



17 MAI 2019

MÉMOIRE

LES MAUVAIS TRAITEMENTS ET LA VIOLENCE À L'ÉGARD
DES FEMMES MIGRANTES SANS ASSURANCE MALADIE
AU CANADA DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ
REPRODUCTIVE, ET EN PARTICULIER DE
L'ACCOUCHEMENT



Selon l'expérience des patientes de Médecins du Monde Canada
dans la province du Québec.

Soumission à :

Mme Dubravka Šimonovic
Rapporteur Spécial chargé de la question de la violence contre les femmes
HCDH-ONUG, 8-14 Avenue de la Paix 1211 Genève 10, Suisse

**Contact : Chloé Cébron, Conseillère analyse et plaidoyer ;
c.cebron@medecinsdumonde.ca**

Résumé

Au Canada, les femmes migrantes à statut précaire sont des femmes nées dans un autre pays et qui détiennent un statut migratoire qui n'est ni permanent ni garanti, ou qui sont sans statut établi, et qui, de ce fait, ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie provinciale du Québec, ni par le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

La majorité de ces femmes vivent dans une situation de grande vulnérabilité avec des conditions socio-économiques difficiles. En plus de ces difficultés principalement liées à leur parcours et leur statut migratoire, leur expérience de la grossesse est semée d'embûches qui favorisent la maltraitance et la violence à leur égard, notamment dans le contexte des soins périnataux.

En effet, l'expérience de Médecins du Monde avec les femmes enceintes à statut migratoire précaire au Québec démontre que ces femmes subissent de nombreuses violences et violations de droits pendant la grossesse et l'accouchement. Entre autres, Médecins du Monde peut témoigner des humiliations et des agressions verbales, l'absence de consentement pleinement éclairé, des refus de se voir administrer des médicaments contre la douleur, des refus d'admission dans les établissements de santé et des négligences entraînant des complications évitables.

Ces exemples de maltraitance, en y ajoutant les frais médicaux exorbitants et aléatoires ainsi que des pratiques des établissements et des professionnels de santé, empêchant ces femmes d'avoir accès à des soins préventifs et prénataux adéquats. Ces conditions ont des conséquences négatives sur leur santé et sur celle de leurs enfants. Cela constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins dans le respect, mais également à leurs droits à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

Parmi les pistes de solutions, Médecins du Monde recommande, entre autres, la couverture de tous les soins et services liés à la périnatalité pour toutes les femmes vivant au Canada, quel que soit leur statut migratoire, mais également la cessation des pratiques de surfacturation pour les personnes étrangères qui vivent au Canada, ainsi qu'une meilleure formation et sensibilisation des professionnels de la santé et des agents de l'administration aux différents statuts migratoires.

Contexte et champ de la soumission

Rapport soumis au Rapporteur Spécial des Nations-Unies sur la violence faites aux femmes, ses causes et ses conséquences dans la cadre de l'appel à soumission sur les mauvais traitements et la violence à l'égard des femmes pendant les soins de santé reproductive, et particulièrement pendant l'accouchement.

Dans ce cadre, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes souhaitait recueillir les vues des États, des organisations non gouvernementales, des institutions nationales des droits de l'homme et des universitaires sur les questions suivantes :

1. Indiquez s'il existe dans votre pays des cas de maltraitance et de violence à l'égard des femmes pendant les soins de santé reproductive, en particulier lors d'accouchements dans des établissements. Dans l'affirmative, veuillez préciser le type de cas et décrire la réponse de votre pays ainsi que les bonnes pratiques, y compris en matière de protection des droits humains ;
2. Précisez si un consentement complet et éclairé est donné pour tout type de soins de santé en matière de reproduction et si ceux-ci incluent les soins liés à l'accouchement.
3. Précisez s'il existe des mécanismes de responsabilisation en place dans les établissements de santé pour garantir réparation aux victimes de maltraitance et de violence, notamment par le dépôt de plaintes, une indemnisation financière, la reconnaissance d'un acte répréhensible et des garanties de non-répétition. Indiquer si le médiateur est chargé de remédier à ces violations des droits humains.
4. Votre système de santé dispose-t-il de politiques qui guident les interventions sanitaires contre la violence à l'égard des femmes et qui sont conformes aux directives et normes de l'OMS en la matière ?

Du fait du champ d'activité et d'expertise de Médecins du Monde Canada, cette soumission s'attardera particulièrement sur la première question posée et donnera certains éléments de réponse pour la deuxième et la troisième. La quatrième question ne sera pas couverte.

Méthodologie

Ce rapport se base sur les sources suivantes :

- Littérature académique
- Recherches qualitatives et quantitatives
- Rapports institutionnels
- Plans et politiques de santé internationales, nationales et provinciales
- Observations directes
- Témoignages directs

À propos de Médecins du Monde

Médecins du Monde est un réseau international composé de 16 délégations qui s'engagent à fournir des soins de santé, à témoigner et à appuyer le changement social dans leurs propres pays et ailleurs dans le monde. Au moyen de programmes médicaux innovants et d'un plaidoyer basé sur des faits, nous mettons les personnes exclues et vulnérables et leurs communautés en capacité de faire valoir leur droit à la santé.

L'approche de santé sexuelle et reproductive et la réponse aux violences faites aux femmes de Médecins du Monde : une approche de santé publique basée sur les droits humains

À travers le monde, une grande majorité de femmes n'a toujours pas accès à des soins de qualité, ce qui a des conséquences dramatiques en termes de santé publique. Médecins du Monde soutient activement le droit des femmes à disposer de leur corps, à avoir ou non des enfants, à choisir le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances. Nous considérons que l'exercice des droits sexuels et reproductifs conditionne et renforce l'exercice des autres droits humains fondamentaux, et permet également de prévenir l'entrée dans le cercle vicieux des inégalités et de la pauvreté. Les engagements de Médecins du Monde en santé sexuelle et reproductive s'articulent à travers une double approche : une offre de soins globale, équitable, accessible et de qualité ainsi qu'un plaidoyer en faveur des droits sexuels et reproductifs.

