

Analyse contextualisée finale

Les enfants et les femmes enceintes sans assurance médicale à Montréal

8 juin 2018

Par Solène Lagrange, Coordonnatrice de recherche en santé publique

Amandine Fillol, Candidate au doctorat en Santé Mondiale

et Margaux Fête, Assistante de recherche en santé publique

Avec la supervision de Valéry Ridde, Professeur agrégé de santé publique et
titulaire de la chaire de recherche REALISME

Et la révision du Professeure Janet Cleveland et de Maître Christine Carron

Analyse contextualisée sur les enfants et les femmes enceintes sans assurance médicale

L'accès à la santé et aux soins de santé des individus, indépendamment de leur statut et de leur pays d'origine, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités, les conférences mondiales et les normes juridiques internationales (OMS 2005). Toutefois, au Québec des segments importants de la population sont exclus du régime public de santé et de par ce fait sont privés des soins de santé.

Section 1. WHAT ? Portrait du phénomène des migrants sans assurance maladie

Faits saillants :

- Au Québec, l'assurance maladie (RAMQ) est généralement **réservée aux citoyens et résidents permanents (sauf certaines exceptions limitées)**
- Sauf conditions particulières, les résidents temporaires ou les personnes en attente de statut migratoire ne peuvent pas en bénéficier, on parle des **migrants sans assurance médicale (MSAM)**
- Les enfants nés au Québec dont les parents n'ont pas l'accès à la RAMQ n'y ont pas accès non plus
- En 2017, au Québec :
 - La moitié de la population migrante (c'est-à-dire, un individu qui se déplace ou qui s'est déplacé vers le Québec alors que ce n'est pas sa résidence habituelle, pour une durée indéterminée) avec RAMQ est des femmes (50%, n=248780/496490), dont une très grande partie (70% n=173462/248780) est en âge de procréer,
 - 8% de la population migrante avec RAMQ est constituée d'enfants de moins de 4 ans en 2017 (n=40230/496490)
- À Montréal, les MSAM sont majoritairement (79%, n=201/254) des résidents avec **statut légal d'immigration** ou en attente d'un statut mais n'ont aucun accès à une assurance médicale car la loi ne prévoit pas d'accès aux soins de santé pour cette catégorie de migrant
- compte tenu de la forte proportion de **femmes et enfants migrants** à Montréal, mais également de la légalité de leur résidence sur le territoire, il est essentiel de s'attaquer à cette problématique de l'accès à la RAMQ.

L'objectif de cette première section est de comprendre la situation de l'accès aux soins de santé des enfants et femmes enceintes migrants, non seulement au Québec et au Canada, mais également dans le reste du monde. Mais tout d'abord, il semble important de savoir ce que recouvre le terme de « migrant ». En effet, plusieurs termes peuvent être utilisés lorsqu'il est question de migration (Tableau 1). Il n'existe pas de définition universellement acceptée pour définir la notion de « migrant » mais si nous acceptons la définition des Nations Unies (1), **un migrant est un individu qui se déplace ou qui s'est déplacé vers un autre pays ou une autre région que celui (celle) de sa résidence habituelle, pour une durée indéterminée**¹. Ce terme comprend les « immigrants » (les individus qui viennent dans un pays), les « immigrés » (les individus étant venus dans un pays),

¹ Le terme indéterminé inclue aussi les migrants ayant un permis pour une période déterminée mais pouvant être renouvelé

les « émigrants » (les individus qui partent) et les « émigrés » (les individus qui sont partis). Toutefois, les immigrés ne sont pas systématiquement des étrangers car ils ont pu acquérir la nationalité du pays. Par exemple, un individu né dans un autre pays que le Canada peut demander la citoyenneté canadienne et devenir canadien. Nous excluons de la définition de « migrant », les immigrés non étrangers car ils ne rencontrent pas les mêmes problèmes d'accès aux soins de santé. Dans la catégorie « migrant », il y a ceux en situation « régulière », qui sont autorisés à séjourner dans le pays de réception, et ceux en situation « irrégulière ». Au sein des situations régulières, les migrants peuvent être des « migrants réguliers temporaires », c'est-à-dire qui ont un statut légal avec une durée prédéterminée au pays de réception (travailleur temporaire, étudiant, demandeur d'asile par exemple) et « les migrants réguliers permanents », c'est-à-dire qui ont un statut légal à long terme dans le pays (résident permanent). (1)

Les demandeurs d'asile et les réfugiés présentent des situations un peu particulières du fait de la perspective « subie » de la situation à la différence des migrants dont la décision d'émigrer serait « prise librement par l'individu concerné ». Dans ce document, nous parlerons de « migrant », des « demandeurs d'asile » et de « réfugiés » de façon distincte. Toutefois, l'objectif principal de ce document est d'aborder la situation des migrants, car au Québec, les demandeurs d'asile et réfugiés recouvrent des problématiques différentes concernant l'accès aux soins de santé (cette subtilité est expliquée plus tard dans le document).

Tableau 1 : Liste des termes liés à la migration et leur définition par l'organisation internationale pour les migrations (OIM) (1)

Termes liés à la migration	Définition de l'organisation internationale pour les migrations (organisation rattachée aux Nations Unies)
Migrant	<i>« Toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Migrant en situation régulière	<i>« Migrant dont l'entrée et le séjour sur le territoire d'un État étranger sont conformes au droit applicable » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Migrant en situation irrégulière (ou sans statut)	<i>« Migrant contrevenant à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un État, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il se soit soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Migrant à statut précaire	<i>Dans le contexte du Canada, les migrants à statut précaire incluent des personnes qui ont un statut migratoire permettant une résidence temporaire, souvent non associée à des droits tels que l'assurance maladie publique, ou sans statut</i>
Demandeur d'asile	<i>« Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un État en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête. En cas de décision de rejet, le demandeur débouté doit quitter le territoire de l'État considéré ; il est susceptible de faire l'objet d'une mesure d'expulsion au même titre que tout étranger en situation irrégulière, à moins</i>

	<i>qu'une autorisation de séjour lui soit accordée pour des raisons humanitaires ou sur un autre fondement » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Immigration	<i>« Action de se rendre dans un État dont on ne possède pas la nationalité avec l'intention de s'y installer » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Immigré	Individu ayant quitté son pays de naissance, pouvant avoir la nationalité du pays de réception ou non
Emigration	<i>« Action de quitter son État de résidence pour s'installer dans un État étranger » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>
Étranger	Individu né à l'étranger et n'étant pas citoyen du pays de réception
Migration	<i>« Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées » (Définition du glossaire du site de l'OIM)</i>

La définition de migrant à retenir pour ce document est donc la suivante : toute personne franchissant ou ayant franchi des frontières internationales, pour une durée indéterminée, n'ayant pas acquis la citoyenneté du pays (c'est-à-dire qui est étranger), en situation régulière ou irrégulière.

Ainsi, nous commencerons par explorer les différentes manières dont les pays gèrent l'accès aux soins de santé des migrants pour définir, par la suite, comment fonctionnent les systèmes canadien et québécois. Dans une troisième partie, nous définirons qui sont les migrants qui n'ont pas accès aux soins de santé au Canada et au Québec.

I. De quelles manières les migrants ont-ils accès aux soins de santé dans le monde ?

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le taux d'étrangers dans les populations des pays varie entre 5 et 17% en Europe (hors Luxembourg et Suisse), est de 20% au Canada, et 13% aux États-Unis (2). Cela permet d'observer que la migration internationale est un phénomène qui touche tous les pays. Toutefois, il est à noter que ces chiffres reflètent moins l'amplitude de la migration que les politiques migratoires puisque les situations irrégulières ne sont pas prises en compte. Les pays peuvent s'organiser de façon différente pour permettre aux migrants d'avoir accès aux soins de santé dont nous présentons des tendances, mais dont la présentation n'est pas exhaustive.

Certains pays, tels que l'Allemagne, les Pays bas, la France et l'Autriche ont mis en place **un système d'assurance maladie** qui permet à chaque travailleur de cotiser afin de bénéficier d'une assurance. Ce modèle peut générer des exclus puisque les personnes ne travaillant pas ne bénéficient pas d'assurance pour couvrir leur frais de santé, même s'ils sont en situation régulière. D'autres pays ont opté pour « **un système national de santé** » où le droit aux soins de santé est universel, c'est-à-dire qu'il concerne tous les citoyens, quelle que soit leur situation d'emploi, et uniforme, c'est-à-dire que tout le monde peut bénéficier des mêmes soins, quel que soit son revenu. Il s'agit du modèle du Royaume-Uni, des pays scandinaves, de l'Irlande, l'Italie, de l'Espagne par

exemple. Dans ces pays, en général, l'accès aux soins de santé des migrants est proposé, soit par le biais d'une assurance spécifique (sous réserve de preuve d'une insuffisance de ressources et/ou critère de résidence) ou grâce à des soins gratuits. Il est à noter que la tendance générale vise à donner l'accès au système national de santé aux migrants en situation régulière permanente alors que les migrants en situation régulière temporaire se retrouvent dans une précarité sanitaire, souvent associée à une précarité économique. Un autre modèle de système de santé est celui basé **sur les assurances privées**, comme aux États-Unis d'Amérique. Dans ce cas, seules les personnes nécessitant des soins de grande urgence, les plus pauvres et les personnes âgées peuvent bénéficier d'une assurance de santé publique. Il existe de grandes variations selon les différents États.

Si chaque pays suit un modèle type, il n'est pas statique, il est courant de voir des « systèmes mixtes » empruntant des dispositifs de plusieurs modèles, spécifiquement pour l'accès aux soins de santé des migrants (Tableau 2).

Tableau 2 : Survol de différents types d'accès aux soins de santé des femmes enceintes et enfants migrants venant de pays hors de l'Union européenne, dans différents pays d'Europe (3)

	Système de santé	Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et enfants migrants		
		Statut régulier		Statut irrégulier
		Type d'accès	Conditions	
France	Système assurance maladie	Couverture maladie spécifique	Résidents de plus de trois mois	Accès sans condition à des dispositifs spécifiques ² pour les migrants sans statut ou à très faibles ressources
Espagne	Système national de santé	Accès universel	Aucune	Accès au système national de santé pour les femmes enceintes pendant la grossesse, l'accouchement, les soins postnataux et pour les mineurs
Royaume-Uni	Système national de santé	Couverture maladie spécifique	Résidence de plus de 6 mois	Pas d'accès, sauf pour interruption de grossesse et pour les mineurs pour les pathologies infectieuses
Allemagne	Système d'assurance maladie	Soins gratuits pour demandeurs d'asile résidents depuis moins de 15 mois, Assurance après 15 mois, sauf si peu de ressources, accès gratuit	-	Accès aux soins gratuits seulement trois mois avant et trois mois après l'accouchement mais obligation de signalement aux autorités. Remboursement de l'interruption de grossesse. Accès aux soins d'urgence, toujours avec obligation de dénonciation.

² Les dispositifs spécifiques sont dans ces cas les permanences d'accès aux soins de santé, qui sont des permanences au sein des hôpitaux publics destinés aux populations en situation de précarité et l'aide médicale d'Etat qui est un système permettant aux migrants en situation irrégulière (avec un domicile fixe (personnel ou par le biais d'une association, ou centre communal) depuis au moins trois mois) d'avoir un accès au système national de santé dans l'attente d'une régularisation.

Lorsque nous parlons d'accès aux soins de santé, il s'agit notamment de l'accès via une assurance ou un dispositif permettant la délivrance de soins gratuits afin de lever la barrière financière. Toutefois, il est possible de considérer l'accès aux soins de santé de façon large en intégrant d'autres facteurs. L'OMS définit plusieurs de ces facteurs : la disponibilité des services, l'accessibilité physique, l'accessibilité de l'information relative aux droits des individus, l'acceptabilité (c'est-à-dire le respect de l'éthique médicale et des différences culturelles), et la qualité des soins délivrés (4). Ainsi, malgré la levée de la barrière financière par les lois, d'autres barrières peuvent entraver l'accès aux soins de santé. Par exemple, en France, depuis 2016, toute personne qui travaille ou qui vit légalement sur le territoire de façon continue depuis plus de trois mois a le droit d'obtenir une couverture maladie (5) et peut bénéficier des mêmes soins que les citoyens. Toutefois, les barrières liées à la langue et à la difficulté de compréhension du fonctionnement administratif sont importantes (5). En Allemagne, si en théorie, l'accès semble acquis pour les femmes enceintes et les enfants, en réalité, la peur d'être dénoncé par les professionnels de santé et la difficulté de rassembler toutes les informations pour bénéficier d'un accès aux soins de santé sont des barrières particulièrement importantes (4,6,7). De manière générale, en Europe, les barrières concernant l'accès aux soins de santé sont la peur des autorités, le manque d'information sur l'accès à ces droits, la précarité économique (8), les barrières linguistiques, culturelles et le sentiment de discrimination (9).

Ces barrières pouvant engendrer un manque d'accès aux soins de santé et peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé des migrants. En Europe, l'observatoire européen 2016 de l'organisation non gouvernementale (ONG) Médecins du Monde (MdM), a mis en perspective (5) plusieurs faits saillants concernant à la fois l'injustice de la situation pour les migrants n'ayant aucun accès aux soins de santé et les difficultés rencontrées (5). L'observatoire s'est basé sur une enquête réalisée parmi les patients de MdM dans 31 villes en Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie. Le nombre de patients rencontrés est de 30000 patients lors de 89000 consultations mais seuls les questionnaires complets ont été comptés (n=10447). L'observatoire a permis d'observer plusieurs faits en 2015 :

1. Les patients rencontrés sont majoritairement des étrangers (94%) et en situation régulière (51%)
2. L'état de santé des patients rencontrés est préoccupant :
 - 40% d'entre eux nécessitaient des soins urgents ou assez urgents
 - 74% nécessitaient un traitement indispensable
 - 51% avaient au moins une maladie chronique n'ayant jamais été traitée
3. L'accès aux soins de santé est un problème réel :
 - 22% ont renoncé à des soins ou à un traitement dans les 12 derniers mois
 - 9% se sont vu refuser des soins à au moins une occasion
4. La patientèle de MdM comprend également des femmes enceintes et des enfants :
 - 274 des patients rencontrés étaient des femmes enceintes dont 68% n'ont aucun accès à une assurance médicale, et 19% ont seulement accès à des soins d'urgence
 - 1711 étaient des enfants

Maintenant que les tendances ont été observées dans les autres pays, nous allons observer quelles sont les problématiques spécifiques au Canada et au Québec.

II. Au Canada et au Québec : quel est l'accès aux soins de santé des migrants ?

Au Canada, il existe deux types d'accès à des statuts migratoires (10,11) :

- Des statuts migratoires temporaires : c'est-à-dire des personnes qui deviennent des **résidents temporaires**. Parmi eux, il y a les travailleurs temporaires comme les travailleurs agricoles saisonniers ou les aides familiaux, les étudiants, les visiteurs et d'autres types de travailleurs étrangers. Ce type d'immigration comprend également les demandeurs d'asile et les personnes ressortissantes des pays sous moratoire³. Il est possible qu'un résident temporaire reste sur le territoire après l'expiration de son titre de séjour temporaire sans qu'il ait fait d'autres demandes, que ses demandes aient été rejetées ou bien qu'il soit en attente entre deux statuts. Il devient ainsi **un migrant sans statut**.
- Des statuts migratoires permanents, c'est-à-dire des personnes qui deviennent **résidents permanents**. Il s'agit des immigrations économiques, de regroupement familial ou humanitaire (réfugiés). Un résident temporaire peut devenir résident permanent que ce soit par son travail ou bien par regroupement familial grâce au parrainage. Un résident permanent peut demander la citoyenneté canadienne.

Le système national de santé au Canada est majoritairement géré par les gouvernements provinciaux.

Au Québec, **les citoyens canadiens résidents permanents du Québec, les réfugiés et d'autres catégories de personnes limitées** sont admissibles au régime public d'assurance maladie dont l'administration est conférée à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (cf. figure 1). Elle prend en charge un ensemble de soins médicaux réalisés par les médecins « participants », c'est-à-dire qui acceptent la carte d'assurance maladie comme paiement de leurs honoraires, quelle que soit la structure dans laquelle ils sont réalisés : examens, consultations, actes diagnostiques, actes thérapeutiques, traitements psychiatriques, chirurgies, anesthésie et certains services de radiologie réalisés par des médecins. En outre, certains soins dentaires, optométriques et pharmaceutiques peuvent également être couverts (12).

Les **résidents permanents** ont le droit à la RAMQ mais sous certaines conditions (cf. figure 1). L'une des particularités du système québécois (et de l'Ontario et de la Colombie-Britannique) est qu'en provenant d'un autre pays ou en s'absentant du Québec pendant plus de 6 mois⁴, l'individu doit attendre trois mois après son arrivée pour pouvoir bénéficier de la RAMQ, et ce, même s'il est de nationalité canadienne. Cela s'appelle le « délai de carence ». Durant cette période, aucun soin de santé n'est pris en charge, excepté les soins nécessaires aux victimes de violence conjugale ou sexuelle, les soins liés à la grossesse, l'accouchement ou l'interruption de grossesse et les soins concernant les maladies infectieuses, présentant un danger de santé pour la population (13). Toutefois, ces exceptions ne sont pas toujours respectées. Il a été montré en Ontario, que ce délai de

³ « Ces personnes n'ont pas le statut de réfugié ni de résident permanent mais le gouvernement canadien reconnaît qu'ils ne peuvent pas retourner dans leur pays d'origine à cause de l'insécurité qui y prévaut et impose donc un moratoire sur les renvois » (définition du conseil canadien pour les réfugiés : <http://ccrweb.ca/sites/ccrweb.ca/files/static-files/documents/Ficheinfomoratoire.pdf>)

⁴ Mais les résidents permanents québécois ont le droit à une exemption du délai de carence une fois tous les 7 ans en cas d'absence de plus de 6 mois et quelques cas particuliers (en cas d'étude, de stage, ou de contrat particulier) sont également exemptés du délai de carence (Spécificités expliquées sur le site de la RAMQ : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/pages/admissibilite-lors-sejour.aspx>)

carence pouvait avoir un impact négatif sur la santé des migrants, notamment à cause du fait que ces derniers pouvaient reporter ou renoncer à des soins de santé dont ils avaient besoin (14).

