ACCÉSSS

Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux

Politique de périnatalité 2008-2018

et diversité ethnoculturelle

Inclut des témoignages et des rétroactions des membres et partenaires d'ACCÉSSS

Révisé en mai 2012

SOMMAIRE

1. ACCÉSSS — mission et objectifs 3

2. Raisons de l'immigration 4

3. Les problématiques 4

4. Les solutions 8

Annexe 1 – cas relatifs aux femmes enceintes et à l'absence de services 11

Annexe 2 – Réactions des membres et partenaires du réseau ACCÉSSS (liste non exhaustive) 13

1. ACCÉSSS — MISSION ET OBJECTIFS

Fondée en 1984, ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) est un regroupement de 110 organismes voué à la promotion de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des communautés ethnoculturelles établis au Québec. Depuis près de cinq ans, plusieurs organisations sont devenues membres d'ACCÉSSS à cause de l'augmentation de leur clientèle de différentes origines ethnoculturelles. L'effectif du regroupement a donc plus que triplé durant cette période.

ACCÉSSS, de par sa mission et son expérience, est devenue un chef de file dans le dossier de la formation et de l'information aux intervenants/es des établissements et des organismes communautaires quant aux réalités des immigrants (es) et à l'intervention en contexte interculturel. ACCÉSSS est un organisme formateur agréé en Santé et en Services sociaux dans le cadre de la Loi 90 relative à la formation de la main-d'œuvre.

Cela suppose de bien connaître la réalité à la fois du territoire et du système et aussi d'élaborer la formation, de développer des pratiques et des outils à l'intention du personnel du réseau sanitaire et communautaire et de diffuser l'information parmi les utilisateurs des services de santé et sociaux.

Notre objectif est le rehaussement, par la sensibilisation et par la formation, du niveau de connaissances en matière de besoins et de compétences spécialisées en adaptation des services sociaux et de santé aux spécificités des communautés ethnoculturelles. Nos activités s'inscrivent dans une vision de santé préventive et de promotion de saines habitudes de vie.

ACCÉSSS favorise le développement et le partage d'expertises en matière d'accessibilité et a notamment comme rôle de promouvoir et de réaliser des recherches et des enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS est donc au cœur des réflexions sur l'accessibilité des services de santé et sociaux aux membres des communautés ethnoculturelles vivant dans toutes les régions du Québec.

En raison de l'augmentation de l'immigration, nos interventions constituent une valeur ajoutée au développement du Québec et à l'inclusion harmonieuse des nouveaux arrivants. C'est également une question d'utilisation efficiente des ressources disponibles, faisant ainsi baisser les coûts de ces services.

Dans nos réalisations, nous sommes soit maîtres d'œuvre, partenaires ou facilitateurs. De plus, notre approche vise à inspirer et à rallier tous les partenaires engagés dans les divers secteurs qui travaillent à des activités complémentaires et partagent les mêmes objectifs.

2. RAISONS DE L'IMMIGRATION

Plusieurs raisons peuvent pousser des individus à quitter leurs pays pour un autre. Une raison qui revient très souvent est ***l'espoir d'un avenir meilleur pour les enfants***. Dans beaucoup de cas, le couple s'organise autour de ce but commun. Pour ces immigrants, la naissance d'un enfant peut représenter un événement heureux qui est chargé de symbolisme :

- Création d'une famille qui continue l'histoire familiale et renforce le lien avec la famille élargie du pays d'appartenance
- Renforcement du couple, le noyau dur de la famille
- Justification de tous les sacrifices rencontrés lors du parcours migratoire
- Les enfants sont l'avenir qui enracine les parents immigrants à leur pays d'accueil
- Et plus encore

La situation des familles immigrantes en contexte de périnatalité est peu documentée au Québec. Or, divers facteurs inhérents au processus migratoire peuvent rendre ces dernières très vulnérables durant cette période. Dans ce document, nous présentons certaines problématiques et certains facteurs de fragilisation qui peuvent affecter les familles issues de l'immigration en période périnatale.

