

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

Portrait de l'accès aux soins périnataux des migrantes à statut précaire et de leurs enfants au Québec.

Clinique internationale
de défense des droits
humains de l'UQAM



en collaboration avec

Médecins du Monde



Table des matières

Introduction	4
I. L'inaccessibilité des soins de santé chez les femmes enceintes et les enfants nés sur le territoire canadien	7
A. Une inégalité flagrante	8
1. La couverture des soins de santé liés à la grossesse pour les femmes MSP au Canada	8
a. Les «oubliées» du système	9
2. La difficulté de l'accès aux soins de santé des enfants nés de mères MSP	10
a. L'admissibilité à la RAMQ selon le statut des parents.	10
b. Le délai de carence imposé aux enfants admissibles à la RAMQ	11
B. Les obstacles que rencontrent les femmes MSP	11
1. Payer pour être soignée : des coûts excessifs et arbitraire.	11
2. Les blocages administratifs	13
3. Les difficultés de la vie quotidienne	14
C. Les risques encourus pour la mère et l'enfant	15
1. Les conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant.	15
2. Les paradoxes qui entourent l'accès aux soins de santé	16
II. Des soins de périnatalité accessibles, acceptables et disponibles sans discrimination: les standards internationaux.	18
A. La protection de la santé des femmes enceintes: un droit fondamental qui se retrouve au centre de nombreuses conventions internationales.	19
1. Le droit à la santé des femmes et leurs besoins spécifiques.	20
2. Des soins acceptables, accessibles, disponibles et offerts sans discrimination.	20
3. Exemples de mesures à adopter pour assurer le respect au droit à la santé des femmes	21
B. La protection du droit à la santé de l'enfant en droit international.	21
1. La santé de l'enfant: une importance capitale pour son développement	21
2. Le droit de l'enfant à l'accès à des soins de santé: un droit global	22
3. Le droit à la sécurité sociale: un droit complémentaire à la santé	23
4. L'obligation de respecter l'intérêt supérieur de l'enfant	23
C. Zoom sur les bonnes pratiques à l'étranger	24
Conclusion	25
Recommandations	27

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La perception générale veut que chaque femme bénéficie de tous les soins nécessaires au bon déroulement de sa grossesse. Il nous est difficile d'imaginer que certaines d'entre elles aient à se passer de ces soins. Pourtant, chaque année au Canada, des femmes enceintes ne réussissent pas à avoir accès à des soins de santé périnataux adéquats à cause de leur statut migratoire. Cette situation comporte des risques importants pour leur santé physique et psychologique, ainsi que pour celle de leurs enfants. Pour que les femmes vivent leur grossesse dans les meilleures conditions, il est requis qu'elles aient accès aux soins de santé avant, pendant et après l'accouchement. De la même manière, il est primordial que les nourrissons et les jeunes enfants puissent recevoir tous les soins nécessaires.

Dans ce rapport, nous aborderons la situation de l'accès aux soins de santé liés à la grossesse des femmes migrantes à statut précaire (MSP) et celle de l'accès aux soins de santé de leurs enfants. Malgré la nécessité d'avoir des statistiques sur le sujet, il existe peu de données sur le nombre de personnes MSP au Canada¹. Nous détaillerons les obstacles juridiques, administratifs, financiers et culturels auxquels ces femmes font face pour accéder à des soins de santé au Canada, et plus particulièrement au Québec. Nous examinerons ensuite les standards internationaux et les meilleures pratiques en matière de soins de santé.

Définition clé : MSP

Une femme migrante à statut précaire, ou MSP, est une personne née dans un autre pays qui possède soit un statut migratoire ni permanent ni garanti, ou bien aucun statut.