En ce qui concerne **les résidents temporaires**, les étudiants provenant de pays ayant une entente entre la sécurité sociale de leur pays et la RAMQ (10 pays européens) sont admissibles à la RAMQ. Certains travailleurs temporaires sont admissibles sous certaines conditions à la RAMQ (s'ils ont un permis fermé depuis plus de 6 mois) alors que d'autres non (ceux possédant un permis ouvert ou fermé de moins de 6 mois). Les demandeurs d'asile et les personnes de pays sous moratoire ont un accès à une assurance maladie à travers le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui assure la même couverture de soins médicaux et hospitalier que la RAMQ, ainsi qu'une couverture des médicaments et de certains autres services (ex., lunettes) comparable à l'assistance sociale provinciale. La couverture PFSI se termine lorsque la personne est acceptée comme réfugiée, ou encore qu'elle fait l'objet d'une ordonnance de renvoi suite au rejet définitif de sa demande d'asile. Les personnes n'ayant aucun accès à une assurance maladie publique sont (principalement mais il existe des exceptions⁵) : les étudiants dont le pays d'origine n'a pas d'entente avec la RAMQ, les visiteurs longue durée, les enfants nés au Québec de parents étrangers se trouvant au Québec en tant que touriste ou en tant qu'étudiant dont le pays n'a pas d'entente avec la RAMQ, les personnes sans statut ou en attente de statut. S'ils ne possèdent pas assez de ressources pour adhérer à une assurance privée, ils n'ont aucune assurance. Ce sont des **migrants sans assurance médicale (MSAM)** (cf. figure 1⁶).

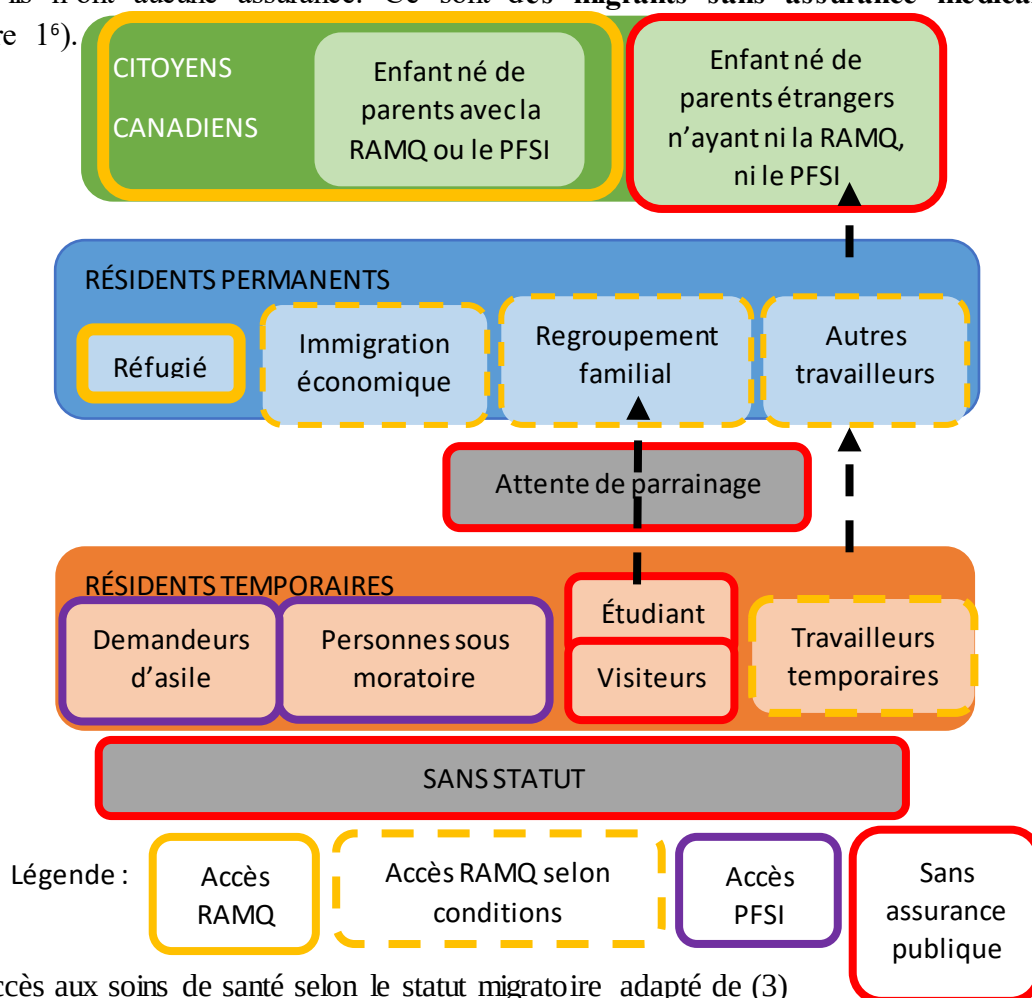


Figure 1 : Accès aux soins de santé selon le statut migratoire adapté de (3)

⁵ Les descriptions et le schéma permettent de représenter les cas de figure les plus fréquents. Il y a des personnes éligibles ou non-éligibles, mais l'accès est un mécanisme plus complexe en raison des barrières administratives. En réalité, les catégories sont plus nuancées. Par exemple, un migrant avec un permis de travail temporaire fermé de plus de 6 mois perdant son emploi ou entre deux emplois ne sera pas éligible à la RAMQ.

Pour résumer, le tableau 3 ci-dessous présente les modalités d'accès aux différents types d'assurance maladie selon le statut migratoire.

Tableau 3 : Couverture des soins de santé selon le statut migratoire au Québec

Couverture des soins de santé au Québec en fonction du statut migratoire	
RAMQ	• Citoyens canadiens ◦ Si absence de plus de 6 mois : délai de carence de 3 mois au retour • Résidents permanents ◦ Soumis à un délai de carence de 3 mois ◦ Pendant ce délai, pas de couverture des soins sauf quelques rares exceptions (ex., soins périnataux, interruption de grossesse) • Réfugiés sélectionnés (parrainés par l'État ou la collectivité) ◦ Aucun délai de carence • Étudiants étrangers d'un des 10 pays européens ayant une entente avec le Québec • Travailleurs étrangers temporaires avec un permis fermé de moins de 6 mois
PFSI (identique à la RAMQ, plus certains autres soins)	• Demandeurs d'asile • Migrants provenant de pays sous moratoire de renvoi • Réfugiés sélectionnés – pour médicaments, psychothérapie, certains autres services pendant les premiers 12 mois
Aucune couverture des soins de santé	• Résidents permanents pendant la période de carence de 3 mois (sauf pour certains soins, ex., soins périnataux) • Étudiants étrangers (sauf ceux des 10 pays européens avec une entente particulière) • Travailleurs étrangers temporaires avec soit 1) un permis fermé de plus de 6 mois ou 2) un permis ouvert • Visiteurs • Migrants sans statut (incluant ceux en processus de régularisation) • Les enfants canadiens dont aucun des deux parents n'a de couverture RAMQ, ni PFSI

Les enfants sont dépendants du statut migratoire des parents (Cf. tableau 4).

Tableau 4 : couverture des soins de santé pour les enfants selon le statut migratoire de leurs parents

Couverture des soins de santé pour les enfants
• Si au moins un des parents a droit à la RAMQ ou le PFSI, l'enfant a automatiquement droit à la RAMQ • Si au moins un parent a soumis une demande de résidence permanente, le parent peut soumettre une demande de couverture RAMQ pour son enfant • Dans tous les autres cas, l'enfant n'a pas droit à la RAMQ

III. Qui sont les migrants sans assurance médicale (MSAM) au Québec ?

Le processus de sélection des migrants au Canada, contrairement en Europe où l'entrée irrégulière par la voie terrestre est plus fréquente⁷, permet au pays de faire un choix dans les migrants. En général, le pays tend à sélectionner des familles avec de jeunes enfants et des adultes en âge de travailler et de procréer (15). Ces familles viennent en général en espérant un avenir meilleur pour leurs enfants, fuir des conflits ou acquérir une prospérité économique. Ces migrants sont souvent des femmes ou des couples pouvant avoir de jeunes enfants (16). C'est pourquoi la question de l'accès aux soins de santé est primordiale pour ces populations.

A. Les migrants au Québec : un nombre non négligeable de femmes en âge de procréer et des jeunes enfants

Il est particulièrement difficile de recenser les migrants au Canada, de part leur situation souvent précaire et/ou irrégulière. Les chiffres ci-dessous sous-estiment ainsi sans doute leur nombre. La population canadienne dénombre une forte proportion de migrants. Entre 2013 et 2014, le gouvernement du Canada déclarait que près des deux tiers (67%) de l'accroissement de la population du Canada était lié à la migration internationale (17). En 2016 :

- 173 262 demandes de résidence permanente ont été réalisées :
 - o 92% ont été acceptées.
 - o 31% (n=53150/173262) concernaient des regroupements familiaux
- 1 401 633 demandes de résidence temporaire ont été réalisées :
 - o 84% ont été acceptées
 - o La majorité concerne des demandes de permis de travail et des permis d'étude (respectivement, n=111 066 et n=103 234) qui ne permettent le plus part du temps pas d'accès au régime d'assurance maladie publique.

En 2016, le nombre d'individus ayant eu une demande de résidences temporaire ou permanente acceptée (nouveaux immigrants) ont constitué 4% de la population canadienne totale⁸.

⁷ Il est à noter que même si la vaste majorité des migrants entrent au Canada de manière régulière, il y a actuellement une augmentation du nombre de migrants qui entrent de manière irrégulière via les États-Unis. La majorité de ces derniers régularisent immédiatement leur statut en faisant une demande d'asile.

⁸ Ce calcul a été fait sur la base du chiffre de la population totale canadienne déclaré sur le site du gouvernement du Canada, c'est-à-dire 36264600 (<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo02a-fra.htm>)

Au Québec, la dernière enquête nationale auprès des ménages, qui permet de connaître l'ampleur de la migration internationale au Québec, date de 2011 (18). Cette enquête a permis d'observer qu'en 2011, 13% de la population québécoise était immigrée (citoyenne ou non du Québec) ($n=974\,895/773\,2520$). Cette population était constituée à moitié de femmes (51%, $n=497\,655/974\,895$), qui sont pour une grande partie en âge de procréer (15-44 ans) (46%, $n=226\,455/497\,655$). Une petite partie de la population immigrée était des enfants de moins de 14 ans (7%, $n=71\,905/974\,895$).

Une enquête plus récente (2017) spécifique sur les migrants a été réalisée mais ne comporte que les migrants ayant un accès à la RAMQ (19). Cela a permis d'observer que parmi les 496 490 personnes immigrantes admises à la RAMQ entre 2006 et 2015 (nouveaux immigrants durant cette période), 16% ($n=78\,041/496\,490$) avaient des cartes RAMQ expirées au moment de l'enquête en 2017 et 10% ($n=48\,434/496\,490$) des personnes n'avaient pas été retrouvés. Cela permet de penser qu'un nombre important de migrants sont sans assurance maladie actuellement au Québec, surtout si l'on rajoute les migrants n'ayant jamais eu d'accès à la RAMQ dès leur arrivée sur le territoire. Les migrants possédant toujours la RAMQ en 2017 depuis 2006 (qui peuvent donner une certaine idée de la population des migrants au Québec, même s'ils ne correspondent pas à notre population d'étude qui est les MSAM) sont en majorité des migrants économiques (61%, $n=329\,707/496\,490$), et liés à des regroupements familiaux (21%, $n=106\,277/496\,490$). Ce sont pour la moitié des femmes (50%, $n=248\,780/496\,490$), dont une très grande partie (70% $n=173\,462/248\,780$) est en âge de procréer, à la différence de la population immigrée du Québec en 2011. En outre, 8% de cette population migrante est constituée d'enfants de moins de 4 ans en 2017 ($n=40\,230/496\,490$).

B. Les migrants sans assurance maladie (MSAM) à Montréal: majoritairement des résidents au statut légal ?

Il est particulièrement difficile de définir combien de migrants sont concernés par l'absence d'assurance maladie car ils constituent une population difficile à rejoindre, de par leur statut temporaire ou leur absence de statut. C'est pourquoi une enquête a été réalisée par une équipe de recherche de l'Université de Montréal pendant un an auprès des MSAM de Montréal, entre juillet 2016 et septembre 2017. Cette enquête sera appelée « enquête MSAM à Montréal » pour la suite de l'analyse lorsqu'elle sera citée. Cette enquête a concerné 871 individus, recrutés à la fois dans la communauté et à la clinique Médecins du Monde (MdM) à Montréal⁹. Parmi ces individus, 45 femmes étaient enceintes (5%), 104 femmes non enceintes avaient déjà eu au moins un enfant sans assurance maladie au Québec (12%), 130 individus avaient au moins un enfant de moins de 6 ans au moment de l'enquête (15%). Au total, 281 enfants ont au moins un parent sans assurance médicale. Il y avait 65 enfants sans assurance médicale (23%, $n=65/281$) et 37 (13%, $n=37/281$) qui vivent dans des familles où les parents ont déclaré que seulement certains de leurs enfants avaient accès à la RAMQ.

La majorité (79%, $n=201/254$) de ces individus avaient un statut migratoire légal mais ne sont pas admissibles à une assurance maladie publique. En effet, parmi eux, la majorité était des travailleurs

⁹ Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la représentativité de notre échantillon, vu l'absence de données statistiques sur cette population. Nous avons cependant pris de nombreuses précautions visant à limiter les biais potentiels et croyons que notre échantillon reflète assez fidèlement cette population, compte tenu des défis inhérents à ce type d'étude. Signalons par ailleurs que 44% de l'échantillon a été recruté à la clinique Médecins du Monde à Montréal, de sorte que certains enjeux de santé peuvent être surreprésentés. Pour plus de détails, le processus de recrutement se trouve en annexe (Annexe 1).

étrangers temporaires ou dépendants (36%), des visiteurs long terme ou des étudiants (22%), et des personnes en attente de réponse pour la demande de statut (17%) (Cf. Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des MSAM selon le statut migratoire (hors demandeur du statut de réfugié et demandeur d'asile accepté ou refusé) et le fait d'être enceinte, d'avoir eu ou d'avoir un enfant de moins de 6 ans, Enquête MSAM à Montréal, juillet 2016-septembre 2017, Université de Montréal, Institut de Recherche de santé publique de l'Université de Montréal

	Femmes enceintes		Femme ayant déjà eu au moins un enfant sans assurance médicale au Québec		Homme ou femme ayant au moins un enfant de moins de 6 ans vivant au Québec avec eux		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aucun statut (aucune demande en cours)	12	27	22	23	19	17	53	21
Aucun statut (demande en cours)	8	18	13	13	21	19	42	17
Travailleur étranger temporaire	11	24	35	36	45	40	91	36
Visiteur long terme/Étudiant	8	18	24	25	25	22	57	22
Autre permis de résident temporaire	6	13	3	3	2	2	11	4
Total	45	100	97	100	112	100	254	100

Il y a de plus en plus de migrants au Canada et de plus en plus de situations « d'irrégularisation » des migrants qui sont entrés, ou séjournent, au Canada avec un statut légal temporaire et qui se retrouvent par la suite dans des situations précaires au plan sanitaire. La plupart des personnes en attente de la régularisation de leur statut migratoire ou ayant épuisé les recours du système d'immigration, n'ont pas accès aux soins de santé. Ces MSAM sont établis ici, ils travaillent, étudient et ont une famille, et font partie à part entière de la population québécoise et Canadienne.

Section 2. SO WHAT ? Impacts de l'absence d'assurance médicale pour les tout-petits.

Faits saillants :

- La migration des personnes venant des pays à faible revenu vers les pays du Nord est **en constante augmentation**
- Ne pas avoir d'assurance médicale a des **conséquences néfastes sur l'accès aux soins des migrants et la santé** de toute la population :
 - Les femmes enceintes migrantes, déjà en **situation de grande vulnérabilité**, ont un **suivi de grossesse inadéquat** et des expériences d'accouchement traumatisantes **affectant leur état de santé ainsi que celui du fœtus et de l'enfant.**
 - Les enfants sans assurance médicale, ou dont les mères n'en ont pas eu pendant la grossesse présentent des **états de santé physique et mentale moins bons** que leurs homologues des pays d'accueil.
- Au Québec, les soins de santé sont **facturés avec une majoration d'au moins 200%** pour les MSAM, soit 3 fois le taux RAMQ. Un accouchement pouvant être facturé jusqu'à 40.000\$, laissant des **factures impayées** dans les hôpitaux et des dettes à vie pour les personnes.

Les migrations internationales n'ont jamais été aussi nombreuses qu'en cette période de mondialisation économique, culturelle et sociale. Le nombre de migrants venus des pays à faibles revenus, et s'installant dans les pays du nord, augmente et va continuer à croître dans les prochaines années. De ce fait, le nombre d'enfants et de femmes enceintes non assurés va augmenter au Québec. Pourtant, les conditions de vie délétères et l'absence d'assurance maladie ont des conséquences importantes sur la santé des enfants. C'est ce que nous allons voir en trois points : i) l'explication de la migration internationale et ses conséquences sur la population canadienne, ii) l'explication des déterminants sociaux de la santé qui sont fondamentaux pour comprendre leurs effets sur l'état de santé des individus, iii) la description des conséquences de ces déterminants sociaux sur la santé des MSAM au Canada et à Montréal.

I. La migration internationale : un phénomène de plus en plus important

La population migrante a été en constance augmentation depuis un demi-siècle (20). Elle représenterait presque 3% de la population mondiale d'après une estimation des Nations Unies en 2005, près de la moitié serait des femmes et 60% vivent dans les pays à revenus élevés (21). Cette tendance s'explique par divers phénomènes tels que le développement de la mondialisation, les crises et l'instabilité politique et les changements climatiques (22). Les migrations forcées, c'est-à-dire lorsque des circonstances particulières (persécutions, guerres, catastrophes naturelles...) obligent la population à quitter sa terre, se sont particulièrement multipliées (23).

Il est inévitable alors que le nombre de migrants venus des pays à faibles revenus et s'installant au Canada va augmenter dans les prochaines années. De plus, en Amérique du Nord, il a été observé une proportion plus importante de femmes que d'hommes migrants (21). De ce fait, le nombre d'enfants et de femmes enceintes non assurés va augmenter au Québec si des mesures ne sont pas prises.

II. Quelles sont les conséquences de l'absence d'assurance maladie sur la santé?

Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Or, l'absence d'assurance médicale a des conséquences inévitables sur l'accès aux soins de santé ; les personnes concernées consultent moins ou plus tardivement un professionnel de santé (24). Cela engendre un état de santé moins bon pour ces individus (24).

A. Pourquoi les enfants migrants sans assurance maladie ou nés de parents MSAM ont-ils plus de risque d'être en mauvaise santé ?

Être sans assurance maladie a une influence sur l'état de santé des enfants. Cependant l'absence d'assurance maladie n'est pas seule en cause dans les inégalités de santé auxquelles font face ces enfants.

a) Les conditions de vie et l'accès aux soins de santé : des déterminants phares de l'état de santé des populations

Dès les années 80, les scientifiques canadiens ont mis en perspective l'importance des « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » dans l'état de santé des populations. C'est-à-dire qu'un certain nombre de facteurs existent et interagissent entre eux pour expliquer l'état de santé de la population : c'est ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé. Selon le modèle utilisé par l'OMS (25), il existe des déterminants structurels relevant du contexte politique et socio-économique du pays ainsi que de la position socio-économique de l'individu (revenus, éducation, genre, origine ethnique) et des déterminants intermédiaires se rapportant aux conditions matérielles, aux facteurs humains, biologiques et psychologiques ainsi qu'à l'accès aux soins de santé. Ces déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes d'inégalités en santé. De plus, selon le modèle comportemental d'Andersen (36), l'accès aux soins est dépendant de plusieurs facteurs interconnectés entre eux : les caractéristiques du système de santé, les caractéristiques individuelles (prédispositions innées et prédispositions liées aux conditions de vie), et les comportements de santé (l'utilisation des services de santé et les pratiques de santé personnelles). Ce modèle permet d'éclairer le processus des individus à utiliser les systèmes de santé.