La clinique de Médecins du Monde pour les personnes à statut migratoire précaire sans assurance maladie à Montréal, Québec (Canada)

Présent au Canada depuis 1996, Médecins du Monde y a ouvert en 2011, dans la ville de Montréal, une clinique médicale générale de première ligne destinée exclusivement aux personnes migrantes à statut précaire (MSP) qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie du Québec. L'accès à cette clinique se fait selon des critères certains :

- Être dépourvu de couverture de santé public ou privé
- Se trouver en situation socioéconomique précaire/avoir des moyens financiers limités
- Ne pas se trouver dans le cadre d'un séjour touristique au Canada (visiteurs ou touristes de passage au Canada)

Les infirmières, médecins, travailleurs sociaux, et autres travailleurs de la santé bénévoles y accueillent, soignent et réfèrent, lorsque possible, des personnes migrantes qui vivent au Québec mais dont le statut migratoire ne donne pas accès à une couverture médicale et qui n'ont pas les moyens de payer pour des soins eux-mêmes.

La clinique a trois objectifs : 1) participer au renforcement de l'accès aux soins pour les personnes migrantes dépourvues de couverture médicale ; 2) soutenir la création d'un mouvement social en faveur de l'accès aux soins pour les migrants à statut précaire ; et 3) contribuer aux changements de politiques en matière d'accès aux soins et de droits pour les migrants à statut précaire.

La clinique est ouverte pour des consultations sans rendez-vous, anonymes et gratuites, deux journées par semaine. Une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes et à leurs enfants. Cette journée clinique est dédiée au suivi de femmes enceintes, mais permet aussi de résoudre des problèmes de santé gynécologique et de pédiatrie.

1. La grossesse et l'accouchement dans un contexte d'immigration précaire

1.1. L'accès aux soins de santé des personnes migrantes à statut précaire au Canada

Au Canada, la couverture des soins de santé pour les personnes migrantes dépend à la fois du gouvernement fédéral, puisqu'il possède la compétence principale en matière d'immigration, et du gouvernement provincial, qui possède la compétence principale en matière de santé et pour certaines provinces, comme le Québec, des compétences secondaires en terme d'immigration. L'accès aux soins d'une personne migrante pourra donc varier d'une province à une autre.

Il faut savoir qu'une personne étrangère peut demeurer au Canada de façon tout à fait légale, et même y travailler, sans avoir aucun droit à une assurance maladie, et ce, pendant des années. Une personne migrante à statut précaire (MSP) est donc une personne née dans un autre pays et qui détient un statut migratoire qui n'est ni permanent ni garanti, ou qui est sans statut établi, et qui, de ce fait, n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie provinciale du Québec ni par une couverture fédérale. Il ne s'agit donc pas de demandeurs d'asile ou de réfugiés, puisqu'au Canada ces personnes sont couvertes par un programme fédéral particulier (le PFSI).

Cette catégorie « par défaut » regroupe une très grande diversité de personnes avec des statuts et des parcours migratoires variés. Il peut s'agir de personnes en attente d'une réponse après une demande de parrainage par un membre de leur famille ou pour des raisons humanitaires, il peut s'agir de certains travailleurs temporaires, d'étudiants, de personnes dans une démarche de réunification familiale, de personnes entrées au pays avec des visas de visiteurs longue durée ou de personnes en attente du renouvellement de leur statut migratoire. Il peut aussi s'agir de personnes sans statut ou entre deux statuts¹.

Les personnes à statut migratoire précaire ne forment donc pas un groupe homogène. Cependant, elles ont toutes en commun d'être placées en situation de vulnérabilité en raison de leur statut migratoire précaire. En plus de leur trajet migratoire, qui a pu être éprouvant et avoir occasionné des problèmes de santé, à leur arrivée au Canada, il est démontré que les personnes MSP sont plus à risque de vivre dans la pauvreté, dans des logements inadéquats², d'occuper des emplois précaires ainsi que d'être isolées socialement³.

1.2. Des femmes enceintes migrantes sans assurance maladie en situation d'extrême vulnérabilité

En 2018-2019, sur les 288 femmes enceintes que nous avons reçu à notre clinique :

- 61% étaient en attente de la régularisation de leur statut migratoire, ou possédaient un statut ne leur donnant pas accès aux soins (visa étudiant, parrainage, demande humanitaire, etc.)
- 34% étaient sans statut. Dans une grande proportion, elles étaient originaires d'Afrique du Nord ou subsaharienne, du Mexique, des Caraïbes, d'Amérique du Sud ou d'Europe

¹ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, *L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?*, 2015, p. 5, <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2018/02/compressed-5da835d8fd4b89551a8a2267220b52dd.pdf>, consulté le 26 avril 2019.

² Voir par exemple: Nicole Ives et al., « Transnational elements of newcomer women's housing insecurity: remittances and social networks », 2014, 4: 2-3, *Transnational Social Review: A Social Work Journal*, p. 152-153.

³ Eugénie Granger, « La santé de la femme nouvellement arrivée », 2007, 42 : 2, *Le médecin du Québec*, p. 73-74.