Par définition, une personne MSP est née dans un autre pays et peut, d'une part, avoir un statut migratoire qui n'est ni permanent ni garanti ou, d'autre part, ne pas avoir de statut régularisé². Certaines personnes ont fait une demande d'asile, c'est-à-dire qu'elles ont demandé le statut de réfugié et sont en attente d'une décision. Il peut aussi 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. Certaines personnes dont la demande d'asile a été refusée demeurent également au Canada pour une période indéterminée car leur pays est sous moratoire, c'est-à-dire que la situation de leur pays d'origine est jugée trop instable pour qu'il soit pensable de les renvoyer dans ce pays. Les travailleurs et les travailleuses agricoles, les aides domestiques, et les personnes étudiantes en provenance de l'étranger sont également des MSP car leur statut n'est pas permanent. Les personnes MSP peuvent aussi être des personnes en transition de statut migratoire. Sans prétendre faire un portrait exhaustif de toutes les situations possibles, il faut savoir qu'un nombre important de personnes demeurent au Canada de façon légale, mais tout de même en situation de précarité.

De plus, certaines personnes MSP sont des migrantes non-documentées au Canada. La grande majorité de ces personnes sont entrées au Canada de façon légale³, mais la durée de leur statut a depuis expiré. Pour diverses

1 Médecins du Monde estime qu'il y a environ 250 000 MSP au Canada dont 40 000 qui se trouveraient à Montréal. Voir Médecins du Monde, «État de situation, Projet Outreach de Médecins du Monde en prévention des ITSS chez les populations migrantes à statut précaire», rédigé par Marylie Roger, 2014, à la p 11 [Médecins du Monde, Projet outreach].

2 Zoé Brabant et Marie-France Raynault, « Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for the Canadian Context—Part A » (2012) 27 Social Work in Public Health 330 à la p 331.

3 *Ibid.*

raisons, elles continuent à vivre au Canada. Certaines d'entre elles demeurent au Canada car elles craignent d'être confrontées à des situations de violence et de persécution en retournant dans leur pays d'origine⁴. D'autres sont temporairement sans papiers à cause de la longueur des délais administratifs quant à la délivrance de leurs documents. Les démarches avant d'obtenir une réponse de la part de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) peuvent prendre plusieurs années, incitant beaucoup d'entre elles à ne pas quitter le pays car elles se sont intégrées au Canada à travers leur vie professionnelle, sociale et familiale. En outre, pour les mères, la perspective d'assurer un avenir meilleur pour leurs enfants peut influencer leur choix de demeurer au Canada, même si elles sont non-documentées⁵.

Les personnes réfugiées, dont la demande d'asile a été acceptée, ne sont pas à proprement parler des MSP, puisque leur statut au Canada est permanent. Toutefois, elles font face à d'importants obstacles pour accéder aux soins de santé à cause de leur statut migratoire. Puisque leur accès aux soins de santé peut être qualifié de précaire, leur situation sera également abordée dans ce rapport.

À la lumière de ces informations, les MSP ne forment pas un groupe homogène. Pourtant, elles ont toutes en commun d'être placées en situation de vulnérabilité en raison de leur statut migratoire précaire. En effet, plusieurs de ces personnes ont fui un pays où règne l'insécurité et la violence. D'autres ont quitté leur pays suite à de bouleversements naturels, comme une sécheresse ou une inondation. Le trajet migratoire qui a amené ces personnes au Canada peut avoir été éprouvant et avoir occasionné des problèmes de santé. À leur arrivée au Canada, les personnes MSP sont plus à risque de vivre dans la pauvreté, dans des logements inadéquats⁶, d'occuper des emplois précaires ainsi que d'être isolées socialement⁷. La longueur et la complexité des procédures d'immigration s'ajoutent aux embûches qu'elles rencontrent. L'insécurité liée au statut d'immigration entraîne un stress important pour les MSP. De plus, cela peut mener les femmes ayant donné naissance à des enfants au Canada 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. Dans tous les cas, l'incertitude quant à l'accès à des soins de santé adéquats durant une grossesse est source de stress importante pour les femmes, leurs enfants, et leur entourage.

4 Voir par exemple: Médecins du Monde, *Projet outreach*, note 1 à la p 25.

5 Cecile Rousseau et al., « Health Care access for refugees and immigrants with precarious status » (2008) 99 : 4 *Revue Canadienne de santé publique* à la p 290 [Rousseau et al.].