Pour les migrants de façon générale, au Canada, les conditions de vie sont plus défavorables que pour les personnes nées sur le territoire (26). Ils ont des logements parfois insalubres (27), des revenus plus faibles (28), et des conditions de travail défavorables (29). Ils se trouvent ainsi en bas du gradient social de santé expliquant que l'état de santé est intimement lié au niveau socio-économique de l'individu : « plus on est pauvre, moins on est en bonne santé » (30). Pour les MSAM, cet aspect est renforcé par le manque d'accès aux soins les empêchant de faire face aux maladies lorsqu'elles surviennent. Pour les nouveau-nés et les jeunes enfants sans assurance médicale, ou dont les parents n'ont pas d'assurance médicale, particulièrement les mères durant la grossesse, les risques sont renforcés et leur santé et leur bien-être sont compromis même jusqu'à l'âge adulte (31–34).

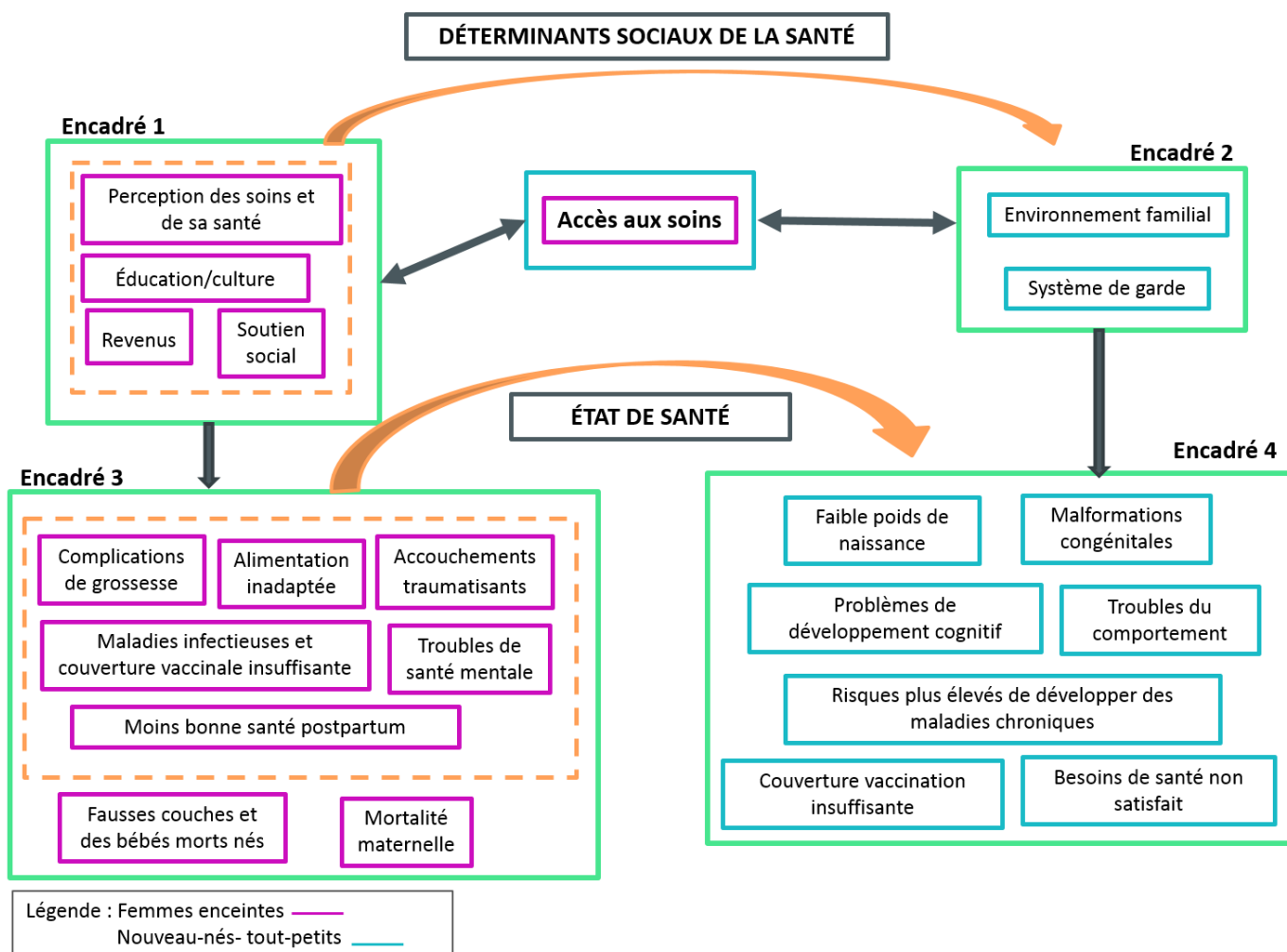


Figure 2 : Conséquences de l'absence d'assurance maladie sur la santé des mères et des enfants

L'ensemble de cette figure sera développé en détail dans les prochains paragraphes illustrés avec des données probantes.

b) Description des déterminants sociaux des femmes MSAM durant la grossesse (cf. encadré 1, figure2)

Dans cette partie les données de deux enquêtes montréalaises seront utilisées :

- L'« enquête MSAM à Montréal »
- Une étude sur l'expérience vécue des soins prénataux, postnataux et de l'accouchement réalisée auprès de femmes enceintes migrantes. Cette enquête sera appelée « enquête MdM à Montréal » pour la suite de l'analyse lorsqu'elle sera citée. Cette enquête a concerné 72 femmes, recrutées à la clinique de MdM entre 2014 et 2017.¹⁰

Niveau de revenu et statut social

Dans l'enquête MSAM à Montréal, plus de la moitié (36%, n=16/45) des femmes enceintes ont déclaré avoir moins de 1000\$ par mois pour vivre avec leur famille alors que le revenu hebdomadaire moyen des femmes au Québec en 2017 est de 787,21\$ tous diplômes confondus (35). Un tiers (33,3%, n=15/45) a déclaré que leur revenu ne leur permettait pas du tout de subvenir à leurs besoins fondamentaux (alimentation, logement, transports, soins de santé) et même 20% ont déclaré souvent manquer de nourriture (n=9/45). De plus, certaines femmes migrantes et non

¹⁰ La méthode et processus de recrutement se trouvent en annexe (Annexe 2)

assurées sont amenées à travailler jusqu'à la fin de leur grossesse pour couvrir les frais médicaux dispendieux, travail souvent à haut niveau de stress (36) augmentant le risque d'accouchements prématurés (37).

Soutien social

Dans l'enquête MSAM à Montréal, deux tiers des femmes étaient en couple. En outre, une grande majorité (84%, n=38/45) des femmes enceintes de l'enquête MSAM à Montréal ont au moins une personne avec qui elles peuvent partager leurs préoccupations. Or, on sait que le soutien social du conjoint ou d'un membre de la famille peut améliorer la croissance fœtale (38).

Éducation et culture

Un quart (24%, n= 11/45) des femmes enceintes de l'enquête MSAM à Montréal ne comprennent pas le français parlé, presque un tiers (29%, n= 13/44) ne comprend pas l'anglais parlé et 15% (n=7/45) ne comprennent ni le français, ni l'anglais. Or, selon le modèle comportemental d'Andersen¹¹, (39) l'accès aux soins de santé est dépendant de multiples facteurs dont les caractéristiques individuelles telles que la langue parlée.

Accès aux soins de santé

- Perception de l'accès aux soins : dans l'enquête MdM à Montréal, les trois quarts (75%, n=54/72) des femmes avaient ressenti le besoin d'obtenir des soins de santé sans pouvoir les recevoir. Dans l'enquête MSAM à Montréal, ce sont deux tiers des femmes enceintes (69%, n=31/45) qui avaient ressenti ce besoin. La grande majorité de ces dernières évoque des barrières financières comme principale de renoncement aux soins.

- Accès au suivi de grossesse: d'une manière générale, dans de nombreux pays occidentaux, les femmes migrantes font face à un suivi de grossesse insuffisant (40–42). Dans l'enquête MSAM à Montréal, 35% des femmes enceintes n'avaient pas été suivies par un professionnel de santé (n=62/179) et lorsqu'il y avait eu un suivi médical, il commençait de façon relativement tardive et reste peu intense. En effet, il a commencé entre trois et cinq mois pour presque la moitié des grossesses (48%, n=56/117). La grande majorité (69%, n=79/114) d'entre elles n'ayant bénéficié que d'une ou deux consultations et moins de 10% (n=11/114) des grossesses avaient fait l'objet de 4 visites prénatales alors que les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sont de consulter un professionnel toutes les quatre à six semaines au début de la grossesse, puis toutes les deux à trois semaines après 30 semaines de gestation, et toutes les deux semaines ou toutes les semaines après 36 semaines de gestation.¹² En comparaison, le nombre moyen de consultations prénatales au Canada est de 12,9 par femmes avec un début de suivi au premier trimestre pour 95% (43).

Perception des soins de santé

Certaines femmes (20%, n= 15/72) interrogées dans l'enquête MdM à Montréal ont rapporté avoir une mauvaise ou très mauvaise expérience dans les soins prénataux. Cependant, un tiers des femmes (34%, n= 24/72) rapportaient avoir eu une expérience « très positive » de leur accouchement d'un point de vue médical. En comparaison, plus de la moitié des femmes

¹¹ Ce modèle distingue l'accès aux soins potentiel faisant référence à l'offre de service et l'accès effectif faisant référence à l'utilisation de ces services et aux facteurs individuels et environnementaux.

¹² Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Partir du bon pied: directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement

canadiennes ont déclaré avoir eu une expérience « très positive » de l'accouchement (43). Cette dernière donnée est très importante car une expérience positive de l'accouchement peut améliorer l'adaptation au rôle parental, influencer sur l'autogestion positive de la santé et accroître le respect des recommandations futures en matière de soins de santé pour le nouveau-né et la mère (44).

c) Description des déterminants sociaux de nouveau-nés et jeunes enfants (cf. encadré 2 figure 2)

Selon une perspective de santé publique et de justice sociale, il n'est pas juste que tous les enfants naissent avec le même état de santé et d'opportunités dans la vie (45,46). Les épreuves à surmonter ou à subir dans la petite enfance augmentent le risque de survenue de problèmes de santé mentale et de santé physique plus tard dans la vie (45,47).

Entre la naissance et l'entrée à l'école, les enfants sont influencés par deux de types d'environnements pour leur éducation et leur développement : la famille et les lieux de gardes.

Environnement familial

Les enfants de l'enquête MSAM à Montréal de moins de 6 ans vivent dans un environnement familial défavorisé. Parmi les parents de l'enquête ayant au moins un enfant de moins de 6 ans vivant avec eux :

- 20% (n=21/120) déclaraient que leurs revenus ne leur permettaient pas de subvenir aux besoins de base,
- 60% (n= 71/123) étaient en détresse psychologique élevée ou très élevée,
- 71% (n=91/127) ont dû renoncer à des soins de santé

Or, grandir dans un milieu socio-économique défavorisé peut influencer de manière négative l'état de santé et le bien-être des enfants (47,48).

Éducation et accès au système de garde

Presque 60% (n= 77/130) des parents de l'enquête MSAM à Montréal ayant au moins un enfant de moins de 6 ans vivant avec eux ont déclaré qu'aucun de leurs enfants ne va à la garderie alors qu'au Québec, dans la population générale 60% des parents ont recours aux services de garde (49). Or, plusieurs études ont montré que la garderie est associée à des avantages significatifs quant aux capacités cognitives et scolaires des enfants (50). En outre, pour des enfants quotidiennement exposés à des facteurs de risque dans leur environnement domestique, la garderie pourrait être un facteur protecteur (51–53), comme c'est le cas des enfants de l'enquête MSAM à Montréal.

Accès à la santé

Parmi les parents de l'enquête MSAM à Montréal ayant des enfants de moins de 6 ans, presque un quart (23%, n=29/129) a déclaré qu'aucun de leurs enfants n'avaient d'assurance médicale et plus de deux tiers de ces parents (72%, n= 91/127) ont vécu des obstacles d'accès aux soins de santé. Or, plusieurs études réalisées aux États-Unis ont montré que les enfants non assurés ont de nombreux besoins de santé physique et mentale non satisfaits (54). Ces enfants arrivent par exemple aux urgences avec une détresse médicale plus sérieuse puisqu'ils n'obtiennent pas les soins préventifs et chroniques adéquats(55). Également, ces enfants sont moins bien dépistés pour des maladies chroniques (56).

B. Quelles sont les conséquences directes sur la santé des femmes enceintes et enfants MSAM?

Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, notamment de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un des 17 objectifs de développement durable adoptés en 2015 par les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (57). L'inéligibilité des femmes enceintes et enfants à l'assurance médicale peut avoir un impact sur leur santé due à l'accès limité aux soins prénataux, à l'accouchement de qualité et aux soins postnataux (58). De plus, l'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement (30).

a) Conséquences pour la santé des femmes enceintes (cf. encadré 3, figure 2)

Santé perçue

Plus d'un tiers (38%, n=17/45) des femmes enceintes de l'enquête MSAM à Montréal ont estimé être en mauvaise santé ou avoir une santé « passable ».

Alimentation pendant la grossesse

Selon une étude faite à Montréal, les besoins en soins médicaux des femmes sans assurance médicale engendrent des sacrifices sur leur nutrition et les compléments de vitamines (59) pourtant essentielles pour leur bonne santé et celle du fœtus. Cela a été montré dans des études comparatives faites entre des pays du nord et des pays à faible revenu où les problèmes de malnutrition sont présents (33,60). Une alimentation adaptée aux besoins nutritionnels de la grossesse fait alors partie des recommandations de l'OMS (61).

Complications de grossesse et morbidité/mortalité maternelles

Dans l'enquête MSAM à Montréal, parmi les grossesses non suivies, 40% (n=62/175) n'ont pas été menées à terme et 31% des grossesses suivies (n=37/120). Parmi toutes les grossesses non menées à terme, suivie ou non suivies, 7% (n=13/63) concernait une interruption volontaire de grossesse. Les 93% autres pourraient être dus à des fausses couches ou des enfants mort-nés. Au Québec, la mortalité périnatale est de 7,3 pour 1000 naissances (62) et en Amérique du Nord, le taux estimé de fausses couches chez les femmes ayant connaissance de leur grossesse, est d'environ 15-20% (63). Les résultats de l'enquête MSAM à Montréal rejoignent les données de la littérature soulignant que le manque de suivi de grossesse engendre davantage de bébés mort-nés (64) ainsi que de fausses couches (65). Dans l'enquête MdM à Montréal, presque un tiers des femmes (28%, n=20/72) a eu des complications de grossesse ou au moment de l'accouchement. D'une manière générale, les femmes migrantes sans assurance médicale sont exposées davantage à des risques de complications, de maladies et même de mourir durant leur grossesse par rapport aux femmes natives (66), dû notamment à un début de suivi de grossesse tardif (67). Pourtant, la grande majorité des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services de planification familiale de qualité, à des soins de qualité pendant la grossesse, à l'accouchement et après la naissance (30).

Maladies infectieuses et vaccination

Les femmes enceintes migrantes présenteraient une prévalence plus élevée de maladies infectieuses (VHB (Hépatite B), VHC (Hépatite C), VIH (Sida)) entraînant des conséquences sur le fœtus (40). Pourtant, plusieurs recherches montrent que le manque d'accès aux soins prénataux pour ces femmes augmente leur faible couverture vaccinale (40,42,68-70). De plus, l'Agence de la Santé

publique du Canada affirme que la vaccination est l'une des stratégies les plus efficaces pour la prévention et le contrôle des maladies (71).

Santé mentale

De manière générale, dans les pays à revenu élevés, les femmes migrantes ayant des statuts précaires ou ayant vécu des situations migratoires difficiles présentent plus fréquemment des troubles psychologiques (72). Plus particulièrement, une étude faite au Québec a montré que ces femmes sont plus à risque de dépression durant leur grossesse que les femmes canadiennes même si exposées au même environnement socioéconomique (problèmes financiers, isolement) (73). Ce constat se retrouve dans l'enquête MSAM à Montréal où une grande majorité (63%, n=301/481) des femmes interrogées, enceintes ou non, ont montré un niveau élevé ou très élevé sur l'échelle de détresse psychologique.¹³ Or, un stress élevé pendant la grossesse peut engendrer une mort fœtale (74) ou diminuer la durée de gestation (75,76) (Cf. Encadré 1 : Extrait d'entretien avec une femme ayant accouché sans assurance médicale à Montréal, p.20).

Accouchement

Le manque d'accès aux soins prénataux augmente le nombre d'accouchements prématurés entraînant des conséquences sur la santé du nouveau-né (40,42,68–70). Les femmes migrantes sont plus sujettes à des complications sévères à l'accouchement (77) ainsi qu'un nombre plus élevé de césariennes en urgence, laissant un traumatisme chez la mère et l'enfant (72,78). En outre, de nombreuses femmes migrantes à Montréal quittent l'hôpital très rapidement après l'accouchement (24h) pour éviter de devoir payer des frais d'hospitalisation supplémentaires, engendrant des complications médicales pour la mère et l'enfant qui pourraient être évitées (59). Aucune donnée n'existe à notre connaissance sur la durée moyenne d'hospitalisation après l'accouchement pour ces femmes. Au Canada, pour la population générale, la durée moyenne de séjour est de 2,1 jours pour les accouchements par voie basse et 3,8 pour les césariennes (80). Pour réduire les risques d'un état de santé défavorable, le bien-être physique, psychologique et social de la mère et du nouveau-né doit être évalué par les professionnels de santé avant la sortie de l'hôpital (81).

Santé postpartum

Il importe de comprendre les besoins d'information des femmes concernant la période postnatale pour les préparer à prendre soin de leur nouveau-né et d'elles-mêmes, à faire face aux changements physiques et émotionnels après l'accouchement et à faire la transition au rôle parental (82). Or, de nombreuses femmes sans assurance médicale n'ont pas ou peu de consultations post-partum comme c'est le cas dans l'enquête MdM à Montréal où un quart (24%, n=17/72) des femmes interrogées n'avait pas eu de suivi postpartum. Également, les migrantes sont plus susceptibles d'avoir des préoccupations médicales et psychosociales après la naissance que leurs homologues canadiennes (78). S'ajoute à cela que les facteurs de prédiction les plus importants de la dépression post-partum sont la dépression ou l'anxiété pendant la grossesse, de récents événements stressants et un faible soutien social.

