHENT SUR CETTE PROBLÉMATIQUE, MAIS TOUS FONT FACE À UN PROBLÈME DE DONNÉES POUR ÉTABLIR UN PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE CES TRAVAILLEURS ET CALCULER DES INDICATEURS DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES. »**

Daniel Vergara et Mathieu Lussier se sont donc questionnés sur les méthodes utilisées dans plusieurs pays occidentaux pour l'identification des travailleurs d'agences. Ils ont ainsi effectué une revue critique de plusieurs sources de données occidentales pertinentes sur le travail et la santé afin de déterminer les meilleures pratiques pour définir les travailleurs d'agences de location de personnel. Les chercheurs ont alors constaté une grande disparité entre les définitions quant à l'identification de ces travailleurs.

En s'inspirant des meilleures pratiques recensées, les scientifiques proposent que des efforts soient déployés à l'échelle internationale pour mieux définir ce groupe de travailleurs. Cela permettra d'obtenir des mesures comparables entre les pays,

en plus d'habiliter les États à faire une surveillance plus éclairée de ce type d'emploi qui expose les travailleurs à un haut risque de lésions professionnelles et qui génère des inégalités de santé.



*Modératrice :*

**Sophie Durieux-Paillard,  
Université de Genève**

# SESSION 4 – EXPÉRIENCE DE TERRAIN ET DE SOINS

*En contexte migratoire,  
l'expérience de grossesse  
peut être chaotique, tant  
sur le plan du suivi de santé  
que sur le plan de la vie  
professionnelle et familiale.  
Des femmes enceintes, avec ou  
sans enfants, connaissent des  
situations d'extrême précarité.*

Sans statut légal, certaines femmes enceintes n'ont jamais vu de médecin. Dans le cadre du colloque, les témoignages présentés permettent de réfléchir aux enjeux de terrain qui entourent la naissance et visent à proposer des solutions applicables pour tenter de changer le cours des choses.

# GROSSESSE ET FEMMES SANS STATUT PERMANENT : HISTOIRES MONTRÉALAISES



Captation audio  
de la présentation

**« LA RÉSIDENCE  
PERMANENTE :  
CE MORCEAU DE PAPIER  
MODIFIE RÉELLEMENT  
LA FAÇON DONT LES GENS  
VOUS REGARDENT ! »**

*Dans les dix dernières années, le système d'immigration canadien s'est modifié au point où davantage de personnes entrent maintenant au Canada avec un statut temporaire qu'avec un permis de résidence permanente. Ces nouveaux arrivants vivent alors souvent dans une situation de précarité relative pendant une période prolongée.*

L'objectif de cette étude est de comprendre comment le statut d'immigration influe sur l'expérience familiale des femmes migrantes au Canada. Des entrevues ont ainsi été réalisées avec des femmes qui ont vécu une grossesse lorsqu'elles résidaient à Montréal avec un statut d'immigration précaire.

Ces entrevues ont permis de mettre en lumière l'expérience d'étudiantes étrangères, de travailleuses temporaires et de demandeuses d'asile. Elles ont aussi montré comment leur statut d'immigration a eu une influence sur leur accès aux services publics et leur capacité à fonder une famille et à faire des plans d'avenir.

En particulier, les résultats préliminaires se sont attardés aux façons dont les politiques familiales, de soins de santé et d'immigration ont un impact sur l'expérience de la grossesse et, ultimement, comment elles compromettent les principes de

justice reproductive. Pour ces femmes, ces barrières ne nuisent pas seulement à l'admissibilité aux services, mais influent aussi sur leur perception d'être étrangère au Canada.

Des interactions positives avec les fournisseurs de services peuvent avoir une influence sur le sentiment d'appartenance et de soutien de ces femmes. Ces résultats suggèrent que le statut de ville sanctuaire et les politiques d'accès aux services peu importe le statut d'immigration ont des effets plus larges que ceux envisagés.



Captation audio  
de la présentation

## ENCEINTE, SANS STATUT ET SANS PERMIS DE TRAVAIL : QUELLE SOURCE DE REVENUS DURANT LA GROSSESSE ET SUIVANT L'ACCOUCHEMENT ?