6 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* 152 à la p 153.

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

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

PREMIERE PARTIE

L'inaccessibilité des soins de santé chez les femmes enceintes et les enfants nés sur le territoire canadien.

L'inaccessibilité des soins de santé chez les femmes enceintes et les enfants nés sur le territoire canadien

Les femmes MSP et leurs enfants nés sur le territoire canadien rencontrent de nombreuses difficultés quant à leur accès aux soins de santé. En effet, les MSP qui ne sont pas couvertes ni par le régime fédéral, ni par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), doivent souvent payer des coûts exorbitants et arbitraires pour les mêmes soins périnataux que reçoivent les femmes couvertes. De plus, même lorsqu'elles ont une couverture des soins, l'accès aux soins périnataux de ces femmes et de leurs enfants est souvent mis en péril en raison des nombreux obstacles auxquels elles sont confrontées, notamment des obstacles administratifs et culturels. Finalement, nous notons qu'il existe une grande disparité entre les politiques nationales canadiennes et provinciales québécoises qui font la promotion de la santé des femmes et des enfants, et la réalité à laquelle font face les femmes MSP et leurs enfants pour obtenir des soins de santé.

A. Une inégalité flagrante

Force est de constater que, dépendamment de leur statut, les femmes MSP n'auront pas le même accès aux soins périnataux que les autres femmes. Il est donc important de mettre en lumière les inégalités dont elles sont victimes.

1. La couverture des soins de santé liés à la grossesse pour les femmes MSP au Canada

La couverture des soins de santé pour les personnes MSP est liée en bonne partie à leur statut migratoire. Elle dépend à la fois du gouvernement fédéral, puisqu'il possède d'importantes compétences en matière d'immigration, et du gouvernement provincial, qui possède la compétence principale en matière de santé. À leur arrivée au Canada, certaines personnes migrantes bénéficient du Programme Fédéral de Santé Intérimaire (PFSI)⁸, qui offre une couverture fédérale temporaire pour leurs soins de santé. Cette couverture prend fin lorsque ces personnes deviennent éligibles à la couverture des soins de santé de leur province de résidence.

Ce sont principalement les personnes réfugiées et les personnes ayant demandé l'asile qui sont éligibles au PFSI. Autrefois, toutes les personnes éligibles au PFSI bénéficiaient généralement d'une couverture complète pour leurs soins de santé et leurs médicaments. Cependant, d'importantes coupures survenues dans le programme en 2012, ainsi que la mise en place d'une distinction entre les catégories de personnes éligibles, ont semé la confusion et réduit l'accès aux soins de santé pour certaines catégories de personnes. Ainsi, les personnes réfugiées continuent d'avoir généralement droit à une couverture complète des soins de santé. Cependant, les personnes qui ont demandé l'asile n'ont généralement plus droit qu'à une couverture limitée, c'est-à-dire qu'elles ont droit à des soins et des médicaments uniquement dans les cas où ceux-ci sont requis pour la santé et la sécurité publique⁹. Ces coupures ont été hautement décriées par des groupes de défense des droits des

⁸ Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire, TR/2012-26, (2012) Gaz C II, 146.

⁹ La couverture nécessaire à la santé et à la sécurité publique ne couvrent que les soins et médicaments pour les 35 maladies considérées comme posant un risque pour la santé publique, par exemple la rougeole ou la tuberculose, et la psychose avec agressivité, qui pose un risque pour la sécurité publique. Gouvernement du Canada, Guide

personnes migrantes¹⁰ et par des personnes travaillant dans le réseau de la santé¹¹.

