

Chantier sur les Femmes immigrantes au Québec 20 et 27 octobre 2023

Quelques constats et analyses sur la santé de femmes immigrantes au Québec

0. Absence de données concernant la santé de femmes immigrantes au Québec
1. Quand on regarde la littérature et les études réalisées, on s'aperçoit de l'existence de **trois grandes dimensions** qui permettraient d'expliquer **pourquoi les personnes immigrantes arrivent souvent en meilleure santé que la moyenne de la population québécoise, mais, qu'elle se détériore davantage avec le temps** :
 - a. **L'expérience pré et postmigratoire** – qui d'ailleurs se vit différemment chez les hommes que chez les femmes selon la recherche.
 - b. **Les entraves systémiques inhérentes aux systèmes sociaux et politiques** (politiques d'immigration, accès à un statut d'immigration permanent, accès aux services sociaux, à l'emploi, au logement, etc.)
 - c. La reproduction d'un **mode et des habitudes de vie** similaires à celles du pays d'accueil.
2. Penser la santé de femmes immigrantes nécessite d'une **analyse de genre et intersectionnelle ayant comme toile de fond la lutte à la pauvreté et le développement social**.
 - a. **L'intersectionnalité** : Elle reconnaît que les individus peuvent être simultanément touchés par plusieurs systèmes de pouvoir, tels que le racisme, le sexisme, l'homophobie, la classe sociale, l'âgisme, etc. L'approche intersectionnelle est particulièrement importante lorsqu'on examine les expériences des femmes immigrantes, car elles sont souvent confrontées à plusieurs formes de discrimination en raison de leur genre, de leur origine ethnique, de leur statut d'immigration, de leur religion, de leur orientation sexuelle, etc.
 - b. **L'analyse de genre** : L'application d'une optique de genre nous permet de mieux comprendre les déterminants de la santé parmi les populations immigrantes afin d'éclairer les pratiques et les politiques visant à optimiser la santé et le bien-être des nouveaux arrivants (Arlene S. Biernan, Farah Ahmad, et

Farah N. Mawani, « Gender, Migration, and Health » dans Vijay Agnew, dir, *Racialized Migrant Women in Canada*, Toronto, Toronto University Press, 2009, 329 à la p 98).

- c. **La lutte à la pauvreté et le développement social** : Comme souligné dans le Rapport du directeur de la santé publique de Montréal de 2011 « Les inégalités sociales de santé à Montréal, le chemin parcouru », **les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire, les écarts de santé systématiques entre les individus rendent malades et tuent!** (Dre Marie-France Raynault). Parmi les principales recommandations du rapport de la DSP, on suggère d'améliorer les revenus des plus pauvres. Il est aussi recommandé d'accroître l'accessibilité aux CPE dans les quartiers démunis, d'améliorer le financement du logement social et communautaire, de maintenir et développer le système public de soins de santé et de développer des services adaptés pour mieux intégrer les personnes immigrantes.
3. **L'expérience migratoire** est généralement subie **différemment par les femmes que par les hommes** (Boyd et Pikkov) **FACTEURS EXPLICATIFS** :
- **Les rôles familiaux traditionnels, la langue, la perte du réseau social** sont autant de composants socioculturels jouant sur la façon dont l'expérience migratoire est vécue.
 - **Le deuil du réseau familial, le choc culturel de la transformation des rôles de femme, de mère et de travailleuse** sont vécus différemment (Femmes et développement régional, Journée de réflexion et d'échange interculturels-L'isolement des femmes immigrantes et des communautés culturelles: des causes et des solutions à partager, Conférence régionale des élus de Montréal, Relations avec les citoyens et Immigration (2004) à la p 12).
 - **L'existence d'éléments structurels influence l'arrivée et l'intégration** à la société. Vijay Agnew explique comment la migration a des effets dissemblables pour les femmes et les hommes :
 - Les femmes sont plus susceptibles d'entrer au Canada comme **migrantes parrainées** par un autre individu, souvent un homme (Boyd et Pikkov).
 - Si la femme est **parrainée et sans emploi**, une femme immigrante **ne peut bénéficier de la sécurité sociale** et développe une **dépendance à la personne responsable**.
 - Elles sont **plus nombreuses** dans la catégorie des **migrants dépendants** alors que les **hommes sont plus nombreux** dans la catégorie des **immigrants économiques**.
 - Les migrants secondaires **n'apprennent pas aussi rapidement la langue** et ont **tendance à se fier à cette personne quant aux informations** sur leur propre situation et sur le pays d'accueil (OIT).
 - Ces **différences au niveau du mode d'entrée au Canada** influencent l'intégration et la situation socioéconomique des immigrants. Elles ont tendance à **désavantager les femmes** et ont des **conséquences sur l'état de santé et sur les barrières rencontrées pour accéder aux soins de santé**.