¹³ La description de cette échelle : « l'échelle de Kessler » est décrite en annexe 3

b) Conséquences pour la santé du nouveau-né et des jeunes enfants (cf. encadré 4, figure 2)

Nouveau-nés

Le manque d'accès aux soins prénataux augmente le risque de faible poids de naissance engendrant ainsi une fragilité du nouveau-né (40,42,68–70). Également, un stress élevé pendant la grossesse augmente :

- le risque de malformations congénitales à la naissance (74)
- le risque de faible poids de naissance (75,76)

De plus, les besoins nutritionnels inadéquats de la mère inadéquats pourraient avoir des conséquences sur la survie d'enfant en bas âge (33).

Jeunes enfants et état de santé

Le manque d'assurance médicale chez les mères souffrant de maladie mentale a des conséquences défavorables sur leurs enfants (83). Un enfant né d'une mère dépressive, anxieuse ou stressée enceinte aura plus de risque de présenter des troubles de santé mentale : hyperactivité, déficit d'attention, troubles du sommeil, problèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs (84). L'anxiété ou la dépression prénatale peuvent contribuer à 10-15% des problèmes émotionnels et comportementaux pour l'enfant. (85). Également, l'alimentation inappropriée de la mère aura des conséquences sur le développement de maladies chroniques et de retard de développement cognitif plus tard dans la vie de l'enfant (31,32,34,86). Pourtant, dans la dernière décennie, les déclarations des politiques nationales dans des pays à hauts revenus ont souligné le besoin de développer des stratégies pour réduire les facteurs de risques de problème de santé mentale et de troubles du comportement chez les enfants (87,88).

Jeunes enfants et besoins de santé

Selon des études américaines, les enfants non assurés ont plus de besoins de soins de santé non satisfaits que les autres enfants ; des besoins de santé mentale (89) notamment des troubles du comportement (54) et des besoins de santé physique particulièrement les maladies allergiques et respiratoires (89). Ils sont notamment moins bien dépistés pour les maladies chroniques (56). Pourtant, ces enfants ont des risques médicaux plus élevés et ils nécessitent des services de santé supplémentaires pour améliorer leur état de santé (88). De plus, ne pas avoir été assuré pendant son enfance joue un rôle important dans le développement des maladies chroniques à l'âge adulte (90).

Jeunes enfants et couverture vaccinale

Plusieurs études réalisées aux États-Unis ont également montré que les enfants non assurés avaient une couverture vaccinale significativement inférieure aux enfants assurés (76-78-79). À Montréal, MdM a relevé des difficultés dans l'accès à la vaccination pour ceux qui n'ont pas la carte RAMQ bien que la circulaire 2001-015 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) stipule que « la vaccination infantile et scolaire est dispensée sans égard à la carte d'assurance maladie ». Un certain nombre de centres de santé de Montréal (Clinique sans rendez-vous, CSSS, GMF) n'acceptent pas les enfants sans assurance médicale et des frais de vaccination sont requis.¹⁴ Pourtant, la vaccination serait l'intervention la plus efficace pour réduire la morbidité et la mortalité de maladies évitables chez les tout-petits (91).

¹⁴ Sur les 94 centres de santé, tous types confondus, interrogés par MdM à Montréal, seulement 43% (n=40/94) acceptent de vacciner des enfants sans assurance médicale et 38% d'entre eux exigent des frais allant de 10\$ à 205\$.

III. Vulnérabilité de cette population et inégalités sociales de santé

A. Vulnérabilité de cette population de façon générale

Les 1000 premiers jours de vie, incluant la grossesse et les deux premières années de vie, sont des périodes vulnérables pour le développement humain puisque c'est un temps de croissance très rapide. Les enfants sont d'une manière générale une population plus vulnérable que les adultes en raison de leur taille, de leur physiologie, de leurs comportements, de l'immaturité de leurs organes et de leurs connaissances limitées (92).

B. Vulnérabilité liée au processus migratoire en lui-même

Dans le pays de destination, la population migrante fait face à des nombreuses barrières (linguistiques, administratives, culturelles) affectant son adaptation au nouveau contexte social. Tous ces facteurs contribuent à augmenter la vulnérabilité de l'état de santé de cette population (87). Les migrants sont définis comme un groupe désavantagé, c'est-à-dire vivant dans des conditions de vie défavorables affectant leur santé (93). En effet, le stress migratoire, la rupture de réseaux sociaux précédents, le faible statut socio-économique et le faible accès aux services de services médicaux, seuls ou combinés, peuvent interagir pour engendrer un état de santé plus faible dans la population migrante que dans les communautés natales (94).

L'exemple de l'effet des migrants récents en bonne santé en Amérique du Nord illustre ces données. Les migrants économiques nouvellement arrivés, dû au processus de sélection, ont généralement tendance à être en meilleure santé que les individus nés dans les pays d'accueil (95). Ensuite, leur état de santé ne va cesser de décliner (96).

Le stress causé par le processus migratoire peut engendrer des symptômes dépressifs chez les parents (97,98). Les parents déprimés ont plus de difficultés à jouer leur rôle parental et engendrant des conséquences pour les jeunes enfants (99,100). D'autant plus que le stress de la parentalité est plus susceptible d'arriver s'il y a des facteurs de risques comme la pauvreté, les conflits ou pendant les périodes de transition de vie tel que la migration (101).

Également, le processus de migration pourrait avoir des conséquences sur les troubles du comportement des enfants issus de l'immigration. Une augmentation de la prévalence de troubles du comportement a été rapportée aux États-Unis chez ces enfants en comparaison avec les enfants nés de parents non migrants (102).

C. Vulnérabilité due à l'accès à aucune aide et aucune exonération

Les familles migrantes à statut précaire au Québec ne peuvent bénéficier d'aucune aide sociale pour elles ou leurs enfants :

- Programmes d'aide sociale et de solidarité sociale (prestation spéciale de grossesse et d'allaitement),
- Prestation pour les enfants handicapés,
- Allocation canadienne pour enfants,
- Aide aux mineures enceintes,
- carnet de réclamation,
- Centre de petites enfance (CPE)

Ce manque contribue à mettre davantage ces familles migrantes dans des situations financières difficiles.

D. Problèmes financiers et conséquences sur la santé

La privation financière a été identifiée comme un des facteurs de risque les plus importants dans le développement des troubles émotionnels (103). Les enfants de familles défavorisées sont plus susceptibles de présenter des problèmes de comportement, de santé physique, des difficultés cognitives et socio émotionnelles que les autres (104). En outre, le statut socio-économique de l'enfance est fortement associé au début de maladie chronique dans l'âge adulte (90).

IV. Quels sont les coûts liés aux soins de santé pour les femmes enceintes au Canada ?

A. Coûts des soins de santé pour la grossesse et l'accouchement

Au Canada, une grande partie des dépenses des soins de santé (65%) est prise en charge par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le tiers restant est à la charge du patient par le biais de ses fonds propres ou d'une assurance privée (105). Pour les migrants sans assurance maladie, la totalité des coûts reste à leur charge. En outre, au Québec, la circulaire 2011-016 (03.01.42.07)(106) demande aux médecins et établissements de santé de majorer les tarifs de 200% pour les non canadiens ou canadiens non-résidents québécois. En d'autres termes, les médecins et établissements sont clairement incités à facturer au moins trois fois le montant qui leur est normalement remboursé par la RAMQ pour les citoyens canadiens et résidents québécois. Pour les MSAM, deux inégalités en résultent : i) les coûts liés à la grossesse ne sont pas pris en charge par un tiers payant, ii) les médecins et établissements exigent environ trois fois ce qu'ils reçoivent lorsque les mêmes services sont délivrés à des Québécoises.

Lorsqu'elles sont enceintes, les femmes ont besoin d'un suivi accru puisqu'il est recommandé de réaliser un suivi prénatal, d'avoir un accouchement assisté par un professionnel de santé et d'avoir un suivi postnatal. Cela engendre des frais importants pour les femmes MSAM.

a) Les coûts du suivi prénatal sur l'île de Montréal

Selon MdM (107), le coût d'un rendez-vous avec un médecin de famille pour une femme sans assurance maladie peut varier entre 50 et 300 CA\$. En effet, lorsque les coûts ne sont pas assumés par la RAMQ, il n'y a pas de réglementation sur les prix à demander aux patientes. MdM a comparé les sommes demandées aux femmes enceintes sans accès à la RAMQ et avec accès à la RAMQ¹⁵. Pour ces dernières, le prix d'une consultation chez le médecin pour un suivi prénatal coûte 45\$ à la RAMQ et pour une femme sans accès à la RAMQ, le prix de la consultation prénatal est de 100\$, payé par ses fonds propres (107).

Les cliniques dans lesquelles les femmes vont réaliser leur rendez-vous exigent également des frais accessoires, prétendument pour les formalités administratives. Toujours d'après MdM, les coûts de ces frais varient entre 50 et 75 CA\$.

¹⁵ Les données de MdM concernent les femmes sans accès à la RAMQ, cela signifie que les femmes avec une assurance privée peuvent faire partie de l'échantillon. C'est pour cela que nous ne parlons pas de MSAM dans ce paragraphe. Toutefois, les assurances privées ne prennent que rarement en charge les frais liés à la grossesse.

En outre, en plus des rendez-vous médicaux, des analyses peuvent être réalisées, mais ne sont pas obligatoires, même si recommandées : il s'agit de la formule sanguine complète, les tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles, pour déterminer le groupe sanguin, le test de sérologie à la rubéole, le test d'hyperglycémie provoquée, une prise de sang pour évaluer la glande thyroïde et le test pour le streptocoque B. Selon MdM, les prix pour l'ensemble de ces analyses pour les femmes sans accès à la RAMQ varient entre 450 et 600 CA\$.

Les échographies ne sont pas obligatoires même s'il est souvent d'usage d'en réaliser durant le deuxième trimestre de grossesse. Selon MdM, pour les femmes sans accès à la RAMQ, le coût varie entre 150 et 300 CA\$.

Au total, pour un suivi optimal de la grossesse (c'est-à-dire les 12 rendez-vous, tous les examens et l'échographie du deuxième trimestre), hors accouchement et suivi post-natal, une femme sans accès à la RAMQ paierait entre 1250 et 4575 CA\$. En ce qui concerne les femmes ayant eu au moins une grossesse sans assurance médicale de l'enquête MSAM à Montréal réalisée en 2016-2017¹⁶, la moyenne des coûts déclarés par la personne enquêtée pour le suivi médical était de 1150 CA\$ par grossesse (n=41/68¹⁷). Il est à noter qu'il n'y a pas eu de suivi par un professionnel de santé pour 35% des grossesses sans assurance médicale recensées (n=62/179) et lorsqu'il y a eu un suivi médical, il commence de façon relativement tardive et reste peu intense comme expliqué précédemment.

Lorsque le suivi est réalisé par une sage-femme, les frais sont moindres : toujours d'après MdM, pour le suivi de grossesse, l'accouchement, et le suivi postnatal, les coûts oscillent entre 3500 et 12000 CA\$. Toutefois, un suivi par une sage-femme ne peut pas concerner des grossesses avec complication et doit commencer avant 32 semaines (huit mois) de grossesse. De plus, les sages-femmes doivent être rattachées obligatoirement à un hôpital ou à une clinique et ces dernières demandent aux femmes un dépôt minimum pour couvrir les frais de l'accouchement. Les femmes MSAM n'ont donc pratiquement jamais recours aux sages-femmes.

b) Les coûts de l'accouchement sur l'île de Montréal

Les coûts pour l'accouchement comprennent : les honoraires du médecin ou de la sage-femme durant l'accouchement, les honoraires de l'anesthésiste s'il y a lieu (sauf épidurale pour césarienne en urgence) et les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant.

Chaque acte est facturé, ce qui signifie que l'épidurale, par exemple, qui n'est pas considéré comme un soin d'urgence, n'est réalisée que si elle est payée. Au Canada (hors Québec et Nunavik), le prix d'un accouchement par voie basse sans complications est en moyenne 2700\$, l'accouchement par césarienne environne 4600\$¹⁸. À cela, il faut ajouter les frais d'hospitalisation. L'hospitalisation dure en moyenne 2,1 jours pour les accouchements par voie basse et 3,8 pour les césariennes (80). MdM affirme que les frais varient entre 3500 et 10000 \$CA par jour d'hospitalisation pour les MSAM. En outre, toujours d'après MdM, "la plupart des hôpitaux exigent un dépôt en prévision de l'accouchement pouvant aller jusqu'à 20000\$"(107). À titre d'exemple, un jour d'hospitalisation en salle au centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à Montréal coûte 4503\$ pour les non-résidents du Québec et un dépôt de deux jours est exigé au début du séjour (108). Les femmes ayant eu au

¹⁶ Les données sur cette enquête concernant les coûts sont à considérer avec précaution car entre 25 et 57% des enquêtés n'ont pas répondu aux questions concernant les dépenses (les hypothèses sur ces "données manquantes" sont le fait que les enquêtés ne connaissaient pas le montant des dépenses ou bien qu'elles aient pu se sentir gênées).

¹⁷ Les dépenses ont été demandées seulement pour les grossesses ayant été portées à terme, c'est-à-dire 68 sur les 179 grossesses sans assurance maladie recensées, 45 femmes étant encore enceintes au moment de l'enquête

¹⁸ C'est une moyenne car de grandes variations sont enregistrées entre les provinces et les hôpitaux

moins une grossesse menée à terme sans assurance médicale de l'enquête MSAM et ayant répondu à la question des dépenses (n=42/68) ont eu des dépenses moyennes pour l'hôpital de 5740 CA\$, avec un maximum de 40 000 CA\$.

Comme il n'existe pas de réglementation claire et uniforme, il y a de grandes variations entre les professionnels de santé et les hôpitaux au Québec. Les médecins sont obligés de soigner les patients présentant un danger vital, grâce au code d'éthique des médecins et la loi sur les services de santé et les services sociaux (109). Cependant, même si le patient n'a pas les moyens de payer, ces services ne sont pas gratuits. La facture est envoyée a posteriori après négociation entre les professionnels de santé les gestionnaires et le patient (encadré 1). Toutefois, la négociation n'est pas obligatoire et le professionnel de santé peut fixer son prix sans discuter.

Encadré 1 : Extrait d'entretien avec une femme ayant accouché sans assurance médicale à Montréal¹⁹

Répondante : « En arrivant à l'hôpital, bien étant donné que le gynéco c'était à SJ, donc je me suis rendue à SJ, puis ils m'ont examinée, ils m'ont dit, bon... Ils m'ont posé des questions [...] Ils m'ont posé des questions puis ils m'ont donné une chambre. Mais ils m'ont... Toujours la carte d'assurance maladie, puis ils m'ont donné une chambre. Ils m'ont dit que je vais accoucher [...] Ils ont demandé de payer, mais on n'avait pas l'argent sur place. On n'avait pas l'argent sur place, ils ont demandé de payer. Puisque je restais dans la chambre puis mon mari a dit : « Ah ! on va faire la suite nécessaire après pour l'argent, donc... » [...] Une chose qui est très importante, je suis arrivée la nuit, c'était à 2 h ou 3 h du matin, et la comptabilité n'était pas ouverte aussi. Et ils ont dit... [...] ils ont dit à mon mari, dès que la comptabilité sera ouverte, il faut y aller, il faut passer au comptoir, tout ça, pour régler toutes les choses [...] Mon mari a dit : « Oui, je vais passer. » [...] Je pense que j'étais déjà accouché puis le bébé était aux soins intensifs. On allait me transférer dans une chambre, ils m'ont demandé de payer. Puis mon conjoint a dit : « Je vais payer, mais je n'ai pas l'argent sur place. Je vais chercher l'argent, je vais payer. ». Puis on a passé une journée, le lendemain matin, ils m'ont appelée à la salle, à la chambre, ils m'ont appelée pour dire : « Madame, votre mari devait passer à la comptabilité pour régler le paiement, tout ça. ». J'ai dit : « Oui, oui, il va passer ! ».

Interviewer : Tu avais d'autres choses à penser à ce moment-là.

R. : Oui, oui, ah ! beaucoup de choses. Parce que ma fille, elle était aux soins intensifs. Donc il y avait plein de choses. Puis ils m'ont dit : « Madame ton mari doit passer à la comptabilité pour payer. ». J'ai dit : « Oui, oui, il va régler ça. ». Puis je lui ai dit, j'ai dit : « Oui, oui. ». Parce que de toute façon, on ne pouvait pas laisser l'hôpital sans payer. On devait donner un versement, on ne peut pas laisser l'hôpital sans paye [...] C'est un accouchement prématuré, on n'était pas tout à fait, très, très prêt pour l'accouchement. Oui nous devrions préparer ça, mais ce n'était pas à ce moment-là. Donc c'était difficile aussi de trouver l'argent pour sortir. Donc au mieux, moi, il y avait une chose. Je suis accrochée... J'ai accroché, puis quand le médecin a examiné, il a dit : « Elle n'a pas de déchirure. », je me suis dit : « Wow ! Merci. », parce que je suis croyante, je me suis dit : « Wow ! Merci Seigneur, parce que s'il y avait des déchirures, je pouvais passer beaucoup plus de temps à l'hôpital pour... ». C'est ça, parce que je suis accrochée dans leurs mains, j'ai passé deux jours dans la chambre et on m'a donné congé. On m'a dit que je peux rentrer chez moi. Donc là, j'étais très, très, très satisfaite dans un sens, parce que je n'avais pas de déchirure [...] c'était vraiment dur. Puis ensuite, verser une partie de l'argent, puis ils n'arrêtent pas de demander quand on va finir... Même verser une partie de l'argent... Quand j'ai dit qu'ils n'ont pas insisté... c'est qu'ils prêtent... Il veut qu'on paie l'argent ouais... Parce qu'on a la possibilité de payer une partie de l'argent, mais eux, ils veulent qu'on paie l'argent avant de sortir. C'est ça ! Qui est dur [...] Aïe ! C'était beaucoup... Parce que l'épidurale, il fallait ... Il fallait que j'aie les factures pour dire, parce que

¹⁹ Témoignage recueilli dans le cadre d'un entretien réalisé lors du volet qualitatif de l'enquête MSAM à Montréal

l'épidurale était à part, il y a les soins, les médecins, je peux les appeler les accoucheurs, c'était à part en plus, et la chambre aussi, c'était à part. Parce que je pense que c'était... La dette maintenant, parce que là maintenant je paie une dette. La dette que je paie maintenant, c'est à 4 000... C'est presque 5 000 \$ la dette que je paie maintenant [...] C'est 30 \$ par mois. Parce qu'ils m'ont appelée, et avant je n'avais pas de travail. Puis mon mari, lui, il travaille, mais c'était un petit peu limité, parce qu'on ne l'appelait pas. C'est sur appel et on ne l'appelait pas à toutes les heures pour travailler. Donc moi je me disais, bon, si je commençais à travailler d'ici le mois de février, je vais commencer à verser un peu d'argent. Là ils commençaient par m'appeler au téléphone pour me dire : « Madame il faut payer, vous avez un compte en souffrance à Sainte-Justine, vous devez commencer à verser de l'argent. ». J'ai dit : « Mais on ne travaille pas vraiment. ». Moi je ne travaille pas, et mon mari il n'a pas vraiment des heures de travail pour combler ses 40 heures de travail par semaine. ». On m'a dit : « Ah ! madame, il fallait que vous versiez de l'argent et tout ça. ». Puis ils m'ont appelée à peu près 4 fois, et la troisième fois, ils m'ont dit : « Ils vont transférer le dossier aux ... » [...]