Un des changements survenus en 2012 qui concernait particulièrement les femmes enceintes était la distinction mise en place entre les personnes en provenance de pays d'origine désignés et celles en provenance d'autres pays. Les femmes originaires de pays considérés comme désignés n'avaient plus accès qu'aux soins nécessaires à la santé et à la sécurité publique¹². Cela signifiait, par exemple, qu'une femme en provenance d'un pays d'origine non-désigné, comme le Honduras, avait droit à une couverture pour les soins liés à sa grossesse, alors qu'une femme originaire du Mexique par exemple, n'y avait accès qu'à condition d'en payer les frais. En 2014, cette distinction a du être abandonnée temporairement par le gouvernement fédéral, puisque la Cour Fédérale a jugé qu'elle contrevenait à la Charte canadienne des droits et libertés. En effet, la Cour affirme qu'en faisant une telle distinction, le gouvernement canadien «met la vie des demandeurs d'asile des pays d'origine désignés en danger», en plus de désavantager « un groupe reconnu comme étant vulnérable, pauvre et défavorisé »¹³. Pour se conformer à ce jugement, les critères d'admissibilité du PFSI ont été temporairement modifiés, faisant en sorte pour que toutes les femmes enceintes éligibles au programme puissent bénéficier d'une couverture complète des soins de santé pendant la période entourant leur grossesse, et ce peu importe la catégorie à laquelle elles appartiennent habituellement¹⁴. Ainsi, les femmes enceintes éligibles au PFSI ont présentement droit à une couverture pour leurs visites médicales et pour leurs médicaments sous ordonnance pendant leur grossesse. Cette modification pourrait cependant être de courte durée. En effet, le gouvernement porte présentement la décision de la Cour fédérale en appel dans le but notamment de rétablir la distinction mise en place en 2012. Ce faisant, le gouvernement démontre son intention de réduire l'accès aux soins de santé des personnes MSP, même lorsqu'il est démontré que cela met en danger la vie des femmes enceintes et de leurs enfants.

Au niveau provincial, il est à noter que le Québec a refusé d'appliquer les distinctions mises en place entre les différentes catégories de personnes éligibles au PFSI dans la province. La province de Québec a absorbé les lacunes créées par les coupures du PFSI en 2012, en continuant d'offrir une couverture complète autant aux personnes qui demandent l'asile qu'aux personnes réfugiées. Ainsi, au Québec, un certificat d'éligibilité au PFSI donne théoriquement droit à une couverture similaire à celle offerte par la RAMQ.

a. Les «oubliées» du système

Même s'il est louable que le PFSI offre une couverture minimale, celle-ci n'est pas offerte à toutes les femmes sur le territoire canadien. Il s'ensuit que plusieurs femmes ne sont ni éligibles au PFSI, ni à la couverture des soins provinciaux. C'est le cas notamment des femmes en attente de statut à la suite d'une demande de parrainage par un membre de leur famille ainsi que celles ayant fait une demande pour raisons humanitaires¹⁵. Ainsi, il est possible que, dans une même famille, des personnes soient couvertes pour leurs soins de santé, alors que d'autres ne le sont pas, dépendamment de leur statut migratoire. En raison de la longueur des démarches, il arrive que ces personnes en attente de statut aient à assumer elles-mêmes le coût de leurs soins de santé pendant plusieurs années. Par exemple, une femme parrainée par son mari n'aura pas accès à une couverture des soins de santé tant que sa situation ne sera pas régularisée. Dans l'éventualité d'une grossesse, le couple devra assumer des frais médicaux beaucoup plus élevés que ce que la RAMQ rembourse normalement pour les

5568, supra note 9; Cela signifie que les personnes qui n'ont pas de couverture complète pourraient être incapables de se procurer, par exemple, des inhalateurs pour traiter l'asthme ou de l'insuline pour le diabète, «Compressions aux soins de santé pour les migrants: un renoncement à notre devoir éthique », Le Devoir [de Montréal] (16 juin 2012) en ligne : <<http://www.ledevoir.com>> [Le Devoir, Compressions aux soins de santé pour les migrants].

10 Conseil Canadien pour les Soins aux Réfugiés, « Soins de santé pour les réfugiés. Programme fédéral de santé intérimaire », en ligne : <http://ccrweb.ca/>

11 Médecins du Monde Canada, avec l'appui de 120 médecins et professionnels de la santé, [Le Devoir, Compressions aux soins de santé pour les migrants].