*Rosa est enceinte de 25 semaines lorsqu'elle se présente à la clinique de Médecins du Monde. Elle n'a jamais vu de médecin. C'est sa première grossesse. Elle est seule. Le père de l'enfant ne souhaite pas s'impliquer. Elle n'a pas de statut. Rosa travaille comme femme de ménage. Elle a un revenu de 600 \$ par mois. Après chaque journée de travail, elle a des saignements.*

**« LE SYSTÈME DE SERVICE PUBLIC MIS EN PLACE EST DISPONIBLE MAIS (...) EXCLUT MALHEUREUSEMENT LES PERSONNES À SITUATION PRÉCAIRE EN RAISON DE SES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ. »**

Ses employeurs remarquent sa grossesse et lui demandent de partir. Elle perd ainsi son emploi. Elle n'a pas accès au congé de maternité ou au retrait préventif de la CNESST. Elle n'est pas admissible à l'aide sociale et n'aura pas accès aux allocations familiales pour enfants.

Rosa est donc sans revenu. Elle n'arrive plus à payer son loyer depuis deux mois. Aujourd'hui, Rosa est enceinte de 35 semaines. Elle a peur. Personne ne l'accompagnera à l'accouchement.

Rosa ne constitue pas une exception. Sa situation ressemble à celle de plusieurs femmes vues chaque année à Médecins du Monde. Comment soutenir Rosa ? A-t-elle des options ? Depuis 2011, Médecins du Monde accompagne nombre de ces femmes.

Selon l'équipe de Médecins du Monde, il faudrait couvrir la totalité des soins périnataux pour toutes les femmes migrantes à statut précaire ou, à tout le moins, harmoniser les coûts des soins de santé pour les personnes non couvertes afin qu'ils soient les mêmes que ceux remboursés par la RAMQ. L'équipe recommande également de faciliter l'accès à l'information concernant l'accès aux soins de santé et à la RAMQ. Enfin, faciliter l'accès à la RAMQ pour les enfants nés au Canada en cessant d'associer le statut de ces enfants à celui de leurs parents devrait être une priorité.

## L'ÉCLATEMENT DES FRONTIÈRES DU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AUPRÈS DE FEMMES ENCEINTES NÉPALAISES DANS LA COMMUNAUTÉ



Captation audio  
de la présentation

*La trajectoire migratoire peut influencer sur le déroulement de la grossesse et la période postnatale de même que l'état de santé des femmes immigrantes. L'accompagnement de ces familles dans le cadre du programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) représente donc de nombreux défis pour les professionnels de la santé.*

« **EMPOWERMENT,  
C'EST UN BEAU MOT!** »

L'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS offre du soutien à un groupe de femmes enceintes originaires du Bhoutan et ayant séjourné dans des camps de réfugiés au Népal. Ces femmes qui habitent maintenant Sherbrooke sont nées en exil, ne savent pas lire et ne parlent pas français. Elles sont souvent isolées puisqu'elles sont retirées des cours de francisation pendant la grossesse. Elles vivent aussi dans des conditions difficiles : faible revenu, quartiers défavorisés et logements précaires.

Ces femmes ont plusieurs problèmes de santé : anémie, obésité, diabète et anxiété. Elles souffrent d'un sentiment d'infériorité par rapport à leurs compétences parentales. Leur situation peut avoir des répercussions sur le déroulement de leur grossesse et sur leur adaptation à la parentalité.

Les professionnels qui interagissent avec ces femmes réfugiées les perçoivent comme des gens

avec peu d'autonomie et qui ne se plient pas à leurs recommandations. Ils se questionnent sur les capacités intellectuelles et parentales de ces mères. Les intervenants envisagent donc plus facilement de faire des signalements au DPJ.

De plus, dans leurs interventions, les professionnels sont confrontés à plusieurs défis : la barrière de la langue, la difficulté à établir un lien et le sentiment d'impuissance. Ils sont souvent appelés à travailler hors de leur mandat. Il est alors important d'instaurer une saine communication dans l'équipe.