Interviewer : Est-ce que tu penses que toute cette expérience de grossesse puis d'accouchement sans assurance, a eu un impact sur ta santé physique ou émotionnelle ?

R. : Bon je peux dire, impact ? Il y a des choses... Je ne vais pas dire impact, mais il y a des choses que je suis ... Je n'arrive pas à comprendre. C'est comme une leçon, je peux dire en quelque sorte. C'est comme une leçon, mais si quelqu'un me dit aujourd'hui : « Est-ce que je peux tomber enceinte là sans carte d'assurance maladie ? ». Non, non, non, je ne vais pas lui conseiller. C'est sûr que je ne vais pas lui conseiller, par rapport à mes expériences sans carte d'assurance maladie, je ne vais pas lui conseiller.

Interviewer : Pourquoi ? C'est quoi que tu veux que la personne évite ?

Répondant : Évite, parce que si tu n'as pas vraiment d'argent, bien je ne sais pas si tu n'as pas... Ce n'est pas comme si tu n'as pas vraiment d'argent, si tu n'es pas rassurée que tu peux payer tes consultations à chaque fois. Il faut contrôler tout ça. Il faut... C'est comme... Ça devrait être un projet, ça devrait être entré dans tes projets. Parce qu'il faut payer à chaque fois les consultations, il faut payer les examens, il faut payer les échographies, tout ça, et chaque a un prix.

Les accouchements prématurés, les complications durant la grossesse ou encore le faux travail impliquent des coûts supplémentaires (entre 1400 et 4600\$ au Canada)(110). De plus, les coûts pour les soins pour les nouveau-nés peuvent varier selon leur état de santé. Par exemple, les coûts pour les nouveau-nés au poids très faible (<1 Kilogramme) ayant besoin de séjourner dans les unités néonatales de soins intensifs s'élèvent en moyenne à 9700\$ au Canada (hors Québec et Nunavik) (110).

Tableau 6 : Dépenses concernant les grossesses, comparaison enquête MSAM à Montréal, juillet 2016-septembre 2017, Université de Montréal, Institut de Recherche de santé publique de l'Université de Montréal, n=68, et coûts estimés par MdM sur l'île de Montréal

	Données enquête MSAM, 2015/2017, Montréal, n=68 Dépenses déclarées par les participants à l'enquête					Coûts estimés par MdM (CA\$), île de Montréal (rapport 2015)(107) / Coûts estimés au Canada (CA\$), données de l'Institut canadien d'information sur la santé (2002/2003)
Type de dépenses	Effectif des enquêtés ayant répondu à chaque	Moyenne des dépenses (CA\$)	Minimum (CA\$)	Maximum (CA\$)	Médiane (CA\$)	

	question					
Suivi grossesse	41	1150	0	11000	3000	Entre 1250 et 4575 (suivi optimal, île de Montréal)
Médecin accouchement	41	2805	0	12000	2000	2700 pour voie basse, 4600 pour césarienne (Canada)
Anesthésie	28	604	0	3000	500	
Hôpital	42	5740	0	40000	4793	Entre 7000 et 20 000 (deux jours d'hospitalisation après accouchement sans complication, par voie basse)
Estimation des dépenses totales pour la grossesse et l'accouchement	51	6800	0	41500	6800	
Proportion payée par les fonds propres des femmes et/ou leur entourage	52	Proportion payée : Pour 46% des grossesses (n=24/52), les femmes ont déclaré avoir payé entre 76 et 100% des dépenses totales pour la grossesse				Proportion payée (ou prise en charge par assurance privée au Québec) : environ 35%

B. Les coûts pour les soins des enfants

Dans l'enquête MSAM à Montréal, les parents ayant au moins un enfant de moins de 6 ans ont déclaré dépenser moins à l'hôpital et à la pharmacie que les répondants n'ayant aucun enfant de moins de 6 ans ou aucun enfant vivant avec eux (à l'hôpital, 2159\$ VS 7035\$, à la pharmacie : 270\$ VS 1484\$). Toutefois, ce constat pourrait s'expliquer par le manque de moyens financiers de cette population et la moindre capacité à payer (111). En effet, parmi les parents des enfants de moins de 6 ans qui n'ont pas eu accès aux soins de santé alors qu'ils en ressentaient le besoin (71% des participants de l'enquête, n=91/127, tel que mentionné plus haut), 86% déclaraient que la raison de ce besoin non comblé était le manque de moyens financiers.

Section 3. NOW WHAT? Pistes de réflexion pour agir

Faits saillants :

- Pour améliorer l'accès aux soins et la santé des MSAM, il est possible **d'engager plusieurs secteurs** de la société et **d'agir sur plusieurs de leurs déterminants sociaux**.
- Il existe de **nombreuses conventions et chartes affirmant les droits humains fondamentaux et le principe d'égalité**.
- En pratique, **la réalité est tout autre** notamment concernant **l'accès universel aux soins de santé**.
- Face à cela **des initiatives** sont mises en place pour **réduire les inégalités sociales**.
- **Elles restent limitées** tant dans son offre, ses bénéficiaires que par leur pérennité et leur financement, n'illustrant pas les **principes d'égalité et de justice sociale**.
- Afin **d'améliorer la santé** des jeunes enfants et femmes enceintes MSAM un **engagement commun** à tous les niveaux décisionnels et interventionnels est primordial :
 - o des **politiques publiques** permettant d'agir sur **l'ensemble des barrières** à l'accès aux soins

Il est possible d'agir à plusieurs niveaux et d'engager plusieurs secteurs de la société pour tenter d'améliorer la situation de l'état de santé et d'accès aux soins de santé des MSAM. Ces différents niveaux sont : i) les politiques gouvernementales, ii) les initiatives d'accès aux soins de santé, iii) les initiatives d'amélioration des conditions de vie et d'insertion sociale et professionnelle.

I. Politiques gouvernementales

A. État des lieux des accords, conventions et lois

a) Au niveau international

Dès la fin de la Deuxième Guerre mondiale la communauté internationale s'est mobilisée pour affirmer des droits de l'homme et des droits à la santé

- 1946 : la Constitution de l'OMS, ratifiée par le Canada, reconnaît le droit fondamental de chaque être humain à atteindre le meilleur état de santé possible (droit à la santé).
- 1948 : la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies proclame de nombreux droits, dont des droits relatifs à la santé.
- 1980-1990 : le Canada a été l'un des premiers pays à signer la Convention internationale de l'élimination de toutes les formes de discriminations envers les femmes et la Convention internationale des droits des enfants (112). Cette dernière convention reconnaît le droit des enfants à atteindre le meilleur état de santé possible et engage les États à réaliser tous les efforts pour qu'aucun enfant ne soit privé de leur accès aux soins de santé. Entre autres, il s'agit de permettre aux enfants de recevoir l'assistance et les soins médicaux nécessaires, les soins médicaux pré et post nataux pour les mères, indifféremment de l'origine ou le statut de l'enfant, de ses parents ou de ses tuteurs.

Cependant, ces conventions et accords ne sont pas en soi sources de droits. Ainsi, ce n'est que lorsque ces principes sont incorporés dans une loi promulguée par le Canada ou le Québec que cela confère des droits aux habitants du pays (ou province).. Les traités internationaux engagent les États à montrer une certaine volonté à atteindre ces objectifs, mais ils n'ont pas l'obligation légale de

garantir ces droits de façon immédiate. En effet, si ces derniers s'engagent à agir de façon à respecter la dignité, les principes d'égalité et la non-discrimination de tous les êtres humains, le droit à la santé est mis en œuvre de façon progressive en accord avec les ressources disponibles, largement à la discrétion de l'État.

b) Niveau fédéral : le Canada

La Charte canadienne des droits et des libertés, adoptée en 1982, fait partie de la constitution du pays. La charte ne fait pas mention d'un droit fondamental à la santé et aux soins de santé. Le site du gouvernement canadien mentionne que le régime public d'assurance-maladie est destiné aux citoyens ou résidents permanents et enfants nés de parents citoyens ou résidents permanents, et que des services médicaux d'urgence gratuits existent, même en l'absence de carte d'assurance-maladie gouvernementale, mais « *il pourrait y avoir des restrictions selon [le] statut d'immigration* » (113). Toutefois, une fois établi, un programme gouvernemental ne peut avoir un effet discriminatoire, et doit être administré *sans distinction de race, de religion, de nationalité, d'origine ethnique, de couleur, de sexe, d'âge ou de déficiences mentales ou physiques – sont égales devant la loi selon l'article* (113)». Ces bases de discrimination énumérées dans la Charte fédérale ne sont pas exhaustives et comprendraient selon une certaine jurisprudence l'âge et la filiation, les deux critères utilisés pour exclure les enfants nés au Québec du régime de santé public (statut de mineur et enfant d'un MSAM).

Le Canada a été le dernier pays du G8 à instaurer une stratégie nationale sur le logement en 2016 (112), visant à répondre aux besoins des populations vulnérables en matière d'accès à des logements décents. Mais elle ne mentionne à aucun moment les populations migrantes (114). Pourtant, il a depuis longtemps été montré l'importance des conditions de vie sur la santé des individus (section 2).

En outre, la santé maternelle et infantile semble être au cœur des priorités en santé du gouvernement. Affaires mondiales Canada, principal financeur de l'aide internationale du Canada, prévoit de dépenser environ CA\$ 2 milliards pour la santé des enfants de 2017 à 2019 (115), représentant la source de dépense la plus élevée, avant la sécurité alimentaire (116). Pourtant, pour la santé des enfants de parents migrants résidents au Canada (hors réfugiés ou demandeurs d'asile) aucun programme n'est mis en œuvre. Ainsi, alors que le Canada s'investit fortement pour l'atteinte des objectifs pour le développement durable dans le monde, dont une des cibles est d'atteindre la couverture santé universelle, celle-ci n'est pas atteinte au sein même de son territoire (57). Il est à noter que ces objectifs s'appliquent à tous les pays et non uniquement ceux en voie de développement et ont le but avoué de ne laisser personne pour compte » (« *leave no person left behind* »).

c) Niveau provincial : la province du Québec

La Charte québécoise (117) des droits et des libertés stipule que tout être humain a droit à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté et au droit au secours. La charte défend la discrimination basée sur, entre autres, l'âge et la filiation, ce qui rentre en conflit avec la situation actuelle des enfants MSAM. En effet, ces derniers n'ont pas d'assurance médicale à cause de leur âge (statut de mineur) et de la filiation à leurs parents (MSAM). La loi sur l'assurance maladie et le règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont les principales références définissant l'accès à l'assurance maladie dans la province. Elle est principalement destinée aux citoyens et résidents québécois (cf. figure 1). De plus, les assurances privées ne prennent presque jamais en charge les frais liés à la grossesse. Cependant le programme

québécois d'immunisation vise à offrir gratuitement 15 vaccins à toute la population. . Le traitement contre la tuberculose est également gratuit pour tous selon la RAMQ (116), mais dans certains documents, il est mentionné que seules les personnes assurées par la RAMQ ont le droit au traitement. Les directives restent donc assez ambiguës (118). Toutefois, il est essentiel que les individus soient au courant de la pratique de vaccination et sachent où se rendre pour faire vacciner ou soigner leurs enfants.

d) Niveau municipal : la ville de Montréal, ville sanctuaire

En février 2017, le conseil municipal de Montréal a déclaré Montréal “ville sanctuaire”. Alors que la notion de ville sanctuaire implique que la ville s’engage à ce que les autorités municipales ne contrôlent plus le statut migratoire des individus et garantit la protection et la confidentialité des habitants, la ville de Montréal va plus loin dans sa définition de la ville sanctuaire (119). Elle s’est engagé à protéger les personnes sans statut légal résidentes à Montréal mais également à leur rendre accessibles les services municipaux, l’accès au logement, à les inclure dans le fonctionnement des services publics et à travailler pour répondre à leurs besoins de santé et d’éducation. Le principal objectif est de réduire les risques d’expulsion afin de diminuer leurs craintes quant à la déportation. Bien que cette initiative de l’ancien maire Denis Coderre ait reçu l’appui unanime du conseil municipal (120), sa successeuse Valérie Plante souligne avec raison que la ville de Montréal ne possède pas tous les outils nécessaires pour le moment et qu’il « ne faudrait pas créer un faux sentiment de sécurité »(120). De plus, l’accès aux soins de santé est défini par le gouvernement provincial et non pas le niveau municipal.

En dépit des conventions internationales signées (et notamment l’article 24 de la convention relative aux droits de l’enfant²⁰), les procédures gouvernementales et les politiques restreignent l’accès aux soins de santé pour les enfants des parents migrants avec des statuts précaires. En effet, au niveau fédéral, il est question de “restriction” d’accès aux services de santé gratuits et au niveau provincial, les femmes enceintes et les enfants migrants de parents à statut précaire semblent être les grands “oubliés” du système de santé (107). Aucune mesure pour créer une réelle ville sanctuaire n’a été prise et cet enjeu semble avoir été peu abordé durant la campagne électorale de novembre dernier (121). Aujourd’hui, il faudrait renforcer les lois et les politiques publiques, afin de rendre cohérentes les politiques fédérales et provinciales, et ainsi rentrer en résonance avec les principes d’égalité et de justice sociale énoncés dans les conventions et les chartes des droits

B. Entre décisions politiques et applications sur le terrain

a) Importance de la formation et de la sensibilisation des professionnels de santé

Si les lois et les politiques publiques sont primordiales, leur application l’est tout autant. Actuellement, les contradictions entre les normes, les valeurs et la législation des différents niveaux décisionnels mettent les professionnels de santé en première ligne pour décider des comportements à adopter face aux MSAM.

Certains professionnels rencontrent des conflits éthiques entre leurs valeurs personnelles (les droits humains), leurs devoirs professionnels et les directives gouvernementales. En effet, tout en prônant

²⁰ « 1- Les États parties reconnaissent le droit de l’enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s’efforcent de garantir qu’aucun enfant ne soit privé du droit d’avoir accès à ces services »

l'intérêt supérieur de l'enfant, certains expriment un avis défavorable sur l'accès aux soins des enfants ou femmes enceintes aux statuts précaires (122). Pour les professionnels revendiquant un accès universel aux soins de santé, il est également difficile d'agir en fonction de leurs valeurs. Selon les hôpitaux et les directives institutionnelles, ils peuvent être autorisés, de façon tacite, à soigner les patients sans assurance ou bien complètement interdit de prodiguer de tels soins (123). Les attitudes des professionnels de la santé varient selon les valeurs personnelles, les normes institutionnelles et le statut professionnel, et s'éloignent parfois des principes de justice sociale et d'égalité prônés par les conventions internationales et la Charte canadienne des droits et des libertés (124,125). Le manque d'information, ainsi que le manque de sensibilisation des professionnels de santé à ces problématiques, semblent être des points à améliorer dans la formation initiale et continue. De plus, la société civile semble estimer qu'il existe une grande distance entre les politiques publiques décidées à Ottawa et les préoccupations des communautés, particulièrement en ce qui concerne les droits des migrants (126). Pourtant, c'est une réalité qui semble importante à prendre en compte puisque près d'un enfant sur cinq au Canada serait issu de la migration de première ou deuxième génération (15).

II. Mise en place d'initiatives de santé en faveur de l'accès aux soins de santé des MSAM

La problématique et les questions d'accès aux soins des migrants n'ont pas de frontières. De nombreuses initiatives de santé et certaines politiques publiques ont été mises en œuvre dans les pays au revenu élevé pour essayer d'y répondre et combler ce manque. Nous examinerons le modèle de financement et d'intervention, les bénéfices et les limites des initiatives de santé au niveau montréalais (i) et nous considérerons des services de santé pour les MSAM ayant été développés grâce à des politiques publiques nord-américaines dans certains états et provinces (ii). Nous ne décrirons pas en détail d'autres initiatives internationales puisqu'elles ne sont ni innovantes ni pertinentes à développer dans le contexte québécois. Aucune de celles référées ne propose un mode de fonctionnement, d'intervention ou de financement particulièrement intéressants ou différents des initiatives québécoises déjà en place. De plus, aucune d'entre elles ne peut prétendre offrir un accès aux soins complets sans restriction.

A. Initiatives de santé d'organismes communautaires à Montréal

Au niveau local, des initiatives de santé destinées aux MSAM ont vu le jour à Montréal.

Contexte	Pour pallier les problématiques d'accès aux soins des MSAM à Montréal et contribuer à améliorer leur bien-être physique et moral, des organismes à but non lucratif ont développé depuis plusieurs années des initiatives de santé pour les MSAM et les femmes enceintes migrantes ou en situation de vulnérabilité. Ces organismes diffèrent dans leur statut juridique. Ils fonctionnent grâce à des financements publics et privés et les soins sont fournis par des professionnels de santé bénévoles ou rémunérés par le système public.
-----------------	---

Description des services	Médecin du Monde et la Maison Bleue proposent des services médicaux pour les femmes enceintes et les jeunes enfants (dépistage et vaccination, suivi prénatal et postnatal, consultation médicale). MdM, organisation non gouvernementale, offre aussi des services d'accompagnement psychologique et social. La Maison Bleue fournit également des services de soutien psychosocial et psycho éducatifs pour les femmes et les enfants. D'autres organismes offrent des services de soutien, d'entraide et d'accompagnement pour les jeunes parents tels que des visites à domicile (Fondation de la Visite), une ligne téléphonique (Fondation de la Visite) ou des groupes d'échange sur la parentalité et la grossesse (Head and Hands, Dispensaire diététique de Montréal). Enfin, le Dispensaire diététique de Montréal propose aux femmes enceintes des consultations avec des nutritionnistes.
Bénéfices	Ces initiatives permettent d'agir positivement sur la santé des mères et des tout-petits en agissant à la fois sur l'accès aux soins et sur certaines les facteurs de risque. (Isolement social, Alimentation). En effet, en 2016, à MdM 174 femmes enceintes MSAM ont pu voir un médecin et 54 d'entre elles ont bénéficié d'un suivi de grossesse complet (127). À la Maison Bleue, 183 suivis de grossesse ont été réalisés toute population précaire confondue. Cela a permis d'obtenir des meilleurs indicateurs de santé (poids de naissance et naissance prématurée). Ils sont reçus également 975 enfants issus de famille défavorisée. (128).
Limites	D'une part, les services de la Maison Bleue ne sont pas spécifiques aux MSAM. Ces derniers représentent moins de la moitié de la patientèle (128). D'autre part, aucun de ces organismes n'a les ressources pour prendre en charge les soins nécessitant des techniques et du matériel médical spécifiques tels que les accouchements, le suivi des grossesses à risques, les enfants ayant des besoins spéciaux, la chirurgie et la radiologie ainsi que les traitements pharmacologies. Dans ces cas-là, les personnes sont contraintes de se rendre dans un centre du réseau de la santé et des services sociaux. Un grand nombre n'ira pas par crainte de ne pas être reçu, ou d'avoir une facture trop élevée et de ne pas pouvoir payer les frais. Elles n'iront consulter qu'en cas d'extrême urgence. De plus, faute de financements suffisants, ces organismes se voient quotidiennement contraints de refuser certaines personnes et limiter leurs services.