12 Marylie Roger et Sophie Schoen, « Soins de santé pour les personnes migrantes à statut précaire : une réalité méconnue » *Vivre ensemble* 20 : 69 (printemps 2013) à la p 2 [Roger et Schoen].

13 *Médecins Canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général)*, 2014 CF 651 aux paras 1081 et 1082.

14 Gouvernement du Canada, « Guide 5568 - Demande d'admissibilité au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) » (2015), en ligne : Gouvernement du Canada <<http://www.cic.gc.ca>> [Gouvernement du Canada, Guide 5568].

15 *Ibid.*

mêmes soins (voir la section « Payer pour être soignée : des frais excessifs et arbitraires » plus bas), et ce malgré le fait que le mari soit citoyen canadien ou résident permanent et que l'enfant à naître le sera aussi.

Il en va de même pour les femmes non-documentées. Celles-ci n'ont accès à aucune couverture médicale par le PFSI, ni par le régime provincial. Elles sont soumises à des frais excessifs et arbitraires pour leur suivi de grossesse et pour le coût de leur accouchement¹⁶. Les étudiantes étrangères sont également exclues de la couverture du fédéral et du provincial. Théoriquement, celles-ci doivent avoir souscrit à une assurance médicale privée avant leur départ pour le Canada. Cependant, en pratique, la plupart des assurances ne couvrent pas les soins liés à la grossesse. De nombreuses étudiantes étrangères se retrouvent donc sans couverture médicale en cas de grossesse.

2. La difficulté de l'accès aux soins de santé des enfants nés de mères MSP

Tout comme les femmes, les enfants nés de mères MSP subissent aussi des discriminations dans l'accès aux soins de santé. Lorsqu'ils naissent au Canada, les enfants deviennent automatiquement des citoyens canadiens¹⁷. Pourtant, ce statut ne leur permet pas dans tous les cas d'accéder à la RAMQ. En effet, les enfants de parents MSP dont le statut n'est pas régularisé ne peuvent pas en bénéficier. De plus, les enfants qui deviennent nouvellement résidents du Québec sont privés de couverture médicale pendant un délai de carence de trois mois, alors qu'il est reconnu que leur jeune âge les rend plus vulnérables que les personnes adultes.

a. L'admissibilité à la RAMQ selon le statut des parents

L'admissibilité à la RAMQ est directement liée au statut des parents. En effet, pour déterminer l'éligibilité d'un enfant né au Canada, la situation d'immigration des parents doit être régularisée. Toutefois, la régularisation d'un statut peut s'avérer complexe, voire impossible. De plus, les statuts des parents MSP sont souvent flexibles et peuvent changer facilement¹⁸. Cela empêche l'accès aux soins de santé de ces enfants.

Pour accéder à la RAMQ, une personne doit remplir plusieurs critères. En effet, il est notamment requis de séjourner au Québec¹⁹ ou d'être considéré résident du Québec²⁰ au sens de la loi et du règlement. Pour les parents MSP, leur statut précaire fait en sorte que souvent, ils ne peuvent pas être considérés comme des personnes séjournant et résidant au Québec, bien qu'ils soient installés au Québec. Or, le statut de l'enfant dépend du statut de ses parents; si les parents de l'enfant ne sont pas considérés comme séjournant ou résidant au Québec, il en va de même pour l'enfant. Ainsi, un enfant dont les parents ne remplissent pas les critères de résidence pour accéder à la RAMQ ne pourra être inscrit à la RAMQ, et ce même s'il est citoyen canadien. L'organisme communautaire La Maison Bleue rapporte aussi l'exemple des étudiantes étrangères n'ayant pas accès à la RAMQ²¹. Celles-ci « sont considérées de passage »²² et leurs enfants, même s'ils sont citoyens canadiens, ne peuvent accéder à l'assurance maladie couvrant les soins de santé.» Concernant les enfants dont les parents sont en démarche de régularisation de statut, Médecins du Monde remarque que la RAMQ accepte parfois

16 Médecins du Monde, « Guide des ressources pour les femmes enceintes » à la p 7 à 20 [Guide des ressources pour les femmes enceintes].