L'essence du travail auprès de ces familles se résume donc à adopter une vision globale et partagée. Les intervenants doivent reconnaître les forces des familles et accepter d'aller tous dans le même sens. Il est aussi essentiel de bien comprendre leurs besoins et leur fonctionnement au quotidien.

Clélia Gasquet-Blanchard  
Anne-Cécile Hoyez  
Ana Milot



Captation audio  
de la présentation

## LA GROSSESSE EN MIGRATION : PARCOURS DE SOINS ET TRAJECTOIRES DE VIE DES FEMMES

*Les femmes étrangères font face à plusieurs formes de discriminations : statut juridique différencié, racisme au travail, confinement à des tâches domestiques. Des chercheuses françaises ont donc voulu mieux connaître les différentes trajectoires de ces femmes pour comprendre le processus de reconnaissance des femmes migrantes. Cette reconnaissance peut se jouer dans les sphères professionnelles, mais aussi dans les sphères domestiques.*

**« IL Y A UN DÉSIR  
TRÈS FORT DE TRAVAIL  
CHEZ CES FEMMES. »**

En France, les femmes nouvellement arrivées au pays reçoivent un suivi de grossesse grâce au programme de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), qui est orienté vers les populations précaires. Les chercheurs ont réalisé 13 entretiens avec des professionnels et 21 entretiens avec des patientes qui étaient suivies pour une grossesse dans une PASS et étaient arrivées en France après avril 2017. Le profil des femmes était varié en ce qui concerne leur statut d'immigration.

L'étude des trajectoires montre que ces femmes ont des projets de vie familiale, mais aussi professionnelle. Elles ont envie de travailler, ce qui leur permet d'avoir une perception positive d'elles-mêmes qui n'est pas associée à la maternité. L'investissement des femmes dans le fonctionnement familial les

empêche toutefois de se former et de travailler. Leurs diplômes ne sont également pas reconnus.

L'étude des trajectoires révèle également que plusieurs éléments de contexte peuvent précariser les familles. Le travail domestique, que ce soit dans sa propre famille ou comme emploi précaire pour une autre famille, n'est pas reconnu. Ces femmes peuvent ainsi vivre une situation de déclassement, c'est-à-dire qu'elles sont exploitées par des femmes d'une autre classe sociale.

**PANEL SUR L'IMPLICATION  
DES ORGANISMES AUTOUR  
DES PROBLÉMATIQUES  
ENTOURANT LA NAISSANCE  
DANS LES FAMILLES MIGRANTES**



# LA PAROLE À MARIE-CHRISTINE LADOUCEUR-GIRARD, DIRECTRICE DU BUREAU DES NOUVEAUX IMMIGRANTS À MONTRÉAL...

## Qu'est-ce que le BINAM ?

Le BINAM est un bureau créé en 2016 dans la foulée de l'arrivée des réfugiés syriens. La ville a voulu se doter de ce bureau lorsqu'elle a réalisé qu'il n'y avait pas d'instance de coordination à l'interne pour faire face à cette situation. En effet, ce n'est pas simple pour les immigrants de se retrouver dans les nombreux organismes municipaux. Le BINAM peut jouer un rôle de coordonnateur pour assurer une certaine cohésion.

## Comment le BINAM peut-il favoriser un gouvernement municipal de proximité ?

Nous avons des conseillers sur le terrain qui travaillent avec les arrondissements et les partenaires locaux pour déployer des projets structurants. Par exemple, le projet « Station nouveau départ » regroupe en un seul endroit physique tous les services gouvernementaux pertinents pour les nouveaux arrivants. Nous travaillons aussi à rendre Montréal plus inclusive en sensibilisant la société d'accueil.

## Sur quels projets

### travaillez-vous actuellement ?

Nous élaborons une politique d'accès sans peur aux services municipaux pour les migrants à statut précaire ou sans statut et nous aimerions ultimement créer une pièce d'identité municipale. En attendant, nous développons un mécanisme de référence par les tiers qui permet aux organismes d'authentifier l'identité d'une personne migrante et de lui remettre une attestation pour qu'elle puisse se prévaloir des services de la ville. Nous aimerions également mettre en place une cellule d'intervention et de protection avec le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels pour rejoindre les migrants qui sont victimes d'abus ou d'exploitation.