Ces initiatives de santé sont loin de proposer un accès aux soins complet et sont en constante recherche de subventions, ce qui engendre une insécurité quant à la pérennité des actions. C'est notamment le cas de MdM qui faute de financement a dû supprimer les postes de l'infirmière et de la travailleuse sociale qui assuraient le suivi régulier des femmes enceintes. De plus, au niveau local, l'engagement personnel et bien plus fort que l'engagement professionnel pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès des migrants dans le domaine de la santé (129). De ce fait, le fonctionnement de ces structures et leurs actions sont interdépendants de la présence, de la volonté et des valeurs de chaque intervenant.

Cependant, des initiatives comme la Maison Bleue peuvent être un modèle de structure innovante pouvant inspirer le système de santé public. En effet, cet organisme sans but lucratif indépendant est une structure administrative hybride. Les professionnels de la santé qui y travaillent sont payés par le système public de santé et l'organisme travaille en étroite collaboration avec le

CIUSSS (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux)²¹. Il est innovant et unique dans la prise en charge multidisciplinaire (professionnels de santé et travailleurs sociaux) et préventive des femmes enceintes et des jeunes enfants pour assurer une intervention globale et complète. En attendant la mise en place d'un système d'accès universel aux soins, les initiatives mises en place à Montréal peuvent permettre une prise de conscience politique et favoriser des changements. Ce sont de plus en plus des initiatives de santé locales entre acteurs qui sont décisives dans l'action publique (130). Ces organismes jouent un rôle de plaidoyer important auprès des pouvoirs nationaux pour faciliter l'accès aux soins et promouvoir le respect des droits humains. Ils ont une volonté d'influencer les décisions politiques pour une meilleure protection de la santé des personnes et des communautés. Médecins du Monde fait un plaidoyer auprès des autorités publiques, et notamment de la RAMQ, ainsi qu'une sensibilisation auprès des professionnels de santé et du grand public pour que tous les enfants et les femmes enceintes puissent avoir accès à l'assurance médicale publique au Québec.

Les organismes communautaires apportent donc une aide importante aux femmes enceintes sans assurance médicale, mais ils ne peuvent substituer à une réelle prise en compte des difficultés sociales et économiques de ces dernières comme la difficulté à trouver un travail sans statut, et les prix demandés lors de l'accouchement et des soins liés à la grossesse (Encadré 2).

Encadré 2 : Extrait d'entretien avec une femme ayant accouché sans assurance médicale à Montréal²²

Interviewer : À la Maison Bleue (...) À Médecins du monde, ça, c'était pour ma fille. Ils ont tout pris en charge, sauf les échographies, ça, c'est moi qui ai payé, les échos. Moi, j'ai payé les échos et puis l'accouchement. L'accouchement là je dois encore à l'hôpital, je n'ai pas encore fini de payer mes dettes.

Répondant : Et est-ce que si ça ne te dérange le prix, juste pour savoir...

R. : Le prix que je dois payer à tous les mois, bon c'est dans les 3 000 et quelques hein ! 3 000...

Interviewer : Donc ça fait partie des accouchements les moins chers possibles.

R. : Oui, c'est ça. (...) La Maison Bleue, là, ils m'ont vraiment aidée. La Maison Bleue, ils ont tout pris en charge, sauf l'accouchement bien sûr. Là encore, je dois encore là-bas.

Interviewer : Donc tous les mois tu paies de l'argent ...

R. : Pas tous les mois, parce que là, j'ai arrêté de payer parce que je n'ai pas... Je n'ai pas, je pense que quand on va me donner les papiers, je vais pouvoir travailler

Interviewer : Oui, tu vas pouvoir travailler...

R. : C'est ça, parce qu'actuellement je ne peux pas. En fait, j'ai mes dettes là-bas encore ! Donc la Maison bleue, ils m'ont prise en charge, tout, tout, tout, sauf l'accouchement, les échographies, tout, ils ont... Les vaccins pour mes enfants, tout, tout, tout. Ils m'ont même donné des meubles aussi, en tout cas, ils m'ont aidée la Maison Bleue là... J'aime la Maison Bleue.

B. Services de soins de santé développés grâce aux orientations politiques

La déclaration municipale de Montréal "ville sanctuaire" semble signaler une certaine ouverture à un meilleur accès aux soins pour tous ses résidents, quel que soit leur statut. Dans ce contexte, il est pertinent d'observer les initiatives mises en place grâce à des politiques publiques favorables aux MSAM en Amérique du Nord.

²¹ Le CIUSSS a comme mission de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire. Dans le cadre des mandats locaux, régionaux et suprarégionaux qui lui sont dévolus, il offre une large gamme de services de santé et service sociaux généraux et spécialisés en s'assurant de les rendre accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

²² Témoignage recueilli dans le cadre d'un entretien réalisé lors du volet qualitatif de l'enquête MSAM à Montréal

Contexte	Dans les dernières décennies, dans certains États américains et provinces canadiennes, des politiques municipales favorisant une intégration et une offre de services de santé pour les migrants ont été développées. Des programmes et initiatives de santé pour permettre l'accès aux soins de santé aux populations marginalisées et notamment aux MSAM ont alors été mis en œuvre. Certains de ces programmes sont financés par des partenaires privés (Sanctuary Heath à Vancouver), d'autres en partie par des subventions gouvernementales (Healthy San Francisco, Access Alliance et d'autres Community Health Centres en Ontario, My Health LA à Los Angeles). Les soins peuvent être fournis par des cliniques et des praticiens privés (My Health LA à Los Angeles et Sanctuary Heath à Vancouver), par un réseau de cliniques communautaires (Healthy San Francisco) ou encore grâce à la collaboration avec des associations de professionnels de la santé (Access Alliance à Toronto avec l'association des sages-femmes).
Description des services	Ces initiatives proposent gratuitement le suivi de grossesse et l'accouchement. Certaines proposent les soins primaires, préventifs et auprès de spécialistes pour les enfants MSAM résidentes dans leurs villes. (Access Alliance à Toronto, My Health LA à Los Angeles, Healthy kids HMO à San Francisco). Dans certains cas, une participation financière annuelle peut leur être demandée selon le revenu (Healthy San Francisco). Les initiatives canadiennes ne fournissent pas d'accès gratuit aux médicaments.
Bénéfices	Ces initiatives permettent d'améliorer l'accès aux soins des mères et des tout-petits. Cela est d'autant plus perceptible à San Francisco où les enfants assurés par la municipalité peuvent accéder au système public de santé au même titre que tous les autres enfants. Contrairement aux initiatives proposées à Montréal, elles permettent de prendre en charge la totalité de l'accouchement permettant de réduire les risques de santé maternelle, fœtale et de l'enfant.
Limites	Les initiatives canadiennes ne permettent pas un accès aux soins complet puisqu'elles ne fournissent pas les médicaments. De plus, la plupart de ces services sont limités aux femmes et aux enfants résidents au sein même de la ville. Or, les prix des loyers étant très élevés dans ces mégalo-poles, la population migrante vit majoritairement en périphérie. Ils ne sont pas résidents de ces villes et ne peuvent pas bénéficier de ces services (131,132). Également, certaines de ces initiatives sont financièrement dépendantes de partenariats avec des cliniques privées, renouvelables ou non, selon les choix financiers et politiques des dirigeants. Ces initiatives ne sont pas alors nécessairement pérennes.

Dans le contexte montréalais actuel, il est attendu de pouvoir développer des initiatives comme celles-ci. Cependant, au Québec les soins de santé relevant du gouvernement provincial, il est primordial que la municipalité déploie un plaidoyer politique en faveur des MSAM auprès du gouvernement. Cela pourrait permettre d'avoir une offre de services plus efficace et moins restreinte que celles actuelles organisées par les organismes à but non lucratif (128).

Cependant, comme ce que nous avons décrit précédemment, l'accès aux soins est une problématique complexe où plusieurs barrières sont impliquées. Pour un accès aux soins optimal, il est alors nécessaire d'agir sur l'ensemble de ces barrières. Pour exemple, le rapport d'évaluation du Healthy San Francisco a montré que malgré avec cette politique et cette initiative, seulement 43% des personnes interrogées ayant bénéficié du programme pendant 12 mois considèrent que cela leur

a permis un meilleur accès aux soins (134). Cela signifie que des mesures, des politiques ou des initiatives financières ne sont pas suffisantes pour permettre un véritable accès aux soins.

III. Mesures mises en place agissant sur d'autres déterminants de la santé pour les MSAM

Afin d'améliorer la santé des MSAM, il est essentiel également d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé (Section 2). Il peut s'agir d'initiatives d'intégration professionnelle et sociale (i), d'intégration des enfants dans les services de garde et des écoles (ii) et de la réduction de l'insécurité alimentaire (iii). De plus, assurer la sécurité alimentaire et améliorer la nutrition ainsi qu'assurer l'accès de tous à une éducation de qualité font aussi partie des 17 objectifs de développement durable adoptés par l'ONU (57).

A. Mesures favorisant l'intégration professionnelle et sociale des MSAM

La population migrante fait face à des difficultés d'insertion professionnelle au Québec, principalement dû au manque de reconnaissance de leurs diplômes (135) et leur état de connaissances linguistiques (136). Face à cela, cette population se tourne vers les organismes communautaires ayant pour mission l'insertion à l'emploi (137).

Contexte	Le Programme d'aide à l'Intégration des Immigrants et des minorités visibles d'aide à l'emploi (PRIIME) ²³ mis en place par le gouvernement du Québec vise à soutenir l'intégration des migrants dans un premier emploi. Il finance des organismes communautaires qui visent l'insertion et l'intégration professionnelles des migrants.
Description des services	Quatre organismes communautaires montréalais d'aide à l'insertion professionnelle ont mis en place des services d'aide à l'intégration professionnelle : élaboration d'un curriculum vitae, rédaction d'une lettre de présentation et production d'une carte d'affaires, formation à la recherche d'emploi (appels, recherche sur Internet, etc.) et simulation d'entrevues.
Bénéfices	Ces initiatives favorisent l'insertion professionnelle. L'enquête d'évaluation a montré que 66 % des répondants (N=60/91) des quatre organismes ont décroché un emploi après avoir utilisé les services. Pour plus de la moitié, l'emploi coïncidait avec leur formation et leur l'expérience professionnelle. Ce type de service permettrait aussi une meilleure intégration dans des réseaux sociaux (138).
Limites	Le principal bailleur de fonds de ces programmes étant le ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale du Québec, ces organismes sont contraints à des exigences quantitatives d'insertion d'emploi (138). Ils orienteraient leurs services aux personnes les plus susceptibles de trouver un emploi (138) et non vers les populations les plus vulnérables dont font partie les femmes migrantes.

Ce type de programme semble contribuer à améliorer l'insertion économique et sociale des migrants. Cependant, ces programmes sont contraints à des objectifs quantitatifs fixés par les financeurs en termes de réussite d'insertion. Cela ne permet pas un respect des valeurs sociales et solidaires. Elles placent les organismes communautaires face une sélection arbitraire des

²³ Le Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi (PRIIME) vise à soutenir l'intégration dans un premier emploi durable, dans leur domaine de compétence, de nouveaux arrivants et de personnes issues d'une minorité visible

bénéficiaires les moins vulnérables, pourtant contraire aux fondements et engagements communautaires. Dans un souci de justice sociale et d'équité, ces services devraient pouvoir être proposés à tous, quelle que soit les chances de réussite.

B. Intégration des enfants dans les services de garde

Comme décrit dans la section 2, le service de garde est à considérer un environnement favorable pour les jeunes enfants migrants. Cependant, confier son enfant à des inconnus ainsi que la séparation sont des sources de stress pour les parents et les enfants, et ce, d'autant plus dans la population migrante qui vit notamment un stress supplémentaire inhérent au processus migratoire (139). De plus, faire garder ses jeunes enfants par d'autres personnes est dans de nombreuses sociétés non occidentales hors normes (140). Pour faciliter l'intégration de ces jeunes enfants, des initiatives ont été mises en place.

Contexte	Les services de gardes et éducatifs sont confrontés aux problématiques liées à l'accueil et à l'adaptation des services à la population migrante par leur proximité avec la population et la nature de leurs interventions. Peu de politiques publiques prenant en compte la diversité existent au Québec et au Canada (139). Cependant, un grand nombre de services de garde ont pris des mesures d'adaptation de leurs services à la population migrante telles que la mise en place d'une collaboration privilégiée avec les parents et les organismes communautaires ou d'activités pédagogiques facilitant ainsi l'intégration des enfants (139)..
Description des services	Au Canada, certains services proposent des activités éducatives telles que le Westcoast Multicultural and Diversity Services à Vancouver qui développe des activités de découverte culturelle à partir des pratiques culinaires internationales. D'autres initiatives essaient de favoriser les échanges avec les parents, comme le Centre de la petite enfance dans le quartier Côte-des-Neiges à Montréal où un protocole d'accueil destiné aux parents migrants a été mis en place ou le Westcoast Child Care Resource Centre à Vancouver qui a développé un service de consultation téléphonique pour les parents en 3 langues. Aux États-Unis le programme « Early Head Start » proposé pour les enfants de moins de 3 ans a développé une approche plus complète favorisant les activités éducatives multiculturelles, le recrutement de personnel de différentes origines ethniques ainsi qu'une communication attentionnée avec les parents.
Bénéfices	Ces adaptations contribueraient une meilleure intégration de ces enfants dans le système éducatif en prenant en compte leur culture et en rassurant les parents. L'évaluation du programme « Early Head Start » a montré des effets positifs sur le développement cognitif, comportemental et langagier des enfants ainsi que sur l'environnement familial.
Limites	Ces services dépendent des volontés et des dynamiques des directions d'établissements. De ce fait, ils sont non homogènes tant dans leur approche qu'au sein du territoire. Cela entraîne des inégalités auprès de la population.

Ces services favorisant l'intégration des enfants permettent également d'apporter des bénéfices quant à leurs développements social, comportemental et cognitif (139). Cependant, ces services ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire canadien. Afin de favoriser pleinement l'intégration à tous les enfants migrants en milieu éducatif, un réel engagement de l'ensemble des parties prenantes est nécessaire. Les politiques et programmes agissant sur l'intégration culturelle doivent faire partie

d'un véritable projet collectif prenant à la fois en compte les concepts pédagogiques, la formation des intervenants et l'adaptation du matériel éducatif (139).

D'autres types encore d'initiatives à Montréal, bien que non spécifiques à la population migrante, existent et peuvent agir positivement sur la santé des enfants. C'est le cas de la clinique médico-juridique de l'hôpital pour enfants de Montréal.

C. Mesures réduisant l'insécurité alimentaire

À Montréal, tel que détaillé dans la section 2, les familles migrantes expriment des problématiques d'insécurité alimentaire. En réponse à ces difficultés, nombreux organismes communautaires proposent des services d'aide alimentaire.

Contexte	Face à l'insécurité alimentaire, plusieurs types d'interventions communautaires existent. Certains types de service offrent du don alimentaire d'urgence une ou plusieurs fois par semaine. D'autres programmes vont au-delà du dépannage alimentaire traditionnel et permettant d'agir sur plusieurs déterminants sociaux.
Description des services	L'organisme communautaire Équipe Mobile en sécurité alimentaire dans l'arrondissement de la Petite Bourgogne offre des produits alimentaires à moindre coût et a créé un marché et un café communautaires en donnant l'occasion aux résidents de participer à un projet de quartier en s'impliquant bénévolement dans ces lieux.
Bénéfices	Une évaluation de cette intervention a été faite (141). Les résultats ont montré qu'elle contribue à l'amélioration de la situation économique des personnes en donnant accès à des aliments frais à moindre coût. La mise en place du marché et du café communautaires permet d'améliorer l'intégration culturelle, la mixité sociale et l'empowerment des résidents.
Limites	Le quartier de la Petite-Bourgogne est certes très diversifié culturellement, mais le pourcentage de migrants et d'individus à faible revenu est plus faible que dans d'autres arrondissements de Montréal tels que Côtes de Neige ou Parc-Extension. Les populations les plus défavorisées ne bénéficient pas alors de cette initiative.

D'autres initiatives de ce type existent à Montréal même si à ce jour aucune évaluation de ces programmes n'a été faite. C'est notamment le cas du dépôt alimentaire de Notre Dame de Grâce qui propose du dépannage mais aussi des ateliers culinaires permettant de favoriser le lien social, ceci dans une perspective de réduction du gaspillage alimentaire.

La mise en place de ce type d'initiatives peut être à privilégier dans d'autres organismes communautaires de Montréal puisqu'elles permettent d'agir sur différents déterminants sociaux. Cependant, une étude sur les interventions communautaires en sécurité alimentaire à Montréal (142) a montré que les personnes les plus vulnérables étaient majoritairement des usagers des ressources centrées sur le don alimentaire traditionnel puisqu'elles ont besoin de combler un besoin immédiat. Chaque secteur d'intervention peut être propice à des actions contribuant à améliorer la santé des MSAM. Toutefois, la mise en œuvre sectorisée de ces interventions peut être un frein pour leur efficacité. Les interventions mises en place dans le domaine de la santé, de l'emploi, de l'éducation, du logement et de la sécurité alimentaire fonctionnent d'autant mieux qu'elles sont combinées et coordonnées. Ainsi, favoriser la concertation entre les différents organismes œuvrant dans différents

secteurs permet de mettre en commun ressources et expertises diversifiées et d'avoir une vision globale des enjeux relatifs aux conditions de vie des personnes.

IV. Mesures favorisant les interventions auprès des MSAM

Nous avons dégagé deux mesures phares permettant d'améliorer les interventions auprès des MSAM. L'une s'inscrit dans une dimension macro et consiste à la reconnaissance de l'action communautaire par le gouvernement. L'autre s'inscrit dans une dimension micro et consiste en l'adoption d'une approche ethnoanthropologique et interculturelle auprès des professionnels de santé, des éducateurs et des travailleurs sociaux.