17 *Loi sur la citoyenneté*, LRC 1985, c C-29, art 3(1)(a).

18 Paloma E. Villegas, « Negotiating the Boundaries of Membership: Health Care Providers, Access to Social Goods, and Immigration Status » dans Luin Goldring et Patricia Landolt, dir, *Producing and Negotiating Non-citizenship: Precarious Legal Status in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2013, 221 à la p 222.

19 Afin d'être considérée comme étant une personne séjournant au Québec, l'objectif de son séjour doit être en lien avec une autorisation de travail, des études et un stage liés à un programme officiel du Canada, une charge liturgique ou être sous la charge d'une personne respectant ces dernières conditions. Voir le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, RLRQ c A-29, r 1, art 3(1)(3).

20 Pour être résidente, la personne doit être domiciliée au Québec. Le critère de domicile repose sur le fait d'être établie de façon durable au Québec, sinon cette personne sera considérée « de passage ». Il y a ainsi une « notion de permanence et de stabilité rattachée à celle de résidence ». *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c A-29, art 1(g), art 5. Voir aussi C.M.M c Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec), 2003 TAQ 65295, au para 9 et 13 (disponible sur Canlii), [C.M.M.]. NK c Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec), 2014 TAQ 31609, au para 6 (disponible sur Canlii), [NK] et H.D. c. Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec), 2002 TAQ 57050 au para 11-13, (disponible sur Canlii), [H.D.].

21 Entretien avec Anne-Marie Bellemare, experte et travailleuse sociale à la Maison Bleue, (30 mars 2015) [Bellemare].

22 C.M.M, *supra* note 17 au para 9.

d'inscrire leurs enfants, alors qu'elle le refuse initialement pour d'autres. Au final, l'enfant citoyen canadien né de parents MSP, n'a pas accès à la RAMQ au même titre que les autres enfants citoyens canadiens. Par exemple, dans le cas des familles installées au Québec mais ayant un statut temporaire tel qu'un visa de visiteur, elles ne peuvent être considérées comme résidant ou séjournant au Québec. L'enfant de parents MSP dont le statut n'est pas régularisé subit les conséquences directes de ces conditions discriminatoires d'admissibilité. Ceci sera traité plus en détail dans la section « Les risques encourus pour la mère et l'enfant ».

b. Le délai de carence imposé aux enfants admissibles à la RAMQ

L'accès aux soins de santé de certains enfants est aussi réduit en raison du délai de carence qui leur est imposé. En effet, le Québec impose un délai de carence d'une période de trois mois pour toutes les personnes nouvellement résidentes au Québec ainsi que pour celles ayant séjourné plus de 183 jours à l'extérieur du pays. Ainsi, ces personnes n'ont pas de couverture de soins de santé pendant cette période et doivent en assumer les coûts, que ce soit en payant leurs services ou en recourant à une assurance privée. La RAMQ prévoit une exception à ce sujet pour les femmes enceintes. Les soins liés à la grossesse et à l'accouchement sont couverts pendant cette période²³. Cependant, aucune dérogation n'est prévue pour les soins de santé destinés aux enfants²⁴. Ainsi, les enfants qui s'inscrivent à la RAMQ ne reçoivent aucune couverture de santé pendant les trois premiers mois. Cela a évidemment comme conséquence qu'en cas de problèmes de santé pendant cette période, les familles qui n'ont pas les moyens de payer vont retarder une consultation médicale, ou s'endetter. Notons que chaque changement de statut est susceptible d'ouvrir à nouveau le délai de carence. Il est donc possible que les enfants de parents MSP subissent plusieurs délais de carence, ce qui limite davantage leur couverture d'accès aux soins de santé.