**Marie-Christine  
Ladouceur-Girard**



**Captation audiovisuelle  
de la discussion  
entre Marie-Christine  
Ladouceur-Girard,  
Mylène Drouin et  
Jean-Marc Chouinard**



**Mylène Drouin**

## LA PAROLE À MYLÈNE DROUIN, DIRECTRICE RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE À MONTRÉAL...

### **Quel est le rôle de la santé publique auprès des familles migrantes à statut précaire ?**

Dans notre mandat de surveillance de l'état de santé de la population, nous cherchons à regrouper des données pour bien comprendre ce groupe cible. Nous voulons aussi déterminer comment intégrer la perspective migratoire dans l'adaptation de nos services.

### **Que faites-vous pour agir sur l'accès aux soins de santé pour ces familles ?**

Nous nous intéressons à l'équité d'accès aux services de santé. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a d'ailleurs acquis l'hôpital Notre-Dame, qui deviendra un hôpital communautaire pouvant accueillir et développer des services adaptés aux populations vulnérables. De plus, dans nos orientations stratégiques, il y a aussi le concept de la population partenaire. Nous voulons voir comment donner une voix à ces personnes pour qu'elles revendiquent certains droits et expliquer les barrières d'accès aux services de santé et aux services préventifs.

### **Croyez-vous qu'il soit aussi nécessaire d'agir sur la communauté d'accueil ?**

Collectivement, nous devons faire un effort de sensibilisation et étendre cet effort au-delà de Montréal. C'est essentiel pour favoriser des politiques publiques provinciales. Toute la population doit être sensibilisée pour en faire un enjeu québécois ayant une solution collective. Il faut donc que la population porte aussi le message et qu'il y ait plus d'écoute et moins de préjugés.

### **Observez-vous des réticences au sein même de la santé publique ?**

Nos programmes provinciaux ne sont pas toujours adaptés à la réalité des migrants, et certains décideurs et gestionnaires hésitent encore à faire ces adaptations. Cependant, la principale barrière demeure la difficulté à faire reconnaître et à soutenir financièrement une région comme Montréal, ce qui nous permettrait pourtant d'adapter nos services et nos interventions afin de réduire les barrières d'accès pour ces populations.



**Jean-Marc  
Chouinard**

## LA PAROLE À JEAN-MARC CHOUINARD, PRÉSIDENT DE LA FONDATION LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON...

### **Comment la Fondation Lucie et André Chagnon peut-elle agir sur ce dossier ?**

Notre rôle est de soutenir ceux qui agissent sur le terrain, que ce soit des experts ou des personnes qui travaillent auprès de ces populations. Ce qui nous interpelle, ce sont les iniquités d'accès et de traitement. Ces iniquités sont au cœur des enjeux sur notre territoire. Nous souhaitons appuyer le travail de différentes organisations qui cherchent à éliminer les conditions à la base de ces iniquités.

### **Est-ce que la Fondation peut donner une voix aux familles migrantes à statut précaire ?**

La Fondation veut soutenir les acteurs qui peuvent prendre position sur ces enjeux. Nous avons eu la chance d'appuyer des projets novateurs qui laissent la parole à des gens dans ces situations. Je pense notamment à un projet à Montréal qui s'appelle « Parole d'exclus ». Ce projet a permis à des citoyens de différents horizons de définir des besoins, des occasions et des solutions et, par le fait même, de développer leur capacité d'agir, ce qui a ensuite influencé des décideurs.

### **Comment la position de la Fondation peut-elle être intéressante pour agir sur ces dossiers ?**

La Fondation n'a pas d'obligation d'universalité. Dans ce contexte, nous pouvons nous concentrer sur des milieux qui sont à forte concentration de familles défavorisées. Nous tentons de concentrer notre soutien dans ces contextes. Dans un contexte où les trois principaux enjeux sont l'environnement, les inégalités et la migration, on peut se demander où sont rendues nos solidarités humaines ? L'égalité, c'est bon pour tous. L'inclusion aussi.