A. Reconnaissance de l'action communautaire par le gouvernement québécois : de la théorie à la pratique

Le réseau communautaire constitue une ressource essentielle pour les personnes vulnérables qui ont épuisé les recours personnels, publics, ou privés (143).

Dès les années 70, une politique de reconnaissance de l'action communautaire est attendue. Ce n'est qu'en 2001, que le Québec met en place une telle politique gouvernementale considérant alors l'action communautaire comme une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec. Cette politique a permis la mise en place d'un fonds de financement pour les organismes communautaires en soutien à leurs actions. Le financement provincial a même était augmenté entre 2001 à 2012, malgré une augmentation du nombre d'organismes (144). Cependant, au cours des années, les demandes faites aux organismes communautaires ont augmenté, notamment celles provenant des personnes migrantes (145). En 2013, près de la moitié des organismes communautaires interrogés à Montréal ont connu des difficultés budgétaires importantes, pouvant compromettre leur pérennité. Certains d'entre eux ont même été contraints de mettre en place des mesures sévères, telles que créer ou rallonger des listes d'attente, ou tarifier les activités, pourtant contraires à leurs engagements (145).

De plus, les questions relatives au financement et à l'autonomie d'action et de décisions de ces organismes sont essentielles. L'évaluation faite en 2004 sur la mise en œuvre de la politique gouvernementale de l'action communautaire a révélé que « la question de l'autodétermination de la mission, des activités et des orientations apparaît au sommet des priorités quant au respect de l'autonomie » par les organismes communautaires. Selon des chercheurs américains (146) ; pour un développement favorable des actions et des organismes communautaires, trois conditions sont essentielles : le maintien d'une distance entre l'état et les organismes, le respect de l'autonomie de ces dernières leur permettant d'élaborer leurs propres programmes, un financement pas basé uniquement sur des fonds publics.

B. Approche ethnoanthropologique et interculturelle des professionnels de santé, des éducateurs, et des travailleurs sociaux, gage d'une meilleure prise en charge

L'importance de la qualité des soins de santé est rarement mentionnée dans les traités internationaux, ni dans les chartes et lois nationales. En matière de santé, les migrants disposent de multiples conceptions de la maladie et présentent des besoins et des attentes spécifiques. Sans une prise en charge adaptée, les inégalités de santé face aux soins sont favorisées (147). Plusieurs études soulignent que les pratiques cliniques, médicales et paramédicales s'amélioreraient grâce à

une prise en charge à la fois sociale, culturelle et religieuse des usagers (148). Il en est de même pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la population migrante. Ils devraient alors avoir les capacités à s'ajuster aux particularités de cette population. Dans leur pratique, ils devraient pouvoir prendre en compte les particularités culturelles, communicationnelles et linguistiques de cette population ainsi que les spécificités migratoires. Ainsi, il est possible d'envisager de mieux outiller et former les professionnels. C'est notamment une des recommandations de la table de Concertation des Organismes au service de personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) (149) qui souligne l'importance d'offrir un soutien spécialisé aux éducateurs en milieu de garde, par le biais de l'apprentissage du français en langue seconde, et d'une formation à l'intervention en contexte interculturel.

Bibliographie

1. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
2. Migration - Personnes nées à l'étranger - OCDE Data [Internet]. theOECD. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/migration/personnes-nees-a-l-etranger.htm>
3. Observatoire 2015 de l'accès aux droits et aux soins [Internet]. Issuu. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/observatoire-2015-de-l-acces-aux-dr/9>
4. OMS | Santé et droits de l'homme [Internet]. WHO. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
5. Simonnot N, Rodriguez A, Nuernberg M, Fille F, Arana-Fernandez PE, Chauvin P. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays. [PhD Thesis]. Médecins du Monde; 2016.
6. Stubbe Østergaard L, Norredam M, Mock-Munoz de Luna C, Blair M, Goldfeld S, Hjern A. Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. *Eur J Public Health*. 1 oct 2017;27(5):869- 73.
7. L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne | Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://fra.europa.eu/fr/publication/2012/lacces-aux-soins-de-sant-des-migrants-en-situation-irréguliere-dans-10-tats-membres-de>
8. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. oct 2014;29(7):818- 30.
9. L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2014/05/04/lacces-aux-soins-des-plus-precaires-dans-une-europe-en-crise-sociale>
10. Gouvernement du Canada. Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec [Internet]. 2014 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf
11. Immigration Ret CC, Immigration Ret CC. Immigration et citoyenneté [Internet]. aem. 2017 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/services/immigration-citoyennete.html>
12. Autres services | RAMQ [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/autres-services.aspx>
13. Facturation pendant le délai de carence | RAMQ [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/Pages/delai-carence.aspx>
14. Goel R, Bloch G, Caulford P. Waiting for care: effects of Ontario's 3-month waiting period for OHIP on landed immigrants. *Can Fam Physician*. juin 2013;59(6).
15. Les familles immigrantes au Québec [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/chiffres-famille-quebec/bulletin_quelle_famille/Pages/print-2016-vol4-no1.aspx

16. Brabant Z, Raynault M-F. Health of migrants with precarious status: results of an exploratory study in Montreal--Part B. *Soc Work Public Health*. 2012;27(5):469- 81.
17. Government of Canada SC. Le Quotidien — Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 2014 [Internet]. 2014 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://statcan.gc.ca/daily-quotidien/140926/dq140926b-fra.htm>
18. PopulationImmigree_QC_CaracteristiquesGenerales_2011.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PopulationImmigree_QC_CaracteristiquesGenerales_2011.pdf
19. Présence et portrait régionaux des personnes immigrantes admises au québec de 2006 à 2015 [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Pub_Immigration_et_demo_2015.pdf
20. L'enjeu mondial [Internet]. 2009 [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enjeu-mondial-2--9782724611311.htm>
21. Les migrations dans un monde interconnecté: nouvelles perspectives d'action : Rapport de la Commission mondiale sur les migrations internationales. CMMI; 2005. 97 p.
22. Constant F. Conclusion. In: L'enjeu mondial [Internet]. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2009 [cité 30 janv 2018]. p. 291- 306. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enjeu-mondial-2--9782724611311-page-291.htm>
23. Teitgen-Colly C. Le défi international des migrations forcées. In: L'enjeu mondial [Internet]. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2009 [cité 30 janv 2018]. p. 123- 36. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enjeu-mondial-2--9782724611311-p-123.htm>
24. Chen J, Rizzo JA, Rodriguez HP. The Health Effects of Cost-Related Treatment Delays. *Am J Med Qual*. 1 juill 2011;26(4):261- 71.
25. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010;
26. Brabant Z, Raynault M-F. Health situation of migrants with precarious status: review of the literature and implications for the Canadian context--Part A. *Soc Work Public Health*. 2012;27(4):330- 44.
27. Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med*. mai 2005;60(9):2149- 54.
28. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1 sept 1995;41(6):819- 28.
29. Azaroff LS, Lax MB, Levenstein C, Wegman DH. Wounding the Messenger: The New Economy Makes Occupational Health Indicators Too Good to Be True. *Int J Health Serv*. 1 avr 2004;34(2):271- 303.
30. OMS | Principaux concepts [Internet]. WHO. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/
31. Godfrey KM, Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr*. avr 2001;4(2b):611- 24.

32. Barker DJP, Eriksson JG, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol*. 1 déc 2002;31(6):1235- 9.
33. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M de, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. 19 janv 2008;371(9608):243- 60.
34. Gluckman PD, Hanson MA. Developmental Origins of Disease Paradigm: A Mechanistic and Evolutionary Perspective. *Pediatr Res*. sept 2004;56(3):311.
35. Institut de la Statistique du Québec. Rémunération hebdomadaire et horaire des employés selon le sexe, Montréal, 2013-2017 [Internet]. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil06/societe/marche_trav/indicat/tra_remunerati on06.htm
36. Ricard-Guay A, Meloni F, Hanley J, Montgomery C. Etre sans-papiers et enceinte: quand le droit à la santé dépend du statut d'immigration. *Bâbord*. 2013;48:24- 8.
37. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work Activity in Pregnancy, Preventive Measures, and the Risk of Preterm Delivery. *Am J Epidemiol*. 15 oct 2007;166(8):951- 65.
38. Hoffman S, Hatch MC. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1 oct 1996;10(4):380- 405.
39. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1- 10.
40. Castelló A, Río I, Martínez E, Rebagliato M, Barona C, Llacer A, et al. Differences in preterm and low birth weight deliveries between spanish and immigrant women: influence of the prenatal care received. *Ann Epidemiol*. mars 2012;22(3):175- 82.
41. Bragg R. Maternal deaths and vulnerable migrants. *The Lancet*. 15 mars 2008;371(9616):879- 81.
42. Khanlou N, Haque N, Skinner A, Mantini A, Kurtz Landy C. Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. *J Pregnancy* [Internet]. 2017;2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5292182/>
43. Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. [Internet]. Ottawa: Agence de santé publique du Canada; 2009 [cité 14 juill 2017]. Disponible sur: http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/collection_2009/aspc-phac/HP5-74-2-2009F.pdf
44. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs*. 1 déc 2005;52(6):672- 81.
45. Hertzman C, Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:329- 347 3p following 347.
46. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 1 août 2001;30(4):668- 77.
47. Gary W. Evans, Pilyoung Kim. Childhood Poverty and Health: Cumulative Risk Exposure and Stress Dysregulation. *Psychol Sci*. 1 nov 2007;18(11):953- 7.

48. Chryssanthopoulou C c., Turner-Cobb J m., Lucas A, Jessop D. Childcare as a stabilizing influence on HPA axis functioning: A reevaluation of maternal occupational patterns and familial relations. *Dev Psychobiol.* 1 déc 2005;47(4):354- 68.
49. Gouvernement du Canada SC. Les services de garde au Canada [Internet]. 2014 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2014005-fra.htm>
50. Laurin JC, Geoffroy M-C, Boivin M, Japel C, Raynault M-F, Tremblay RE, et al. Child Care Services, Socioeconomic Inequalities, and Academic Performance. *Pediatrics.* 1 déc 2015;136(6):1112 - 24.
51. Vandell DL, Belsky J, Burchinal M, Vandergrift N, Steinberg L. Do Effects of Early Child Care Extend to Age 15 Years? Results From the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Child Dev.* 2010;81(3):737- 56.
52. Côté S, Vaillancourt T, LeBlanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children. *J Abnorm Child Psychol.* 1 févr 2006;34(1):68- 82.
53. Eric Dearing, Henrik Daae Zachrisson, Ane Nærde. Age of Entry Into Early Childhood Education and Care as a Predictor of Aggression: Faint and Fading Associations for Young Norwegian Children. *Psychol Sci.* 1 oct 2015;26(10):1595- 607.
54. Flores G, Lin H, Walker C, Lee M, Portillo A, Henry M, et al. A cross-sectional study of parental awareness of and reasons for lack of health insurance among minority children, and the impact on health, access to care, and unmet needs. *Int J Equity Health.* 22 mars 2016;15:44.
55. Hynie M, Ardern CI, Robertson A. Emergency Room Visits by Uninsured Child and Adult Residents in Ontario, Canada: What Diagnoses, Severity and Visit Disposition Reveal About the Impact of Being Uninsured. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 9 févr 2016 [cité 7 mai 2016]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10903-016-0351-0>
56. Chronic physical health conditions among children of different racial/ethnic backgrounds - Public Health [Internet]. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: [http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506\(13\)00073-5/fulltext](http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506(13)00073-5/fulltext)
57. The United Nations. Final list of proposed sustainable development goal indicators [Internet]. 2016 [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/11803Official-List-of-Proposed-SDG-Indicators.pdf>
58. Munro K, Jarvis C, Kong L, D'Souza V, Graves L. Perspectives of family physicians on the care of uninsured pregnant women. *J Obstet Gynaecology Can.* 2013;35(7):599- 605.
59. Rousseau C, Ricard-Guay A, Laurin-Lamothe A, J. Gagnon A, Rousseau H. Perinatal health care for undocumented women in Montreal: When sub-standard care is almost the rule. *J Nurs Educ Pract.* 10 oct 2014;4.
60. Kramer MS. The Epidemiology of Adverse Pregnancy Outcomes: An Overview. *J Nutr.* 5 janv 2003;133(5):1592S- 1596S.
61. OMS | Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet]. WHO. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

62. Québec I de la S du. Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, néonatale et infantile, Québec et régions administratives, 2010-2014 [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/deces-mortalite/315.htm>
63. How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage? <http://www.nichd.nih.gov/> [Internet]. [cité 23 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancyloss/conditioninfo/risk>
64. Morriss FH. Increased Risk of Death among Uninsured Neonates. *Health Serv Res.* 1 août 2013;48(4):1232- 55.
65. Ridde V, Fillol A, Aho J, Patrick C, Hanley J, Mbaye E, et al. Données préliminaires, femmes enceintes, Projet migrants. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal; 2017 juin p. 8.
66. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. [Review]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2016;26- 38.
67. Morong JJ, Martin JK, Ware RS, Robichaux AG. A review of the preventability of maternal mortality in one hospital system in Louisiana, USA. *Int J Gynecol Obstet.* 1 mars 2017;136(3):344- 9.
68. Herbst MA, Mercer BM, Beazley D, Meyer N, Carr T. Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol.* 1 oct 2003;189(4):930- 3.
69. Puthussery S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2016;32:39- 49.
70. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, et al. The Role of Prenatal Care and Social Risk Factors in the Relationship between Immigrant Status and Neonatal Morbidity: A Retrospective Cohort Study. *PLoS ONE* [Internet]. 27 mars 2015 [cité 29 avr 2017];10(3). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376771/>
71. Gouvernement du Canada l'Agence de la santé publique du C. Guide canadien d'immunisation [Internet]. 2007 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/immunization-immunisation/canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php>
72. Merry L, Vangen S, Small R. Caesarean births among migrant women in high-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2016;32:88- 99.
73. Miszkurka M, Goulet L, Zunzunegui MV. Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* oct 2012;47(10):1639- 48.
74. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet.* 9 sept 2000;356(9233):875- 80.
75. Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychol Med.* févr 2010;40(2):335- 45.
76. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol.* oct 1993;169(4):858- 65.

77. Reed MM, Westfall JM, Bublitz C, Battaglia C, Fickenscher A. Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. *BMC Public Health*. 4 oct 2005;5:100.
78. A.j G, G D, O W, J.-F S, C.-LD, E S, et al. International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Soc Sci Med*. janv 2013;
79. Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Meloni F, Steinmetz N, Alvarez F. Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: Disparities in help-seeking and service delivery. *Paediatr Child Health*. nov 2013;18(9):465- 9.
80. Canada A de la santé publique du, Canada A de la santé publique du. L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité [Internet]. aem. 2006 [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/enquete-canadienne-experience-maternite.html>
81. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 1 sept 2002;187(3):681- 7.
82. Sword W, Watt S. Learning Needs of Postpartum Women: Does Socioeconomic Status Matter? *Birth*. 1 juin 2005;32(2):86- 92.
83. Noonan K, Carroll A, Reichman NE, Corman H. Mental illness as a risk factor for uninsurance among mothers of infants. *Matern Child Health J*. janv 2010;14(1):36- 46.
84. Maternal Stress During Pregnancy Predicts Cognitive Ability and Fearfulness in Infancy - Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62042-6/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62042-6/fulltext)
85. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 janv 2014;28(1):25- 35.
86. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 26 janv 2008;371(9609):340- 57.
87. Temcheff CE, Serbin LA, Martin-Storey A, Stack DM, Ledingham J, Schwartzman AE. Predicting Adult Physical Health Outcomes from Childhood Aggression, Social Withdrawal and Likeability: A 30-Year Prospective, Longitudinal Study. *Int J Behav Med*. 1 mars 2011;18(1):5- 12.
88. Health C on PA of C and F, Childhood C on E, Adoption, Care and D, Pediatrics and S on D and B, Garner AS, et al. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics*. 1 janv 2012;129(1):e224- 31.
89. Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status | American Journal of Psychiatry [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.9.1548>
90. Johnson RC, Schoeni RF. Early-Life Origins of Adult Disease: National Longitudinal Population-Based Study of the United States. *Am J Public Health*. déc 2011;101(12):2317- 24.
91. NCIRD | Home | Immunization and Respiratory Diseases | CDC [Internet]. 2017 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/ncird/index.html>
92. Martorell R. Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *Am J Hum Biol*. 1 mars 2017;29(2):n/a-n/a.

93. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 1 févr 2017;31(1):111- 21.
94. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med*. 1 févr 2009;68(3):452- 61.
95. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. *CMAJ Can Med Assoc J*. 8 mai 2007;176(10):1439- 40.
96. Newbold B. The short-term health of Canada’s new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethn Health*. juin 2009;14(3):315- 36.
97. Beiser M, Hou F, Hyman I, Tousignant M. Poverty, Family Process, and the Mental Health of Immigrant Children in Canada. *Am J Public Health*. févr 2002;92(2):220- 7.
98. Phyllis Zelkowitz, Joy Schinazi, Lilly Katofsky, Jean François Saucier, Marta Valenzuela, Ruta Westreich, et al. Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women. *Transcult Psychiatry*. 1 déc 2004;41(4):445- 64.
99. Lovejoy MC, Graczyk PA, O’Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 1 août 2000;20(5):561- 92.
100. Elgar FJ, Mills RSL, McGrath PJ, Waschbusch DA, Brownridge DA. Maternal and Paternal Depressive Symptoms and Child Maladjustment: The Mediating Role of Parental Behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1 déc 2007;35(6):943- 55.
101. Newland RP, Crnic KA, Cox MJ, Mills-Koonce WR, Family Life Project Key Investigators. The family model stress and maternal psychological symptoms: mediated pathways from economic hardship to parenting. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*. févr 2013;27(1):96- 105.
102. Kouider EB, Koglin U, Petermann F. Emotional and Behavioral Problems in Migrant Children and Adolescents in American Countries: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 1 août 2015;17(4):1240- 58.
103. Lorant V, Delière D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol*. 15 janv 2003;157(2):98- 112.
104. Conger RD, Donnellan MB. An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development. *Annu Rev Psychol*. 6 déc 2006;58(1):175- 99.
105. ICIS [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cihi.ca/fr>
106. Annexe 1 à la circulaire 2014-020 : facturation des services externes [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/ec1e6b1fba556d1285257cd00049f91d/\\$FILE/Annexe%201.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/ec1e6b1fba556d1285257cd00049f91d/$FILE/Annexe%201.pdf)
107. Clinique internationale de défense des droits humains de l’UQAM. L’accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ? [Internet]. Montréal (Québec, Canada); 2005 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2016/06/accessoinsperinataux.pdf>

108. Bureau des comptes : Liste de prix pour les non résidents : Non résidents [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.chusj.org/soins-services/services-connexes/Comptes-clients-\(Bureau-des-comptes\)/Non-residents-Liste-de-pix](https://www.chusj.org/soins-services/services-connexes/Comptes-clients-(Bureau-des-comptes)/Non-residents-Liste-de-pix)
109. Hanley J, Gravel S, Lippel K, Koo J-H. Pathways to Healthcare for Migrant Workers : How Can Health Entitlement Influence Occupational Health Trajectories ? Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]. 17 janv 2014 [cité 31 janv 2018];(16- 2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/3980>
110. Canadian Institute for Health Information. Donner naissance au Canada: les coûts [Internet]. Ottawa, Ont.: Institut canadien d'information sur la santé; 2006 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/216793>
111. Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. Health Policy Plan. sept 1996;11(3):219- 37.
112. des Nations Unies O. Convention relative aux droits de l'enfant. N Y N U. 1989;
113. Gouvernement du Canada. Guide de la Charte canadienne des droits et libertés [Internet]. aem. 2017 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/comment-droits-protoges/guide-charte-canadienne-droits-libertes.html>
114. Stratégie nationale sur le logement du Canada - PDF [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/68901151-Strategie-nationale-sur-le-logement-du-canada.html>
115. Gouvernement du Canada A étrangères. Rapport sur les plans et les priorités de 2016-2017 [Internet]. AMC. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://international.gc.ca/gac-amc/publications/plans/rpp/rpp_1617.aspx?lang=fra#s2_3_2_2
116. Programme québécois d'immunisation - Programmes et mesures d'aide - Portail santé mieux-être [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-d-immunisation/>
117. Centre de services paratgés du Québec. Charte des droits et libertés de la personne [Internet]. Disponible sur: http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12?langCont=fr#ga:l_i-gb:l_iv-h1
118. Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la tuberculose : Portail Québec [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=1185>
119. Ville de Montréal. Procès verbal designant Montréal ville sanctuaire [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: https://observatoirevivreensemble.org/sites/observatoirevivreensemble.org/files/declaration_designant_montreal_ville_sanctuaire.pdf
120. Trottier MC. Montréal est maintenant une «ville sanctuaire» [Internet]. Le Journal de Montréal. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.journaldemontreal.com/2017/02/20/montreal-est-maintenant-une-ville-sanctuaire>
121. BLOGUE Ville sanctuaire: un enjeu oublié de la campagne à Montréal [Internet]. Huffington Post Québec. 2017 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://quebec.huffingtonpost.ca/michel-lambert/ville-sanctuaire-un-enjeu-oublie-de-la-campagne-a-montreal_a_23254426/

122. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Matern Child Health J.* févr 2013;17(2):292- 8.
123. Kuile S, Rousseau C, Munoz M, Nadeau L, Ouimet M-J. The Universality of the Canadian Health Care System in Question: Barriers to Services for Immigrants and Refugees. *Int J Migr Health Soc Care.* 1 juill 2007;3:15- 26.
124. Vanthuyne K, Meloni F, Ruiz-Casares M, Rousseau C, Ricard-Guay A. Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege? *Soc Sci Med.* 2013;93(0):78- 85.
125. Rousseau C, Oulhote Y, Ruiz-Casares M, Cleveland J, Greenaway C. Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PLoS ONE [Internet].* 14 févr 2017 [cité 7 sept 2017];12(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5308802/>
126. Barnes N. North American Integration? Civil Society and Immigrant Health Policy Convergence. *Polit Policy.* 1 févr 2011;39(1):69- 89.
127. Rapport d'activités 2016-2017 [Internet]. Médecins du Monde Canada. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.ca/fr/publication/rapport-dactivites-2016-2017/>
128. La Maison Bleue. Rapport d'activités 2016-2017 [Internet]. Montréal (Québec, Canada); [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://www.maisonbleue.info/images/6-Publications/FR-LMB_rapport_2016-2017-Web.pdf
129. Hoyez A-C. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo Eur J Geogr [Internet].* 21 nov 2011 [cité 27 juin 2017]; Disponible sur: <https://cybergeo.revues.org/24796>
130. Loncle P. La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne », Implementation of local health policies: the territorial coordination of health in Brittany, Resumen. *Sci Soc Santé.* 2009;27(1):5- 31.
131. Singer A. Immigrants in 2010 Metropolitan America: A Decade of Change. 1 oct 2011;
132. Hall M, Greenman E. Housing and neighborhood quality among undocumented Mexican and Central American immigrants. *Soc Sci Res.* 1 nov 2013;42(6):1712- 25.
133. Tiedje K, Plevak DJ. Medical humanitarianism in the United States: Alternative healthcare, spirituality and political advocacy in the case of Our Lady Guadalupe Free Clinic. *Soc Sci Med.* nov 2014;120:360- 7.
134. McLaughlin C, Colby M, Taylor E, Harrington M, Higgins T, Byrd V, et al. Evaluation of Healthy San Francisco. 2011 août p. 74.
135. Houle F, Roux D. Le droit des professionnels et des gens de métier qui ont le statut de résident permanent de gagner leur vie au Québec en vertu de l'article 6(2) (b) de la Charte canadienne des droits et libertés. *Cah Droit.* 2012;53(1):79- 108.
136. Richard Y., Montreuil A, Helly D, Jantzen L. Discrimination et linguicisme au Québec : Enquête sur la diversité ethnique au Canada. *Can Ethn Stud.* 2007;39(1- 2):31- 49.

137. Bamba M. Analyse des services et stratégies d'aide en emploi des organismes communautaires auprès des nouveaux immigrants issus des minorités visibles à Montréal [Internet] [Thèse ou essai doctoral accepté]. [Montréal (Québec, Canada)]: Université du Québec à Montréal; 2012 [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.archipel.uqam.ca/5376/>
138. Bamba M, Morin R. Organismes communautaires en employabilité et nouveaux immigrants à Montréal : quel est l'apport des services offerts ? Vol. 14. 2014. 49 p.
139. L'accueil et l'intégration des enfants immigrants ou de familles immigrantes dans les services de garde : recension des écrits au Québec, au Canada et dans d'autres sociétés / [recherche et rédaction Coryse Ciceri, Marie McAndrew, Annie Bourguignon avec la collaboration de Marie-Louise Lefebvre]. - Ciceri, Coryse, 1969- [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0000773103
140. Immigration | Immigration et acculturation, services de garde et éducation [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/immigration/selon-experts/immigration-et-acculturation-services-de-garde-et-education>
141. Fortin J. Évaluation des actions en sécurité alimentaire de l'organisme Équipe mobile en alimentation dans la Petite-Bourgogne [Internet]. Place of publication not identified: Centre de recherche sur les innovations sociales; 2016 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/10065720>
142. Roncarolo F, Adam C, Bisset S, Potvin L. Traditional and Alternative Community Food Security Interventions in Montréal, Québec: Different Practices, Different People. J Community Health. 1 avr 2015;40(2):199- 207.
143. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Chevalier S. Les organismes communautaires des partenaires essentiels et dans le besoin : portrait de leur contribution et de leur situation budgétaire. [Internet]. 2013 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: https://www.santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers_portail/fichiers_portail/Professionnels/PSOC/2013-06-11_Portrait_organismes-communautaires-FINAL_26-06-2013.pdf
144. Longtin D, Rochman J, Klein J-L. Les enjeux du développement social à Montréal: évolution entre 1998 et 2014. 2015.
145. Chevalier S. Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : une équation à revoir [Internet]. Montréal (Québec, Canada); 2013 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.riocm.ca/wp-content/uploads/2013/12/portraitsynthese2013.pdf>
146. Salamon LM, Anheier HK. The emerging nonprofit sector: an overview. Manchester University Press; 1996. 200 p.
147. Wear D. Insurgent Multiculturalism: Rethinking How and Why We Teach Culture in Medical Education. Acad Med. juin 2003;78(6):549.
148. Lock M, Nichter M. Introduction: from documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. In: Leslie CM, Lock MM, Nichter M, éditeurs. New horizons in medical anthropology: essays in honour of Charles Leslie. London: Routledge; 2002. p. 1- 34.
149. TCRI. L'intégration des enfants et des jeunes immigrants de première génération au Québec [Internet]. Montréal (Québec, Canada); 2011 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://jeunesimmigrants.files.wordpress.com/2013/03/rapport-denquc3aate-jeunes-immigrants.pdf>

150. Gouvernement du Canada SC. Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 [Internet]. 2016 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016001/article/14307-fra.htm>
151. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. Screening for Serious Mental Illness in the General Population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* juin 2010;19(0 1):4- 22.

Annexe 1 : Méthode de l'enquête MSAM à Montréal

Le recrutement des participants à l'enquête "Comment améliorer la santé et l'accès aux soins des migrants sans assurance médicale à Montréal ?" a été réalisé du 4 juin 2016 au 30 septembre 2017.

Échantillon

L'objectif initial de l'enquête était de recruter au total 900 personnes migrantes sans assurance médicale à partir de la clinique médicale de Médecins du Monde (MdM) Canada (N=500) et dans la communauté (N=400).

Les MSAM constituent la population cible. Notre définition des MSAM s'appuie sur le statut d'immigration et sur l'accès à une couverture médicale. Les critères d'inclusion à l'étude sont : i) être âgé de 18 ans ou plus ; ii) avoir un statut d'immigration ne donnant pas droit à la carte de la régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (personnes sans statut (ou au statut d'immigration expiré), étudiants étrangers, personnes bénéficiant d'un permis de résidence temporaire (ex: attendant une décision de parrainage), visiteurs ou touristes résidant au Québec depuis au moins 6 mois (e.g. super visa pour grands parents); iii) être capable de communiquer en français, anglais, espagnol, créole, arabe, mandarin, punjabi, russe, serbo-croate, tamoul; iv) être en mesure de fournir un consentement éclairé. Sont exclues de l'étude les personnes : i) nées au Canada ; ii) citoyens canadiens ; iii) disposant d'une carte RAMQ valide ou un statut d'immigration rendant éligible à la RAMQ (travailleurs étrangers temporaires au délai de carence expiré ou résidents permanents au délai de carence) ; iv) demandeurs d'asile bénéficiant du PFSI.

Au final, 882 participants ont été recrutés, dont 387 à la clinique de MdM, 447 dans la communauté et 48 dans une sous-population de demandeurs d'asile, principalement originaires d'Haïti et arrivés par le poste frontalier à l'été 2017. Cela signifie que l'échantillon total n'est pas représentatif de la population des MSAM à Montréal, notamment en ce qui concerne la santé.

Stratégie de recrutement

Le « venue-based sampling » est la méthode utilisée dans la recherche. Elle est la plus couramment utilisée pour échantillonner les populations de migrants non recensées. Elle a nécessité une identification aussi exhaustive que possible des lieux de rencontre de la population cible qui a pu servir de lieux de recrutement. Cette identification s'effectue grâce à une enquête ethnographique préalable à l'enquête. Notre collaboration avec des organismes communautaires nous a permis d'améliorer la base de données de lieux qu'ils fréquentent et que nous avons répertoriés. Ces lieux ont été visités avant le recrutement pour s'assurer de sa faisabilité à partir de différents critères (approbation des responsables, sécurité, nombre suffisant de migrants, etc.). Les sites potentiels de recrutement ont été stratifiés géographiquement et en fonction des sous-populations de migrants qui les fréquentent. Les lieux de recrutement ont été sélectionnés aléatoirement pour chaque strate de ce répertoire. Cette technique a permis de produire un échantillon diversifié et le plus représentatif possible de la population à l'étude. Les lieux de recrutement identifiés ont compris des organismes communautaires, des bibliothèques municipales, des commerces, des lieux de culte, des salons de beauté, des halte-garderies, des événements particuliers, etc. Les personnes fréquentant ces lieux ont été approchées systématiquement pour vérifier leur éligibilité. Les personnes éligibles avaient le choix de participer à l'étude sur place (dans un endroit calme, retiré et sécurisé) ou sur rendez-vous à une date ultérieure dans un lieu à leur convenance. Aucune structure de santé (excepté MdM) n'a été sélectionnée comme lieu de recrutement afin de ne pas biaiser les données sur l'accès aux soins. Les stratégies ont également été adaptées selon les différentes communautés.

L'équipe de recherche a été constituée de 30 personnes, parlant 23 langues, et répartie comme suit :

- Langues sud-asiatiques (2 femmes),
- Farsi/dari (2 femmes 1 homme),
- Créole (1 femme 3 hommes),
- Espagnol (3 femmes 2 hommes),
- Arabe (2 femmes 2 hommes),
- Mandarin (2 femmes),
- Wolof (1 homme),
- Mori (1 femme),
- Swahili, kinyanrwandais et ki kongo (1 femme, 3 hommes),
- Russe/ukrainien (2 femmes),
- Grec (1 femme),
- Anglais des caraïbes (2 femmes et KS, 1 homme).

Nous avons également recruté au départ une personne d'origine roumaine qui n'est pas restée dans l'équipe. Nous avons aussi eu deux bénévoles ayant travaillé régulièrement sur le projet (d'origine congolaise et tunisienne), une stagiaire française à temps plein (pendant 1 mois et demi du 1er juin au 14 juillet 2016), ainsi qu'un étudiant de santé publique (un homme parlant mandarin).

Représentativité de l'échantillon de l'enquête par rapport au pays d'origine

L'ensemble des stratégies d'approche et la diversité de l'équipe d'enquêteurs a permis d'être assez représentatif de la communauté migrante selon les pays d'origine sauf quelques exceptions (Tableau 1).

Tableau 1 : Représentation des participants originaires de pays avec un nombre important de migrants à Montréal qui ont été peu recrutés et des raisons expliquant cette faible représentation

Pays d'origine	Proportion d'immigrés de Montréal (citoyen ou non du Québec) (%)	Proportion d l'échantillon (%)	Raison des difficultés d'atteinte de ce groupe
Italie	7	0,1	Communauté installée à Montréal depuis longtemps, attitude négative envers les personnes sans assurance médicale, "Il n'y en a pas dans la communauté"
France	4	2	Peu d'efforts spécifiques réalisés, la plupart ont une assurance privée donc ne sont pas éligibles
Vietnam	3	0	Problème linguistique, pas d'assistant de recherche parlant cette langue
Philippines	3	0	Problème linguistique, pas d'assistant de recherche parlant cette langue
Roumanie	2	0	Problème linguistique, pas d'assistant de recherche parlant cette langue, méfiance importante
Grèce	2	0	Communauté installée à Montréal depuis longtemps, attitude négative envers les personnes sans assurance médicale, "Il n'y en a pas dans la communauté"
Sri Lanka	1,6	0	Problème linguistique, pas d'assistant de recherche parlant cette langue, méfiance importante

Portugal	1,5	0	Communauté installée à Montréal depuis longtemps, attitude négative envers les personnes sans assurance médicale, ‘‘Il n’y en a pas dans la communauté’’
----------	-----	---	--

Les participants n’étaient pas toujours disposés/disponibles au moment de la rencontre avec l’équipe sur le terrain. Ils préféraient fixer un rendez-vous par téléphone à un autre moment. La plupart des questionnaires ont été réalisés à l’Université de Montréal, ou dans un autre lieu choisi par le participant. Il est à noter qu’un grand nombre de personnes ne s’est pas présenté le moment convenu pour l’entrevue, et qu’il était par la suite impossible de reprendre contact avec elles. Aussi, les assistants de recherche nous informaient que des personnes allaient nous téléphoner, mais elles ne le faisaient pas nécessairement. Au total, 37 personnes ont refusé de participer à l’enquête, principalement par manque de temps. Les caractéristiques sociodémographiques de ces 37 personnes

Passation du questionnaire

À chaque participant, un questionnaire (traduit ou non) a été passé par l’enquêteur. Le questionnaire comprenait environ 80 questions, posées à l’oral par l’enquêteur qui remplissait les réponses sur une tablette.

Annexe 2 : Méthode de l'enquête MdM à Montréal

Le but de l'enquête était de documenter les expériences du suivi de grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal des femmes enceintes à statut précaire à Montréal. Cette étude a été réalisée par MdM et l'école de travail social de l'université de McGill.

Le recrutement des participantes a été fait à la clinique médicale de MdM auprès de toutes les femmes présentes dans la salle d'attente quel que soit leur état de santé. Les données de l'enquête ont été collectées par téléphone avec un questionnaire de 40 à 60 minutes constitué de questions ouvertes et fermées et traduit en 3 langues : anglais, français et espagnol. L'enquête a été réalisée auprès de 72 femmes entre 2014 et l'hiver 2017.

MdM a également permis l'accès aux données médicales.

Annexe 3 : Définition de l'échelle de Kessler

Afin de mesurer la détresse psychologique, une étude de la littérature disponible sur le sujet a été réalisée. L'échelle de détresse psychologique de Kessler qui permet de mesurer les troubles anxieux et les troubles de l'humeur a été choisie. Elle a été utilisée à de nombreuses reprises dans des enquêtes populationnelles au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie, aux États-Unis. Peu de données sont disponibles concernant la validité transculturelle de ce questionnaire pour les populations non occidentales. Toutefois, il s'agit de la meilleure mesure possible disponible que nous pouvons utiliser pour mesurer la détresse psychologique de notre échantillon (150). En outre, l'OMS a utilisé cette échelle dans 30 pays et la validité et la fiabilité de ce questionnaire sont satisfaisantes. Il a également été traduit dans 11 langues. Il existe une version à 10 questions :

- Au cours du derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti :
 - 1) Épuisé dans véritable raison,
 - 2) Nerveux
 - 3) Si nerveux que rien ne pouvait vous calmer,
 - 4) Désespéré
 - 5) Agité ou ne tenant pas en place,
 - 6) Si agité que vous ne pouviez pas rester sans bouger,
 - 7) Triste ou déprimé,
 - 8) Si déprimé que rien ne pouvait vous faire sourire,
 - 9) Comme si tout était un effort,
 - 10) Bon à rien

Pour notre enquête, nous avons utilisé la version à 6 questions qui a également été développée et validée (151):

- Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti :
 - 1) Nerveux
 - 2) Désespéré
 - 3) Agité ou impatient
 - 4) Si déprimé que rien ne pouvait vous remonter le moral
 - 5) Comme si tout était un effort,
 - 6) Bon à rien

En outre, des formulations ont été modifiées : par exemple, « ne tenant pas en place » a été changé par « impatient » et « rien ne pouvait vous faire sourire » a été remplacé par « rien ne pouvait vous remonter le moral ». En effet, il semblait que ces formulations étaient également plus adaptées à un contexte transculturel.

À chacune de ces questions, les participants ont plusieurs choix de réponses associés à un nombre (le score) : 1) tout le temps (score de 4), la plupart du temps (score de 3), parfois (score de 2), rarement (score de 1), jamais (score de 0). Le total des scores est ajouté pour toutes les questions, donnant ainsi un score total pouvant aller de 0 à 24. Les catégories « détresse psychologique très élevée » correspondent à un score strictement supérieur à 12, « détresse psychologique » à un score compris entre 7 et 12 et « faible » à un score strictement inférieur à 7 (151)