3. LES PROBLÉMATIQUES

3.1 Méconnaissance du réseau de la santé

La complexité du réseau de la santé au Québec peut constituer un obstacle important dans l'accès aux soins et services en périnatalité. La période entourant l'arrivée d'un enfant varie beaucoup d'une culture à l'autre en ce qui concerne le suivi médical, les interventions, l'accouchement, les suivis médicaux, les retraits préventifs, l'alimentation de la mère et du nourrisson, les rituels, la vaccination, etc. Il est important d'offrir aux familles immigrantes

une information adaptée culturellement et linguistiquement sur les services en périnatalité dont elles pourraient bénéficier.

En plus de ces derniers, l'information devrait inclure la liste des cliniques sans rendez-vous afin d'éviter les urgences des hôpitaux, le rôle du 811, une clarification du rôle de l'infirmière qui rend visite à la mère après l'accouchement qui peut être perçu comme une intrusion déguisée de l'État, etc.

3.2 Difficultés structurelles en matière d'accessibilité

Dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, il subsiste des problèmes liés essentiellement à l'accessibilité même des services. D'une part, les personnes immigrantes sont informées dans la brochure qui leur est remise lors de leur arrivée que pour tout service de santé il faut, tout d'abord, s'adresser à un CLSC ou à une clinique sans rendez-vous, le cas échéant. Or, les femmes enceintes nouvellement arrivées rencontrent des difficultés de taille à recevoir quelque service que ce soit. Une consultation des organismes membres et partenaires d'ACCÉSSS a permis de comprendre l'ampleur de la situation, surtout pour les femmes qui viennent d'arriver et qui sont sujettes au délai de carence. La grande majorité des institutions n'ont pas informé leur personnel indiquant que ces femmes avaient droit aux services relatifs à leur grossesse, s'agissant d'une exception prévue par les règlements de la RAMQ. Ceci amène des situations où les femmes qui requièrent des services sont simplement renvoyées des CLSC; on leur répond simplement que le CLSC n'offre pas des services de santé aux femmes enceintes. Dans les cliniques sans rendez-vous, elles ne peuvent même pas passer l'étape de l'inscription faute de carte. Quant aux urgences, après une attente de plusieurs longues heures, on leur dit qu'on ne peut rien faire pour elles. Or, une femme qui se rend aux urgences a sûrement un problème de santé préalable à la grossesse qui l'inquiète au plus haut point. Les femmes se retrouvent alors avec une facture liée aux frais administratifs, plus élevés en clinique d'urgence que partout ailleurs. Plusieurs cas sont d'ailleurs exposés en annexe.

3.3 Difficulté à trouver un obstétricien

Bien que la difficulté à trouver un obstétricien-gynécologue à Montréal ne soit pas uniquement une réalité pour les femmes immigrantes, les barrières linguistiques et l'absence d'un réseau élargi de soutien limitent et retardent davantage leur accès vers celui-ci. Cette attente les rend vulnérables dans la mesure où elle cause aux femmes du stress et anxiété et ne leur permet pas d'avoir une évaluation de leur état de santé rapidement. Cette

difficulté les empêche également de passer les examens complémentaires dans les délais prescrits, de prendre les vitamines nécessaires, etc.

3.4 Contexte d'immigration et d'installation au Québec

Le contexte dans lequel elle quitte son pays peut varier d'une famille à l'autre (travailleurs qualifiés, femmes parrainées, réfugiés). Les conditions migratoires peuvent affecter différemment la période périnatale. Ainsi, une proportion importante d'immigrantes a participé activement à la décision de quitter son pays à destination du Québec. Cependant, les femmes qui arrivent au Québec en tant que réfugiées peuvent avoir quitté leur pays dans des situations catastrophiques telles des conflits armés, séparation du conjoint et des enfants, famine, persécutions, agressions sexuelles, violence, torture, etc. Ainsi, le dépistage efficace de situations critiques doit être effectué par des intervenants formés à ces réalités afin qu'ils soient en mesure d'offrir à ces femmes un support psychosocial et des ressources adéquates en santé mentale.