B. Les obstacles que rencontrent les femmes MSP

Aux obstacles formels de la loi s'ajoutent de nombreuses barrières qui entravent l'accessibilité aux soins périnataux des femmes MSP. En effet, celles-ci peuvent faire face à des coûts excessifs et arbitraires, à des obstacles administratifs importants, ainsi qu'à des difficultés quotidiennes pour accéder aux soins de santé.

1. Payer pour être soignée: des coûts excessifs et arbitraires

L'excessivité des coûts des soins de santé, qui s'ajoute à une situation socio-économique souvent difficile, constitue un obstacle majeur pour les femmes MSP qui ne bénéficient ni de la couverture du PFSI, ni d'une couverture provinciale. En effet, les sommes exigées pour le suivi 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. Il est primordial que les coûts liés à l'accouchement pour les personnes sans couverture et les frais des institutions qui s'y rattachent soient régularisés, pour que l'arbitraire qui entoure ces coûts cesse²⁵.

Afin d'assurer un suivi périnatal adéquat, douze visites médicales sont généralement requises²⁶. À la différence des femmes assurées, pour qui chaque visite est facturée 45\$, les femmes non assurées doivent payer 100\$²⁷. Ces frais n'incluent pas les examens, pourtant importants, tels que les analyses sanguines, les échographies, et les épreuves d'hyperglycémie provoquée²⁸. Les femmes MSP sans couverture doivent prévoir un budget

23 Régie de l'assurance maladie du Québec, Facturation pendant le délai de carence. En ligne <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirurgiens-dentistes/facturation/Pages/delai-carence.aspx>>

24 Cependant, il existe une exception relative aux soins nécessaires suite à une agression sexuelle ou pour un problème de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique. Régie de l'assurance maladie du Québec, Facturation pendant le délai de carence. En ligne <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirurgiens-dentistes/facturation/Pages/delai-carence.aspx>>

25 Bellemare, *supra* note 21.

26 Guide des ressources pour les femmes enceintes, *supra* note 16 à la p 3.

27 *Ibid.*

28 *Ibid.*

supplémentaire pour l'ensemble de ces examens²⁹. Ainsi, la qualité du suivi de grossesse de ces femmes varie selon leur capacité ou non d'assumer ces frais.

Lors de l'accouchement d'une personne couverte par la RAMQ, environ 500\$ sont remboursés par la RAMQ pour l'acte du médecin³⁰. En revanche, les montants exigés pour les femmes sans couverture médicale pour le même acte dépassent largement cette somme³¹. En effet, les coûts varient d'un montant allant de 3000\$ à 10000\$ selon les hôpitaux³². De plus, la plupart des hôpitaux exigent un dépôt en prévision de l'accouchement pouvant aller jusqu'à 20000\$³³. Ces dépôts sont parfois 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 se présentent durant l'accouchement, les prix peuvent monter très vite et atteindre facilement les 100 000\$³⁴. De plus, pour une femme qui n'est pas prise en charge par la RAMQ, ces tarifs n'incluent pas non plus la somme à prévoir en cas d'anesthésie qui peut varier entre 500\$ et 900\$³⁵. De plus, les anesthésistes ne sont pas dans l'obligation d'anesthésier la patiente en travail si c'est pour une raison de « bien-être » et non pas pour une raison médicale³⁶. Ainsi, il est arrivé que des femmes se voient refuser l'administration d'une épidurale car elles n'avaient pas l'argent requis, et ce même en plein travail. Les coûts reliés aux soins périnataux des femmes MSP qui n'ont pas de couverture constitue un stress supplémentaire important.

Cette problématique repose entre autre sur le fait qu'aucune grille tarifaire n'encadre les montants qui peuvent être exigés pour les soins liés à la grossesse³⁷. Les tarifs sont généralement divisés entre ceux demandés par le médecin et ceux exigés par la clinique ou l'hôpital³⁸. Rien dans les règles entourant la pratique des médecins n'encadre le montant que ces derniers peuvent facturer³⁹. Quant aux frais de l'institution, ils comprennent les frais hospitaliers de la mère allant de 2500 \$ par jour à 3500\$ selon l'hôpital, les frais pour les soins du nouveau-né allant de 1000\$ à 1500\$ par jour, et les honoraires du médecin⁴⁰.