- La **précarité** vécue par nombreuses femmes immigrantes a des **conséquences directes sur la santé mentale et physique** de ces femmes migrantes causant, entre autres, du stress, de l'anxiété, une mauvaise estime personnelle et la dépression.

Pour en savoir davantage consulter : [Le droit à la santé des femmes immigrantes au Canada et au Québec en relation avec les engagements internationaux du Canada: analyse de la législation et du programme fédéral de santé intérimaire](#)

4. En plus du processus, le **statut migratoire** des femmes immigrantes agit aussi comme **déterminant de leur santé**. Selon l'Institut universitaire Sherpa, **autour de 50 000 personnes vivant au Québec n'ont pas accès à une couverture d'assurance médicale en raison de leur statut migratoire**.
 - a. **Les femmes avec un visa temporaire** comme visiteur, résidence sans permis de travail ou étudiantes **n'ont pas accès aux soins santé couverts par la RAMQ et non plus par le PFSI**.
 - b. **Les femmes demandeuses d'asile malgré avoir accès au PFSI ne réussissent pas à trouver un médecin voulant prendre en charge sa grossesse** par peur à que la demande d'asile soit refusée et qu'en perdant l'accès au PFSI le médecin ne puisse plus recevoir les honoraires requis.
 - c. Les migrants à statut précaire non couverts par la RAMQ, le PFSI ou une assurance privée et n'ayant pas les capacités financières d'accéder aux soins de santé peuvent être redirigés vers la **Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire de Médecins du monde**.

Pour en savoir davantage consulter : [Migrantes à statut précaire. S'endetter pour consulter](#)

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/589892/votre-indifference-nous-tue-cri-du-coeur-des-femmes-migrantes-privées-de-soins-de-sante>

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/389650/les-femmes-ecopent-d-abord-dit-le-csf>

5. La **précarité économique**

- a. Les **femmes immigrantes** sont souvent surreprésentées dans certains types d'emploi notamment dans le domaine des soins et du travail domestique souvent non déclaré. Leurs salaires sont plus bas que celui des hommes immigrants et que celui de femmes natives.

Selon les données présentées par le Conseil du statut de la femme,

Aide-infirmière, aide-soignante, préposée aux bénéficiaires : 84 % de femmes dont les personnes immigrantes représentent le **26%** pour le Québec et le **48 %** pour la région de Montréal.

Travailleuses domestiques:

- 28 100 personnes (sens entendu dans le PL no. 59)
 - **88 %** sont des femmes; plus de **80 %** immigrantes
 - Majoritairement des Philippines
 - Revenu moyen autour de **20 000 \$**
- b. **Les rôles sociaux selon les sexes** : la charge familiale accrue des femmes immigrantes les éloigne de secteurs du marché de l'emploi.
- c. La **précarité économique** a un **impact** sur la femme autant sur le **plan physique que mental**.
- d. La **capacité économique** est intimement liée à **l'accès au logement**. Les conditions de **logement précaires** peuvent **affecter la santé autant physique et mentale** des femmes immigrantes.

Pour en savoir davantage consulter :

[Les inégalités sociales et la santé. Rapport du directeur de santé 2011](#)

[Pour des logements salubres et abordables. Rapport du directeur de santé publique 2015](#)

6. **Les barrières linguistiques** et culturelles :

- a. **Communication** : La langue peut être un obstacle pour accéder aux services de santé. Les femmes immigrantes qui ne parlent pas français ou anglais peuvent avoir du mal à comprendre les informations médicales ou à communiquer leurs symptômes.
- b. **Codes culturels** : Certaines pratiques culturelles peuvent être mal comprises ou mal interprétées par les professionnels de la santé, ce qui peut affecter la qualité des soins.
- c. **Stigmatisation des problèmes de santé mentale** : La stigmatisation autour des questions de santé mentale peut dissuader certaines femmes immigrantes de chercher de l'aide.
- d. **Manque de connaissances sur le système de santé** : Certaines femmes peuvent ne pas être au courant des services disponibles ou ne pas savoir comment y accéder.