- La majorité d'entre elles ont entre 18 et 30 ans et vivent leur première grossesse ;
- Près de la moitié (41 %) de ces femmes disent avoir un état de santé psychologique moyen à très mauvais ;
- 43 % de ces femmes considèrent avoir un logement temporaire et instable ;
- 78 % de ces femmes vivent sous le seuil de faible revenu ;
- 42 % d'entre elles déclarent ne pas être en mesure de combler les besoins alimentaires pour elles-mêmes ou leur famille ;

Tandis que la longueur et la complexité des procédures d'immigration s'ajoutent aux conséquences néfastes de leurs situations socio-économiques, l'insécurité liée au statut d'immigration entraîne un stress important pour les femmes MSP. Certaines en particulier, ayant donné naissance à des enfants au Canada, peuvent être amenées à prendre des décisions très difficiles. S'il advient qu'au bout de sa démarche, une mère n'est pas acceptée par Immigration Canada, celle-ci doit choisir entre quitter le pays avec son enfant canadien, ou demeurer de façon irrégulière au Canada avec l'enfant qui a un statut migratoire régulier.

À tout cela vient s'ajouter l'incertitude quant à l'accès à des soins de santé adéquats durant une grossesse, qui est une source d'angoisse importante pour les femmes, leurs enfants, et leur entourage⁴.

2. Les cas de maltraitance et de violence à l'égard des femmes migrantes sans assurance maladie pendant les soins de santé reproductive dans les établissements de santé au Canada

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que « le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchements en établissement de soins font état d'agressions physiques, d'humiliations graves, d'agressions verbales, de procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), de manque de confidentialité, d'absence de consentement pleinement éclairé, de refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, de violations flagrantes de leur intimité, de refus d'admission dans les établissements de santé, de négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention des femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquitter les frais exigés⁵. »

L'expérience de Médecins du Monde avec les femmes enceintes à statut migratoire précaire au Québec démontre que ces femmes subissent de nombreuses violences et violations de droits pendant la grossesse et l'accouchement, notamment des humiliations et des agressions verbales, l'absence de consentement pleinement éclairé, des refus de se voir administrer des médicaments contre la douleur, des refus d'admission dans les établissements de santé et des négligences entraînant des complications évitables.

2.1. Le refus d'accès aux soins

⁴ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, *Mythe ou réalité*, p.6

⁵ Organisation mondiale de la santé, *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*, 2014, p.1, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=D3055B4D6F86A1311AAD7217945D88C6?sequence=1, consulté le 26 avril 2019.

Un des premiers exemples observés par Médecins du Monde de la maltraitance de ces femmes MSP enceintes est le refus de leur fournir des soins de santé. En effet, le fait que ces femmes n'aient aucune couverture de santé rend leur accès aux soins non seulement dispendieux— élément qui sera abordé plus bas— mais aussi rempli de barrières administratives les empêchant souvent d'avoir les soins dont elles ont besoin et auxquels elles ont droit en vertu des traités internationaux relatifs aux droits de la personne^{6 7 8}.

Dans une étude réalisée par Médecins du Monde sur le traitement de ces femmes lors de leur grossesse au Québec⁹, de nombreuses femmes rapportent avoir eu de la difficulté à trouver un médecin qui les accepterait comme patientes. Par exemple, une femme a exprimé le sentiment suivant :

“It was difficult at first. I made a lot of calls, but it didn’t work and I didn’t know what to do. It took me four months to finally find someone who would do a pre-natal follow up. It was a friend who helped me contact a doctor because he knew the doctor and he told the doctor of my situation. The doctor accepted to make an exception for me. I was really lucky!”

Une autre femme résume ses réflexions sur le système de santé des femmes enceintes non assurées au Canada en déclarant que :

“Trying to get a pre-natal care was really stressful and difficult; the system is not right, nor is it humane¹⁰”.

Certaines femmes migrantes avec assurances n'arrivent pas non plus à voir accès à des soins. En effet, « bien que certaines catégories de femmes migrantes aient théoriquement accès à des soins de santé pendant leur grossesse, plusieurs obstacles administratifs font en sorte que cet accès ne se concrétise pas toujours dans la réalité. Les différents statuts migratoires peuvent tout d'abord être source de confusion [...]. Ainsi, il a été recensé que des médecins et des institutions de santé ont refusé d'offrir des soins à des personnes MSP éligibles, que ce soit par méconnaissance des services couverts, ou par refus d'assumer une charge de travail plus grande au niveau administratif »¹¹. Les procédures de remboursement des actes médicaux sont aussi en cause dans le refus d'offrir des soins de santé à des personnes MSP. En effet, les procédures sont complexes et le remboursement est long. Certains médecins préfèrent refuser les personnes migrantes qui ont pourtant une couverture pour éviter une surcharge administrative¹².

2.2. Les coûts surfacturés et aléatoires des services et soins de santé

L'excessivité des coûts des services et soins de santé, qui s'ajoute à une situation socio-économique souvent difficile, constitue un obstacle majeur pour les femmes MSP. Ces sommes exigées pour le suivi

⁶ UN General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights*. 1948.

⁷ UN General Assembly. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*, 1993.

⁸ UN General Assembly. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1976.

⁹ Nadia Argueta, Jill Hanley, Jacintha Findley, Phoebe Johnston, Sabrina Purcell-Lalonde et Selvena Walters, *Giving birth in Canada: A right or a privilege for uninsured women? : The pregnancy, birth and post-natal experiences of uninsured migrant women in Montreal*, 2017, McGill School of Social Work, p. 11.

¹⁰ *Ibid.*, p. 15.

¹¹ Sonia Ter Kuile et al., « The Universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees », 2007, 3, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, p. 19.