3.5 Barrières linguistiques

La méconnaissance des deux langues officielles et l'absence d'interprète peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé des femmes et leur enfant en contexte périnatal notamment sur la qualité des soins, l'accès aux services, l'utilisation des services, le retard dans le recours aux soins, l'interprétation des symptômes, le respect du traitement et suivi médical, l'obtention de consentements éclairés, etc. Afin de contourner la barrière linguistique, l'accès à des interprètes et la traduction d'outils d'information en plusieurs langues deviennent donc des mesures essentielles à mettre en place.

3.6 Conditions socio-économiques

Une proportion importante de familles immigrantes vit des conditions économiques difficiles. En effet, les femmes et les hommes immigrants gagnent moins que leurs pairs nés au Québec, se trouvent davantage confrontés au chômage, n'obtiennent pas des revenus qui correspondent à leurs niveaux d'études et leurs diplômes ou leur expérience de travail acquise dans leur pays d'origine ne sont pas reconnus par les employeurs. S'ajoute à cela la discrimination latente ou systémique dans de nombreux secteurs de l'emploi.

Ces conditions de vie rendent les familles vulnérables en contexte périnatal, notamment à cause de plus faibles prestations parentales, l'accès limité à une alimentation saine et équilibrée pour la mère et l'enfant, des logements précaires et insalubres, nombreuses privations sur les plans social et matériel, etc.

3.7 Absence de réseau de soutien

Le réseau de soutien joue un rôle important en périnatalité. Outre le « capital affectif » qu'il représente, le réseau de soutien social peut constituer une source de protection et/ou de modération face aux évènements stressants et a une influence sur le fonctionnement familial, les interactions parents-enfants, le comportement et le développement de l'enfant, etc. Or, la perte du réseau social et de soutien en contexte d'immigration est le lot de la grande majorité de femmes immigrantes.

Il se caractérise notamment par l'absence de présence féminine (mère, sœurs, amies, etc.) qui joue généralement un rôle essentiel au plan relationnel-affectif ainsi que matériel (préparation des repas, achats, surveillance des enfants plus grands, etc.). Cette absence de réseau de soutien et l'isolement pourraient d'ailleurs contribuer aux problèmes de santé mentale tel que la dépression post-partum.

3.8 La prématurité et le retard de la croissance intra-utérine

Dans plusieurs régions du monde, la préparation des repas de la femme enceinte et de la femme allaitante est dévolue aux femmes du réseau de soutien. En l'absence de ce réseau, les femmes enceintes pourraient négliger leur alimentation si le conjoint ou une autre personne ne compense pas cette absence. De plus, la pauvreté dans laquelle peuvent vivre certains nouveaux arrivants a un impact important sur l'alimentation de la femme enceinte.

Ainsi au Québec, certaines communautés affichent des pourcentages de naissances prématurées et d'insuffisance de poids à la naissance plus élevés que la moyenne québécoise, par exemple les femmes d'origine haïtienne et algérienne (source : Fichier des événements démographiques (naissances), Calculs de la Direction des relations avec le réseau, DGCMRR, MSSS.

3.9 Le deuil périnatal et les rituels culturels de l'accouchement

La perte d'un enfant suite à une fausse couche peut avoir un impact non seulement sur l'individu (en particulier la femme), mais aussi sur le couple et sur la famille restée au pays, surtout dans le cas de mariage arrangé.

Dans plusieurs cultures, la naissance et le deuil s'accompagnent de rituels culturels qui permettent aux pères de prendre leurs places lors de la naissance et d'aider le processus du deuil de la famille. Ainsi, certaines cultures accordent une grande importance aux rituels entourant l'enterrement d'un fœtus, peu importe son âge. Par exemple, l'enterrement du placenta par le père permet à ce dernier de participer à l'accouchement.