Pour en savoir davantage consulter :

[L'adaptation reliée à la gestion de la diversité dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal.](#)

7. **L'isolement social** : Certaines femmes immigrantes peuvent se sentir isolées, ce qui peut contribuer à des problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété.
- a. À tenir en compte le **nombre grandissant de femmes âgées immigrantes au Québec et notamment à Montréal**. Elles sont plus nombreuses que les hommes âgés immigrants à vivre toutes seules, elles ne parlent pas ni l'anglais

ni le français et sont plus susceptibles que les autres d'habiter des logements inabordables (Rapport du directeur de santé publique 2015).

- b. **Les femmes âgées immigrantes – faible niveau d'études – faible revenu** (dans la région Montréalaise, 46% n'ont pas de diplôme et sont plus susceptibles à avoir un faible revenu. Cela entraîne des conséquences sur l'accès aux logements, la qualité de vie et en conséquence sur la santé de ces femmes. Elles sont aussi plus susceptibles à vivre seules (FIA 34% - HIA 18%).
- c. **Maltraitance et personnes âgées : le genre comme facteur de vulnérabilité additionnel.** Facteurs de vulnérabilité additionnels face à la maltraitance pour les personnes âgées issues des communautés culturelles: la langue; le statut d'immigration; le parcours migratoire; le genre.

Pour en savoir davantage sur la population âgée immigrante consulter [cette présentation](#) sur le site web du GEDCIQ

8. La santé des femmes sur les générations futures

- a. **À Montréal, en 2012, 34 % des enfants nés à l'extérieur du Canada étaient vulnérables dans au moins un domaine de développement**, comparativement à 27 % des enfants nés au Canada. (ISQ, EQDEM 2012)
- b. Si on ne prend pas soin des femmes et des familles, on risque de **perpétuer la vulnérabilité d'une part de la population.**
- c. Que disent les études sur les enfants issus de l'immigration ?
 - i. **Fortes associations entre la vulnérabilité développementale et le statut d'immigration** dans la grande majorité des études.
 - ii. **Les personnes réfugiées souvent les plus à risque.**
 - iii. **Le statut social et les conditions socioéconomiques** agissent aussi comme de **déterminants du développement des enfants**
- d. La vulnérabilité de développement à la maternelle prédit fortement les résultats des épreuves académiques en 4e année et en 6e année.

Références: <https://edi.offordcentre.com/resources/bibliography-of-the-edi/>

Pour en savoir davantage sur la population âgée immigrante consulter [la chantier Petite enfance et immigration](#) sur le site web du GEDCIQ

9. **La discrimination pour des motifs liés aux origines ethniques, à la classe sociale, au statut migratoire, etc. :** Les femmes immigrantes peuvent être confrontées à la discrimination raciale dans le système de santé, ce qui peut entraîner des retards dans les soins ou des traitements inéquitables.
 - a. **Il est nécessaire de mettre en place des formations pour mieux comprendre et agir en contexte interculturel dans le domaine de la santé**
 - b. Il faut reconnaître le temps supplémentaire nécessaire pour des soins en contexte interculturel, qui peut aller jusqu'à 40% de plus lorsqu'il y a une

barrière de la langue. Il est donc utile de prévoir des durées plus longues aux rendez-vous afin de mieux répondre aux besoins.

Pour en savoir davantage consulter : Battaglini, A. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate [Rapport]. Direction de santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/lintervention-de-premiere-ligne-a-montreal-aupres-des-personnes-immigrantes-estime-des-ressources/>

Dossier thématique du CREMIS : [Contraception et immigration au Québec](#)

ANNEXE. NOTE POUR LES MUNICIPALITÉS

L'État est, par sa capacité et son rôle, le premier responsable d'établir les grandes politiques sociales et de mettre à disposition les ressources nécessaires.