¹² Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, *Mythe ou réalité*, p.13.

de grossesse, pour les examens, et pour l'accouchement sont non seulement exorbitantes mais aussi arbitraires. Elles constituent, de ce fait, une forme d'abus et d'injustice envers ces femmes.

2.2.1. La surfacturation

Dans la province canadienne du Québec, aucune grille tarifaire n'encadre les montants qui peuvent être exigés pour les soins liés à la grossesse des femmes migrantes à statut précaire sans assurance¹³. Une circulaire du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec recommande aux professionnels de la santé de majorer les tarifs de 200% pour les personnes non assurées au Canada par rapport au montant rémunéré par la Régie de l'assurance médicale du Québec (RAMQ)¹⁴. Les montants demandés par les médecins pour les soins prénatals sont souvent le double ou triple du coût réel de la consultation. Il en est de même avec les frais hospitaliers pour les accouchements¹⁵.

2.2.2. Le caractère aléatoire et arbitraire de la facturation

Généralement, le coût d'un rendez-vous avec un médecin varie de 50\$ à 300\$ s'il n'y a pas de couverture d'assurance maladie. Cela varie en fonction du médecin, de sa spécialité et du niveau de risque de la grossesse¹⁶.

Selon l'étude de Médecins du Monde, sur 72 femmes interviewées, huit ont indiqué que le prix de leurs consultations prénatales a augmenté durant les soins mêmes. Une répondante souligne les vulnérabilités auxquelles les femmes migrantes enceintes sans assurances sont confrontées :

"The clinic was consistent for the first 15 minutes. After the 15 minutes, I was charged \$8 per minute. The doctor also billed me for exams without my permission. She would take off extra costs whenever I threatened to look elsewhere for cheaper exams and consultations¹⁷."

Il en sera de même lors de l'accouchement selon l'hôpital, les spécialistes, l'administration etc... Par exemple, lors de l'accouchement d'une personne couverte par la RAMQ, environ 500\$ sont remboursés par la RAMQ pour l'acte du médecin¹⁸ mais là encore, pour une femme sans assurance maladie, libre au médecin de fixer le prix de l'acte.

Les frais hospitaliers vont eux aussi varier selon les hôpitaux et les services et soins qui ont été nécessaires, en général entre 3 000\$ à 10 000\$ par jours d'hospitalisation.¹⁹

2.3. Le refus de soins sans paiement préalable

2.3.1. Le refus de soins prénatals sans paiement préalable

¹³ Ibid p.12

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec, *Facturation des services externes pour les responsabilités autres que celles du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)*, 2017, Annexe 1 à la Circulaire 2017-021 (03.01.42.19), [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/0/7a6b2dd033acf1288525788c004b4e6e/\\$FILE/Liste%20des%20taux.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/0/7a6b2dd033acf1288525788c004b4e6e/$FILE/Liste%20des%20taux.pdf), consulté le 29 mai 2018.

¹⁵ Médecins du Monde, *Guide pour femmes enceintes sans couverture au Québec*, p. 5, 2018, <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/12/Guide-de-ressources-pour-femmes-enceintes-FR-2018.pdf>, consulté le 26 avril 2019.

¹⁶ Ibid., p. 6.

¹⁷ Argueta, Hanley, Findley, Johnston, Purcell-Lalonde et Walters, *Giving birth in Canada*, p. 12.

¹⁸ Médecins du Monde, *Guide pour femmes enceintes sans couverture au Québec*, 2018, p. 15

¹⁹ Médecins du Monde, *Guide pour femmes enceintes sans couverture au Québec*, 2018, p. 15

Afin de pouvoir obtenir un suivi de grossesse, les femmes MSP doivent pouvoir payer à l'avance toutes les consultations et examens, et voir même les frais pour l'accouchement. Les femmes MSP sans couverture doivent donc prévoir un budget supplémentaire pour l'ensemble de ces services. Ainsi, pour ces femmes, l'accès à un suivi de grossesse de qualité varie selon leur capacité ou non d'assumer ces frais²⁰.

2.3.2. Le refus de la prise en charge pour l'accouchement sans paiement préalable

Lors de l'accouchement, ces femmes sont encore victimes de maltraitance en se voyant refuser une prise en charge et des soins adéquats, sauf si elles sont en situations d'urgence, à moins de payer immédiatement un dépôt ou même d'avoir préalablement payé les frais d'hospitalisation en entier. Encore une fois, les prix demandés sont exorbitants et aléatoires.

La plupart des hôpitaux exigent un dépôt en prévision de l'accouchement pouvant aller jusqu'à 15 000\$. Ces dépôts sont parfois même nécessaires pour débiter le suivi d'une grossesse. Par ailleurs, ces tarifs n'incluent pas les coûts supplémentaires qui peuvent découler d'un accouchement. Si des complications pour la mère et le bébé se présentent durant l'accouchement, les prix peuvent monter très vite et atteindre facilement les 100 000\$. Les témoignages des femmes reçues par Médecins du Monde illustrent ce refus de soins sans acquitter au moins une partie des frais à l'avance :

"The doctor wanted to charge an extra \$3000 from the already \$5000 we were paying the hospital. My husband negotiated and ended up paying \$500. It was extra stress."

"I was sent to accounting right away. I was told that if I did not pay the doctor's fee right away, which was \$1000, they would charge me \$2000."