Malheureusement, le réseau de la santé et de services sociaux n'accorde pas d'importance à ces rituels. Récupérer le placenta, le fœtus mort ou d'autres organes peut engendrer une démarche administrative laborieuse pour ne pas dire impossible. Comment faire son deuil quand ce qui vous est cher, même mort, ne représente qu'un « déchet médical » pour le système de la santé.

De plus en plus, les Québécois, peu importe leurs origines, s'inventent des rituels autour de la naissance et de la mort. Un système de santé devrait s'ouvrir à cette réalité de la diversité de pratiques, de rituels et d'origines qui remettent en question nos pratiques institutionnelles.

4. LES SOLUTIONS

En première instance, il importe que la RAMQ effectue une campagne de sensibilisation relativement aux exceptions prévues dans le cadre de la mesure relative au délai de carence, car le personnel du réseau de la santé rabroue trop souvent ces femmes en cours de grossesse.

4.1 Gestion du réseau

Au travers de la diversité de leurs langues, systèmes de valeurs et comportements, les communautés ethnoculturelles influencent le quotidien des établissements du réseau. Dès lors, quelles sont les compétences requises pour offrir une prise en charge adaptée? Et comment assurer une qualité optimale des soins de santé en dépit de la diversité des besoins?

Les changements démographiques en raison d'une immigration accrue exigent une nouvelle manière de développer et de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. Cela implique de revoir le mécanisme d'allocation des ressources (budgétaires, humaines et matérielles), la détermination des programmes, les modes de prestation des services et la formation du personnel.

Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles ; l'organisation des programmes n'est pas nécessairement équitable. En fait, les préoccupations des communautés ethnoculturelles risquent d'être enterrées dans le processus de restructuration.

Avoir un réseau de santé inclusif signifie assurer une adaptation des services sociaux et de santé aux caractéristiques des communautés ethnoculturelles, notamment en matière de langue, de culture et de croyance religieuse. Cela exige un grand niveau de concertation et de planification des interventions entre le MSSS, le réseau de la santé et ACCÉSSS ainsi que de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Sans une telle approche de travail partenariale, cela donnera lieu à une inadaptation des services, à une sous-utilisation et à une mauvaise utilisation des services de santé et sociaux existants, d'où l'importance d'établir un partenariat public communautaire entre le réseau de la santé et des services sociaux et ACCÉSSS.

4.2 Formation du personnel aux réalités des familles immigrantes en contexte de périnatalité

Considérant que les familles immigrantes contribuent de façon importante au renouvellement de la population, il est important de leur offrir des services périnataux adaptés.

Pour ce faire, la formation du personnel soignant sur les réalités vécues par les familles immigrantes, les facteurs de vulnérabilité en contexte de périnatalité, ainsi que sur les pratiques gagnantes devient essentielle. Ces formations devraient tenir compte des variations culturelles dans les pratiques alimentaires au cours de la grossesse; l'adaptation du rôle homme-femme et parentalité, la fragilisation des parents par le processus migratoire, etc.

4.3 Sensibilisation des familles immigrantes

Il est important d'implanter un programme portant sur des activités d'information et de sensibilisation pour les parents qui porteront sur divers thèmes de santé d'intérêt public. Toutes ces activités devront être faites sur mesure et devront être adaptées aux besoins des participants.

Voici certains thèmes à privilégier dans un premier temps, mais d'autres activités devront être développées selon une évaluation constante des besoins :

- La saine alimentation au sein de la famille;
- La saine alimentation destinée aux jeunes de 8 à12 ans en collaboration avec les cuisines collectives;
- La vaccination des enfants;
- Promotion de différentes campagnes publiques en matière de santé (ex. : campagnes de vaccination, mises en garde relatives à certains produits de santé, les avis de santé publique concernant les maladies infectieuses telles les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les pandémies de grippes, etc.;
- Information sur les services de périnatalité.