Les municipalités comme gouvernement de proximité peuvent – disposant de ressources nécessaires, agir comme leaderships dans la mise en place en place des conditions favorables à la création d'un milieu de vie juste, solidaire et interculturel.

Déjà, une grande partie du budget des villes est dédié à la santé publique :

À l'hygiène de vie, au développement des saines habitudes de vie et au maintien de la santé publique (*Gestion de matières résiduelles, eau potable, eaux usées, qualité de l'air (dans certaines villes), salubrité des logements, élimination de l'herbe à poux, activités sociales, de loisirs et sportives dans les centres communautaires, etc.*)

Les compétences et l'action des municipalités en matière d'immigration et de relations interculturelles sont indissociables de leurs responsabilités en matière de développement et de cohésion sociale :

- La loi sur les compétences municipales (Loi 47.1) situe l'intérêt des populations au cœur de l'action municipal: Les municipalités ont des pouvoirs leur permettant de répondre aux besoins municipaux, divers et évolutifs, dans l'intérêt de leur population.
- Par la loi 122 (GOUVERNEMENTS DE PROXIMITÉ) : les municipalités sont des gouvernements de proximité faisant partie intégrante de l'État québécois qui exercent des fonctions essentielles et offrent à leur population des services. Elles doivent contribuer :
 - à garantir un milieu de vie de qualité et sécuritaire;
 - à la définition d'une vision concertée du développement et
 - à garantir la participation et l'engagement des citoyen.n.e.s et des groupes qui les représentent
- Quelques choix du Québec en matière de la lutte à la pauvreté et à la discrimination :
 - La loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002) et **les Alliances pour la solidarité** ; outil d'intervention et de mobilisation locales
 - La Charte des droits et libertés de la personne du Québec (1975)
 - La loi d'accès à l'égalité (2000)

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, cinq buts avaient été déterminés :

- promouvoir le respect et la protection de la dignité des personnes en situation de pauvreté et lutter contre les préjugés à leur égard;
- améliorer la situation économique et sociale des personnes et des familles qui vivent dans la pauvreté et qui sont exclues socialement;
- réduire les inégalités qui peuvent nuire à la cohésion sociale;

- favoriser la participation des personnes et des familles en situation de pauvreté à la vie collective et au développement de la société;
 - développer et renforcer le sentiment de solidarité dans l'ensemble de la société québécoise afin de lutter collectivement contre la pauvreté et l'exclusion sociale.
- **Loi sur les services de garde éducatifs (article 134)** : Les municipalités ont plusieurs options afin d'améliorer l'accès à un service de garde éducatif.
 - Le conseil d'une municipalité locale peut par règlement, malgré toute réglementation de zonage et aux conditions qu'il impose, permettre l'octroi de permis pour l'utilisation de terrains ou la construction, la modification ou l'occupation de bâtiments à des fins de centre de la petite enfance ou de garderie au sens de la présente loi.
 - Aucun règlement municipal pris en vertu d'une loi générale ou spéciale ne peut avoir pour effet d'empêcher l'instauration ou le maintien d'un service de garde en milieu familial (...)
 - **Programmes du MIFI dont le PAC** : Création d'un environnement interculturel favorable à l'établissement des liens interculturels, à briser l'isolement, à l'apprentissage du français et des codes culturels de la société québécoise et au développement d'un sentiment d'appartenance permettant l'enracinement.
 - **Porter le leadership de la concertation** avec les acteurs du milieu les mieux placés pour intervenir (en matière santé et de services sociaux, petite enfance, habitation, transport, etc.) La ville doit agir comme :
 - Gardien d'une action cohérente en développement social
 - Responsable de dossiers qui relèvent de sa compétence
 - Mobilisateur de la population et des acteurs
 - Collaborateur et facilitateur avec ses partenaires et leurs regroupements
 - Porte-parole et représentant des intérêts et besoins des citoyens
 - **La pauvreté et l'exclusion sont des réalités transversales.** Elles ne peuvent pas être réduites à des compétences municipales ou gouvernementales. Elles appellent à une approche intégrée où les divers acteurs travaillent ensemble dans une structure de collaboration pour une durée significative.