"To be able to give birth at St-Mary's hospital, I had to pay \$4700 as a registration fee. I wasn't asked for a deposit because I had paid my registration fee. We took out a loan with the bank to pay the fee because we knew they wouldn't accept us without paying²¹"

L'impossibilité d'être prise en charge sans payer de dépôt pousse donc de nombreuses femmes enceintes à se présenter dans les établissements de santé au tout dernier moment pour accoucher afin que cela soit considéré comme une situation d'urgence et que le personnel de santé n'ait pas d'autre choix que de la prendre en charge. Cette pratique peut avoir des conséquences graves sur la santé de la mère et de son enfant. Une femme témoigne:

I gave birth in a taxi a minute before arriving at the hospital. I waited at home until the last minute to leave because I knew the hospital was going to be expensive.²²

2.3.3 Le refus d'administrer des médicaments contre la douleur sans paiement préalable

Ces femmes migrantes se voient également refuser l'administration de médicament contre la douleur. En effet, les anesthésistes donnant l'épidurale lors de l'accouchement ne sont pas dans l'obligation

²⁰ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde, *Mythe ou réalité ?* 2015, p. 11- 12

²¹ Argueta, Hanley, Findley, Johnston, Purcell-Lalonde et Walters, *Giving birth in Canada*, p. 19-20-21.

²² *Ibid*, p. 22.

d'anesthésier la patiente en travail puisque cela est considéré comme une question de « confort » et non pas une raison médicale²³, certains refusent d'administrer l'épidurale à moins de payer directement le médecin en argent comptant et sans facture. En plus des tarifs de l'hôpital et du médecin, ces femmes doivent donc prévoir une somme en cas d'anesthésie qui peut varier entre 500\$ et 900\$²⁴. Une femme dont le mari est allé retirer de l'argent pendant qu'elle accouchait pour pouvoir payer son épidurale explique :

“There were moments where I couldn't reach a nurse or the gynecologist. The anesthesiologist counted the money in front of us²⁵.”

De plus, certaines femmes ne peuvent tout simplement pas avoir d'épidurale puisqu'elles n'en ont tout simplement pas les moyens :

“The birth was stressful because of the costs. I also put it in my mind that I was not going to be getting the epidural because of the added costs²⁶.”

Ces pratiques vont à l'encontre de la recommandation de l'OMS de laisser les femmes vivre leur accouchement comme elles le désirent. En effet, l'Organisation recommande l'analgésie péridurale pour les femmes enceintes en bonne santé qui la demandent et lorsque celle-ci est disponible. Selon un cadre de travail de l'OMS visant à améliorer la qualité des soins aux femmes enceintes pendant l'accouchement, l'expérience reçue par ces femmes est aussi importante que la prestation des soins pour obtenir les meilleurs résultats sur la personne soignée²⁷. Chaque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement, mais également le droit de ne pas subir de discrimination²⁸.

2.4. La négligence entraînant des complications évitables

Les obstacles à l'accès aux soins prénataux et postnataux, systémiques et psychologiques, sont créés par le statut d'immigration précaire et le manque d'assurance de ces femmes. En conséquence, plusieurs femmes et leurs nouveau-nés risquent de présenter des complications de santé qui pourraient être évitées grâce à des soins médicaux appropriés et à l'accès à des examens de base aux périodes prénatale et postnatale. De plus, la pression financière étant une expression courante parmi les répondants, cela pourrait avoir une incidence sur leur santé mentale et physique.

Un exemple d'une urgence qui aurait pu être évitée est le cas de cette femme qui explique :

“The hospital didn't want to take me if I didn't pay the doctor upfront. The doctor insisted on being paid \$3000 in cash. The doctor also wanted me to pay for the contraction medication right away. Since I

²³ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, *Mythe ou réalité ?*, p.15.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Argueta, Hanley, Findley, Johnston, Purcell-Lalonde et Walters, *Giving birth in Canada*, p. 19.

²⁶ *Ibid.*, p. 22.

²⁷ World Health Organization, *WHO recommendation on epidural analgesia for pain relief during labour*, 2018, <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-epidural-analgesia-pain-relief-during-labour>, consulté le 26 avril 2019.

²⁸ Organisation mondiale de la santé, *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*, 2014, p. 1, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=D3055B4D6F86A1311AAD7217945D88C6?sequence=1, consulté le 26 avril 2019.

couldn't, I didn't get induced. I was on a monitor that eventually stopped beeping, and that's when I got induced because suddenly it became an emergency²⁹."

2.5. Les abus verbaux et le harcèlement

Médecins du Monde relève également l'abus verbal du personnel médical ainsi que le harcèlement de ces femmes migrantes, basé sur leur statut migratoire et leur absence d'assurance. En effet, des professionnels de la santé ont régulièrement signalé des pratiques cliniques liées au racisme et à des préjugés ethniques à l'égard des femmes migrantes enceintes³⁰. Une femme explique qu'on l'a même menacée:

"I was threatened for not having insurance and told I should have given birth in my country³¹."

À cela s'ajoute le harcèlement constant déjà illustré des demandes de dépôts et de paiements avant de recevoir des soins. Même les femmes ayant témoigné à Médecins du Monde avoir reçu un service approprié se sont dites stressées et parfois même harcelées par les médecins :

"Everyone was nice, but the doctor was aggressive about getting immediate payment."

"The nurses were really good, but the doctors only wanted to know if we had paid."

"The nurses were very good, but the doctor was not good. The doctor did not acknowledge my pain and insisted that I pay her first³²."

2.6. Les abus de pouvoir

Des abus de pouvoir ont également été rapportés à Médecins du Monde de la part du personnel médical sur ces femmes migrantes.

Premièrement, la rétention des certificats de naissance a été observée. En effet, 25% des femmes qui ont témoigné à Médecins du Monde affirment avoir eu de la difficulté à obtenir le certificat de naissance de leur bébé puisqu'il était retenu, souvent par le médecin, contre une compensation financière :

"I was told that if I didn't pay upfront the \$1000 deposit I was being asked, they would not give us the baby's birth certificate³³."