ANNEXE 1 – CAS RELATIFS AUX FEMMES ENCEINTES ET À L'ABSENCE DE SERVICES

Cas 1 : Un couple dans la trentaine immigre à partir de la Roumanie, avec leur fils âgé de 7 ans. La femme apprend sa grossesse en arrivant au Québec et s'inquiète, car elle a déjà souffert de fibromes utérins de par le passé. Elle aimerait effectuer des analyses, car elle a mal au bas-ventre et a de légers saignements. Sa grossesse est à ses débuts, et elle n'a pas encore sa carte d'assurance-maladie, étant sur le délai de carence. Elle se présente, en compagnie de son mari, au CLSC de Ruisseau-Papineau à Laval en expliquant la situation. On leur répond : « nous sommes débordés et nous ne pouvons offrir ce service ». En pensant qu'il s'agissait d'une méconnaissance de l'exception relative au délai de carence, ils se rendent à la RAMQ et demandent une lettre relatant clairement ce fait. Munis de la lettre et suite aux conseils d'amis, ils se rendent dans une clinique sans rendez-vous où ils ne peuvent pas passer outre la réceptionniste qui leur dit que sans carte, ils ne peuvent recevoir un coupon d'attente. Suite aux protestations des principaux intéressés, on leur rétorque d'aller à l'urgence. Ils s'y rendent, attendent près de cinq heures et décident de repartir sans avoir vu de médecin.

Pour faire une courte parenthèse, la dame est infirmière en urgence de son métier et ses préoccupations sont justifiées. En Roumanie, elle aurait pu obtenir une consultation en urgence avec un/e obstétricien/ne dans un délai allant d'une demi-heure à une heure après l'arrivée. Et ce, peu importe l'état d'avancement de la grossesse.

L'incompréhension devient de plus en plus grande, et suite aux conseils d'ACCÉSSS, le couple est dirigé à une clinique montréalaise qui prend enfin charge de leur dossier. Toutes ces démarches ont été effectuées dans un contexte où leur présence aux cours de français était requise, sous peine de perdre le montant alloué à cet effet.

Cas 2 : Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 19 ans, victime du séisme en Haïti arrivée en octobre 2011, alors qu'elle était déjà enceinte. Elle est parrainée par sa sœur. Elle a un statut de résidente permanente. Elle devait attendre janvier 2012 pour obtenir sa carte d'assurance-maladie, avant ça elle devait payer ses suivis, donc elle n'avait pas vu de médecin depuis son arrivée ici. Elle s'est présentée à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve à 36 semaines de grossesse. Un médecin l'a vue et elle a pu poursuivre son suivi à cet hôpital.

Cas 3 : La patiente est une femme d'origine haïtienne de 21 ans, qui habite avec sa mère. Quand elle apprend la grossesse vers 8 ou 9 semaines, elle fait des démarches normales pour suivi de grossesse (hôpital Sainte-Justine, hôpital St.Mary's, quelques cliniques d'obstétrique et de médecine familiale) : toutes les cliniques lui ont répondu qu'elles étaient complètes. À 22 semaines, elle a un rendez-vous avec une diététiste du Dispensaire diététique de Montréal alors qu'elle était toujours sans suivi médical. La diététiste insiste pour qu'elle obtienne un suivi médical. La femme reprend ses démarches et se présente directement à l'hôpital Sainte-Justine où elle se fait dire qu'ils ne suivent que les grossesses à risque. La diététiste lui donne alors une dizaine de numéros de téléphone de cliniques et toutes lui disent qu'elle est trop avancée dans sa grossesse ou qu'elles sont complètes. Elle retourne aux cliniques sans rendez-vous où elle a déjà consulté avant la grossesse pour obtenir une référence en obstétrique pour faciliter ses démarches sous les conseils de sa diététiste. Avec sa référence, elle se présente à l'hôpital Saint-Luc à 23 semaines de grossesse où on lui dit qu'elle ne peut pas être suivie. La diététiste contacte le CLSC de la cliente qui lui a donné une liste de médecins. Toutefois, le CLSC avise que cette liste ne garantit pas qu'un médecin de la liste pourra la voir. La diététiste envoie enfin la cliente à l'Hôpital Royal-Victoria où les gens la font passer d'un département à l'autre sans s'occuper d'elle. La femme en pleurs appelle sa diététiste à partir de l'hôpital et cette dernière demande à parler à la réceptionniste. Une infirmière entend l'échange et commence à poser des questions à la cliente. Cette infirmière la prendra finalement en charge en lui donnant un rendez-vous la semaine suivante, à 24 semaines de grossesse.