Parfois, des membres du personnel hospitalier ont été témoin de ces abus et sont même intervenus, démontrant la réelle maltraitance de ces femmes déjà vulnérables :

"We had difficulties getting the birth certificate because we had initially paid the doctor, but then he asked for a new fee, revising the original fee and wanting more money. We didn't have the money. A

²⁹ *Ibid.*, p.19.

³⁰ Sandra Pelaez, KN Hendricks, LA Marry, AJ Gagnon, « Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives », 2017, 13:5, *Globalization and Health*, p. 2.

³¹ Argueta, Hanley, Findley, Johnston, Purcell-Lalonde et Walters, *Giving birth in Canada*, p. 19.

³² *Ibid.*, p. 19.

³³ *Ibid.*, p. 23.

woman from admissions overheard the conversation and later told us that we were not in the obligation to pay more if the doctor already received his payment³⁴.”

Certains médecins refusent également de donner à leurs patientes leur dossier médical tant qu’elles n’ont pas payé pour les soins et services qu’elles ont reçus :

“At the beginning, the doctor did not want to give me my medical file. She would say that the transfer of the file was done from doctor to doctor. After we paid her, she handed over my medical file³⁵.”

2.7. Les enjeux autour du consentement

Pour Médecins du Monde, la question du consentement est plus difficile à aborder puisque les cas observés sont surtout le refus de fournir des soins, et non les soins forcés. Cependant, selon une étude réalisée dans des centres hospitaliers de la région de Montréal, on remarque que l’ensemble des soins fournis aux femmes migrantes à statut précaire ne serait peut-être pas les soins qu’elles auraient réellement voulus.

En effet, même lorsque les professionnels de la santé ne contribuent pas directement aux inégalités, ils peuvent perpétuer des valeurs profondément ancrées et promues dans la socialisation professionnelle et la formation reposant principalement sur les normes occidentales prédominantes en matière de soins de santé³⁶. Par conséquent, les interventions médicales, bien que bien intentionnées, pourraient ne pas répondre aux besoins de ces femmes. Au lieu de cela, elles s’appuient généralement sur la formation des professionnels de la santé, de leur expérience sur le terrain, des normes éthiques professionnelles et de l’institution où ils travaillent (par exemple, des politiques explicites sur la façon de procéder). À l’ère de la migration mondiale, il est essentiel de comprendre les affrontements socioculturels entre professionnels de la santé et migrants, le traitement médical étant compromis par l’incompréhension et le manque d’accord sur le sens du terme « santé ». Cela semble indiquer que des efforts sont nécessaires pour répondre de manière satisfaisante aux besoins de ces femmes en matière de soins de santé et à leur culture principale. Dans cette optique, les politiques qui traduisent les besoins de ces femmes en pratiques de soins de santé concrètes sont essentielles à une prestation de soins sûrs sur le plan culturel³⁷. Un professionnel de la santé explique:

“So there’s a huge clash between these women’s culture and our health system. We follow evidence and when you don’t have the language or the experience, you probably won’t understand that we are doing it for your benefit. I know... You will say research evidence is mainly rooted in Western countries, that’s true, I give that to you, but that’s so far what we have as a credible account. So if I put myself in her shoes, and yes, they might feel we are pushing them sometimes. As a health care professional, I say to myself: “Just be fair and provide equal care.” Now, you pushed me to think about this... What is equal care? Is it the same we give to everyone, but does not respect these women’s stories?³⁸”

Cette étude révèle donc que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser les professionnels de la santé à mieux répondre aux besoins et aux préoccupations des femmes migrantes

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*, p. 23.

³⁶ Sandra Pelaez, KN Hendricks, LA Marry, AJ Gagnon, « Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals’ perspectives », 2017, 13:5, *Globalization and Health*, p. 6.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

en matière de soins de maternité. Bien que la raison sous-jacente puisse être que les valeurs coloniales qui sous-tendent la marginalisation sont largement enracinées dans le système de santé, il semble que les professionnels de la santé ont un pouvoir associé à leur statut qu'ils peuvent utiliser pour « dicter la santé » ou pour assurer des services de santé jugés culturellement sûrs. Cette étude conclue notamment que la Canada et le Québec devraient revoir leurs politiques pour assurer ce second type de service pour s'assurer que les soins sont fournis avec un réel consentement de la part des patientes³⁹.

3. La dissonance entre les ambitions du Québec et du Canada en matière de santé maternelle et infantile et la réalité vécue par les femmes migrantes

Le Canada et le Québec reconnaissent l'importance des soins périnataux et du droit à la santé des enfants dans plusieurs de leurs politiques et programmes. Pourtant, un nombre important de femmes résidant au Canada ont un accès minimal aux soins périnataux en raison de leur statut migratoire. En ce sens, il y a un paradoxe à relever entre le discours officiel des gouvernements et les mécanismes réellement mis en place.

Dans le plan d'action du Québec pour les enfants 'Un Québec digne de ses enfants'⁴⁰, l'emphasis est mise sur l'égalité des droits, en qualifiant la persistance de la pauvreté comme 'vecteur de nuisance au développement social et cognitif ainsi qu'à la santé actuelle et future des enfants'⁴¹. Le Québec insiste alors sur les différentes mesures à prendre, telles que la promotion et la prévention dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants⁴². Figure notamment, au centre de cette politique, l'accès à des services en vue de « promouvoir et de prévenir dans les domaines de la périnatalité et de la petite enfance pour les femmes enceintes, les mères, les pères, et les enfants de 5 ans ou moins qui sont particulièrement vulnérables⁴³ ». Pourtant, force est de constater que les femmes migrantes ne bénéficient pas de la même protection que les femmes citoyennes canadiennes dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants. Il y a donc une inadéquation entre le plan d'action du Québec qui insiste sur l'accessibilité des services et la réalité des femmes migrantes qui sont dans l'obligation de retarder au maximum leur consultation de grossesse, faute de moyens.

Le Québec a également mis sur pied une politique de périnatalité dont les buts principaux sont d'offrir un soutien aux femmes enceintes afin de leur permettre de vivre une grossesse sereine, en accord avec leurs désirs, tout en contribuant à assurer l'égalité sociale entre les familles⁴⁴. Dans cette politique, un point concerne spécifiquement les mères immigrantes et énonce explicitement que « le continuum de services de périnatalité doit tenir compte des besoins particuliers des différentes communautés culturelles et des populations immigrantes ⁴⁵ ». Or, au vu des nombreux constats qui ont été établis par des professionnels de la santé, les femmes MSP ne vivent pas des grossesses que l'on peut qualifier de sereines⁴⁶. Dans ce cadre, la directive du Ministère de la Santé et des Services Sociaux de facturer à 200% les frais médicaux aux personnes sans assurance représente non seulement un facteur augmentant la

³⁹ Ibid. p.7.

⁴⁰ Gouvernement du Québec, *Un Québec digne de ses enfants. Le plan d'action pour les enfants*, 2004, p. 25, <http://www.mfa.gouv.qc.ca>, consulté le 26 avril 2019.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Gouvernement du Québec, *Politique de périnatalité (2008-2018). Un projet porteur de vie*, 2008, p. 3, <http://publications.msss.gouv.qc.ca>, consulté le 26 avril 2019.

⁴⁵ Ibid., p 68.

⁴⁶ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, *Mythe ou réalité ?*, p. 16-17.

précarité et la vulnérabilité de ces femmes, mais est également contradictoire à son propre plan d'action.

Pour ce qui est du Canada, en plus de mettre en place des politiques nationales concernant la périnatalité, il est également un acteur déterminant à la réalisation des objectifs de développement durable dont la santé maternelle et infantile fait partie, notamment à travers l'objectif 3 sur la bonne santé et le bien-être⁴⁷.

Concernant l'aide internationale, le Canada s'est engagé à verser 3,5 milliards de dollars entre 2015 et 2020 afin de venir en aide à la santé des mères et des enfants partout dans le monde⁴⁸. La vocation ultime du Canada dans ce plan d'action est de parvenir à réduire la mortalité infantile tout en améliorant les conditions de santé maternelle⁴⁹. Il s'agit d'une initiative majeure dans la nouvelle priorité du Canada qui consiste à assurer l'avenir des enfants et des jeunes. De plus, en 2017, le Canada s'est engagé à verser 650 millions de dollars sur trois ans pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le monde. Cet engagement assurera des soins de santé maternelle, des nouveau-nés et des enfants en permettant de combler les lacunes de son engagement précédent de 2015-2020 sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des adolescentes⁵⁰.

On constate, dès lors, un fossé entre les objectifs de développement durable soutenus par le Canada à travers ses engagements internationaux et les conditions de vie auxquelles doivent faire face certaines femmes enceintes à l'intérieur de ce pays.

4. Les difficultés des femmes MSP d'accéder aux mécanismes de responsabilisation en place dans les établissements de santé pour garantir réparation aux victimes de maltraitance et de violence

Au Québec, le Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux s'occupe d'évaluer les plaintes et d'accompagner tout usager du réseau qui croit que ses droits n'ont pas été respectés ou qui est insatisfait des services qu'il a reçus. Ce Régime affirme que, en tant qu'usager du réseau de la santé et des services sociaux, les patients ont le droit, entre autres :

- de recevoir des services de santé et des services sociaux personnalisés et adéquats sur les plans scientifique, humain et social;
- d'être suffisamment informés pour pouvoir participer librement aux décisions qui les concernent, par exemple d'accepter ou de refuser des soins ou des services;
- de consulter leur dossier d'usager, qui est confidentiel;
- d'être traité de façon courtoise, juste et sécuritaire, dans le respect de leur dignité, de leur autonomie et de leurs besoins⁵¹.

⁴⁷ Gouvernement du Canada, *Programme de développement durable à l'horizon 2030*, 2018, https://international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/agenda-programme.aspx?lang=fra, consulté le 26 avril 2019.

⁴⁸ Gouvernement du Canada, *Engagement du Canada en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs - Annonce du 8 mars 2017*, 2017, https://international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/reproductive_faq-reproductifs_faq.aspx?lang=fra, consulté le 16 mai 2019.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Gouvernement du Québec, *Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux*, 2019, <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/droits-recours-et-plaintes/regime-d-examen-des-plaintes/#c4206>, consulté le 26 avril 2019.

Cependant, ces femmes MSP ne dénonceront pour la grande majorité pas les mauvais traitements qu'elles ont subis par peur que cela affecte leurs démarches migratoires. Médecins du Monde constate qu'il est même difficile pour elles d'en parler dans le cadre des entrevues à Médecins du Monde, et que plusieurs sont réticentes à se prononcer sur ce qu'elles ont vécu et tiennent à donner leur témoignage de façon anonyme.

Enfin, lorsque leur statut n'est pas régularisé, la peur d'être dénoncée par les services de santé et les problèmes de confidentialité s'ajoutent à l'ensemble des facteurs énoncés. La peur d'être dénoncée décourage d'autant plus certaines femmes dans leurs démarches d'accès aux soins de santé⁵². Selon une intervenante de Médecins du Monde, il existe chez les MSP en situation irrégulière « une véritable culture de peur des agents de l'immigration et des institutions liées au gouvernement »⁵³. De ce fait, les MSP se méfient de toutes les personnes qui pourraient potentiellement les dénoncer aux autorités migratoires. Les recherches de Médecins du Monde démontrent à ce propos que certains hôpitaux ont déjà menacé de dénoncer des MSP à l'immigration⁵⁴. Il s'agit donc d'un enjeu ayant pour effet de dissuader les personnes MSP d'avoir recours aux soins requis.