Cas 4 : Un monsieur d'origine québécoise s'est marié avec une dame d'origine mexicaine en 2007. Lors de la naissance de leur première fille en novembre 2009, il a dû débourser plus de 7000 $ pour les frais relatifs à la grossesse et à l'accouchement. Son épouse est actuellement enceinte, mais elle a finalement obtenu la résidence permanente, et malgré cela il leur a été très difficile d'obtenir des services dans le réseau de la santé. Ce n'est qu'environ à la 10e semaine qu'elle a été prise en main par une équipe médicale du CHUM St-Luc, avant on lui disait d'aller à l'urgence! Le monsieur et sa première fille sont membres d'un GMF, mais son épouse et le deuxième bébé qui devrait naître début juillet 2012 n'ont pas obtenu des services médicaux au CLSC.

ANNEXE 2 – RÉACTIONS DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU RÉSEAU ACCÉSSS (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Plusieurs organismes membres d'ACCÉSSS connaissent très bien les problèmes d'accès des femmes enceintes aux services de suivi de grossesse. Voici certaines de leurs réactions :

« La présente est pour confirmer que les femmes immigrantes enceintes et nouvellement arrivées font face à de sérieux problèmes quand elles arrivent au Québec. Nous en rencontrons régulièrement au CARI St-Laurent. Elles viennent solliciter notre aide après qu'elles se sont fait dire, par de différents hôpitaux et cliniques, qu'ils n'avaient pas de médecins pour leur suivi ».

« Oui il nous arrive quelquefois par année de recevoir des femmes enceintes, sans statut, en attente de statut ou avec le visa touristique, qui cherchent un suivi médical sans succès » (Centre des femmes d'ici et d'ailleurs).

« …je peux vous confirmer que c'est un problème généralisé et non seulement aux femmes immigrantes. Même les Québécoises de souche ne peuvent pas accéder facilement à un suivi de grossesse ». (Centre d'éducation aux adultes de la Petite Bourgogne).

Le son de cloche est passablement différent dans le cas de certains CSSS, par exemple le CSSS de la Montagne. « La commissaire aux plaintes est au service du CSSS depuis novembre 2010 et n'a jamais eu de plainte à cet égard.
Le CSSS de la Montagne n'a jamais eu, non plus, à traiter de plainte concernant les femmes immigrantes enceintes, car le CSSS ne les refuse jamais ».

Cette dernière citation démontre que le service est très différent d'un CLSC à un autre et qu'il n'y a pas d'uniformisation entre les différents CSSS.

Par ailleurs, il semblerait que la problématique soit plus flagrante à Montréal et à Laval, selon les témoignages, et moins difficile dans les autres régions, ainsi que dans l'ouest de Montréal comme le démontrent ces deux autres réactions : « Toutes les femmes enceintes nouvellement arrivées au Québec, qui ont eu recours à nos services (Centre d'intégration

multiservice de l'Ouest-de-l'Île) et cela dans les deux points de service (Pierrefonds et Pointe-Claire) ont été rapidement prises en charge par un médecin qui a fait le nécessaire ».

« Les clientes qui se cherchent un obstétricien dans l'ouest de l'île ne rencontrent d'habitude pas de problèmes selon moi. Si elles se présentent au CLSC, on leur remet une liste des gynécologues-obstétriciens du coin et nous n'avons eu que très peu de clientes qui nous ont rappelés. Il arrive par contre qu'une mère arrive enceinte en fin de grossesse et c'est plus difficile à ce moment de trouver, mais c'est possible, en général les bureaux des obstétriciens donnent d'autres références à celles-ci ».

Infirmière, CSSS Ouest-de-l'Île, CLSC Pierrefonds