5. Conclusions et recommandations

« Être témoin, ici même au Canada, de la dureté de la vie de ces femmes est parfois très difficile à supporter. Des femmes qui doivent déménager 4 fois pendant leur grossesse, qui n'ont pas de logement fixe, qui vivent en itinérance cachée ; des femmes qui doivent travailler au noir, dans des entrepôts et des lave-autos, pour pouvoir se payer une échographie de 2e trimestre. », Justine, infirmière à Médecins du Monde.

Ces exemples de maltraitance et violence observées par Médecins du Monde vont à l'encontre des droits de santé sexuelle et reproductive des femmes en plus d'augmenter leur déjà grande précarité attachée à leur statut migratoire. Sachant que les femmes sont un groupe plus vulnérable que d'autres en termes de maltraitance et de violence pendant les soins de santé, particulièrement l'accouchement, l'ajout de leur statut migratoire souvent lié à des conditions socio-économiques défavorables à la question accroît encore plus leur vulnérabilité.

Les obstacles déjà nombreux pour les patientes migrantes (méconnaissance du système, barrières linguistiques, administratives et culturelles), deviennent quasi-infranchissables lorsqu'on ajoute l'absence d'une couverture en raison d'un statut migratoire précaire. Les frais exorbitants et les pratiques des établissements et des professionnels de santé les empêchent d'avoir accès à des soins préventifs et prénataux adéquats, au dépistage en temps opportun de complications et à leur traitement ainsi qu'à une prise en charge adaptée lors de l'accouchement. Le fardeau financier et les conséquences négatives sur la santé des mères et enfants pèsent lourdement sur les épaules de ces patientes et de leur famille.

Les systèmes de santé canadien et provinciaux créent ainsi de multiples barrières pour les femmes migrantes aboutissant à des complications et des problèmes de santé pour des personnes qui

⁵² Urszula Stotzer, Denise Elfionayi-Mäder et Philippe Wanner, *Mesure de satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations*, Berne : Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), 2006, p. 51.

⁵³ Médecins du Monde, *État de situation, Projet Outreach de Médecins du Monde en prévention des ITSS chez les populations migrantes à statut précaire*, 2014.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 14.

pourraient continuer à vivre indéfiniment au Canada. Cela constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais également à leurs droits à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

Médecins du Monde Canada recommande donc :

- 1. La couverture de tous les soins et services liés à la périnatalité pour toutes les femmes vivant au Canada, quel que soit leur statut migratoire**
- 2. La cessation des pratiques de surfacturation pour les personnes étrangères qui vivent au Canada**
- 3. La formation et la sensibilisation des professionnels de la santé et des agents de l'administration aux différents statuts migratoires et aux obligations de confidentialité**

Bibliographie

Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde, [L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?](#), 2015, consulté le 26 avril 2019.

Eugénie Granger, « La santé de la femme nouvellement arrivée », 2007, 42 : 2, *Le médecin du Québec*.

Gouvernement du Canada, [Engagement du Canada en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs - Annonce du 8 mars 2017](#), 2017.

Gouvernement du Canada, [Programme de développement durable à l'horizon 2030](#), 2018, , consulté le 26 avril 2019.

Gouvernement du Québec, [Politique de périnatalité \(2008-2018\). Un projet porteur de vie](#), 2008, consulté le 26 avril 2019.

Gouvernement du Québec, [Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux](#), 2019, consulté le 26 avril 2019.

Gouvernement du Québec, [Un Québec digne de ses enfants. Le plan d'action pour les enfants](#), 2004, consulté le 26 avril 2019.

Médecins du Monde, *État de situation, Projet Outreach de Médecins du Monde en prévention des ITSS chez les populations migrantes à statut précaire*, 2014.

Médecins du Monde, [Guide pour femmes enceintes sans couverture au Québec](#), 2018,

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec, [Facturation des services externes pour les responsabilités autres que celles du Ministère de la Santé et des Services Sociaux \(MSSS\)](#), 2017, Annexe 1 à la Circulaire 2017-021 (03.01.42.19).

Nadia Argueta, Jill Hanley, Jacintha Findley, Phoebe Johnston, Sabrina Purcell-Lalonde et Selvena Walters, *Giving birth in Canada: A right or a privilege for uninsured women?: The pregnancy, birth and post-natal experiences of uninsured migrant women in Montreal*, 2017, McGill School of Social Work.

Nicole Ives et al., « Transnational elements of newcomer women's housing insecurity: remittances and social networks », 2014, 4: 2-3, *Transnational Social Review: A Social Work Journal*.

Organisation mondiale de la santé, [La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins](#), 2014.

Sandra Pelaez, KN Hendricks, LA Marry, AJ Gagnon, « Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives », 2017, 13:5, *Globalization and Health*.

Sonia Ter Kuile et al., « The Universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees », 2007, 3, *International Journal of Migration, Health and Social Care*.

UN General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights*. 1948.

UN General Assembly. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*, 1993.

UN General Assembly. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1976.

Urszula Stotzer, Denise Elfionayi-Mäder et Philippe Wanner, *Mesure de satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations*, Berne : Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), 2006.

World Health Organization, [*WHO recommendation on epidural analgesia for pain relief during labour*](#), 2018.



Suivez-nous sur



www.medecinsdumonde.ca