Le code de déontologie des médecins oblige ceux-ci et celles-ci à porter secours à des personnes dont la vie pourrait être menacée⁴¹. Pour cette raison, les médecins ne peuvent refuser d'assister une femme en travail qui se présente à l'hôpital, même si celle-ci n'a pas les moyens de payer⁴². Cependant, ce service n'est pas gratuit. La facture sera donc envoyée à la femme ayant bénéficié des services après son accouchement. Ceci constitue un problème supplémentaire, dans la mesure où les frais qui sont négociés a posteriori représentent, dès lors, une forme de stress majeur pour les MSP⁴³. Cela fait peser une lourde dette sur des femmes qui n'ont pas les moyens de bénéficier d'un suivi médical adéquat.

29 *Ibid* à la p 15.

30 Bellemare, *supra* note 21.

31 Guide des ressources pour les femmes enceintes, *supra* note 16 à la p 15.

32 *Ibid*.

33 *Ibid*.

34 Bellemare, *supra* note 21.

35 *Ibid*.

36 *Ibid*.

37 *Ibid*.

38 *Ibid*.

39 *Ibid*.

40 Guide des ressources pour les femmes enceintes, *supra* note 16 à la p 15.

41 Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17, art 38.

42 *Ibid*.

43 Bellemare, *supra* note 21.

2. Les blocages administratifs

Bien que certaines catégories de femmes MSP 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 pour les MSP. Selon Médecins du Monde, certaines personnes comprennent mal la nature précise et les conséquences de leur statut d'immigration⁴⁴. Pour cette raison, certaines femmes MSP ont accès, en principe, à une couverture des services de santé mais elles ne s'en prévalent pas car elles ne savent pas qu'elles y ont droit⁴⁵.

Cette complexité des catégories d'immigration et les complexités administratives qui accompagnent les soins offerts aux personnes MSP affectent aussi les personnes qui travaillent dans le milieu de la santé et les administrations des institutions de santé elle-même. Les différents changements survenus dans le programme du PFSI en 2012 puis en 2014 ont amplifié la confusion à ce sujet. 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 administratif⁴⁶. 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 MSP qui ont pourtant une couverture pour éviter une surcharge administrative.

Au Québec, la complexité des procédures d'inscription à la RAMQ fait aussi obstacle à l'accès aux soins liés à la grossesse pour les femmes MSP. Pour bénéficier des soins de santé provinciaux, toute personne doit s'inscrire à la RAMQ⁴⁷. Les services de la RAMQ sont couverts uniquement à partir du moment où l'inscription est finalisée, et il n'est pas possible de rendre l'inscription rétroactive au moment où la personne est devenue éligible. Cependant, certaines personnes MSP ne savent pas qu'elles doivent s'inscrire auprès de la RAMQ et ne l'apprennent qu'au moment où elles bénéficient d'un service de santé qui leur est facturé. La méconnaissance de l'obligation de s'inscrire ou la mauvaise compréhension des démarches devant être entreprises ne constituent pas une excuse pouvant justifier la non-inscription d'une personne auprès de la RAMQ⁴⁸.

Des délais ou des complications dans la réception de documents d'immigration peuvent aussi nuire à l'inscription à la RAMQ, ce qui retarde la couverture des soins de santé pour les femmes qui y ont droit. Puisque l'inscription à la RAMQ ne peut être complétée que lorsqu'une personne a fourni tous les documents nécessaires, un retard ou des complications dans la délivrance des documents d'immigration entraîne des retards dans la couverture. Or, les retards ou les cafouillages dans la délivrance des documents d'immigration ne sont pas acceptés comme des excuses valables par la RAMQ pour justifier qu'une femme n'ait pas fourni tous les documents nécessaires à son inscription⁴⁹. Ainsi, les femmes qui attendent leur document d'immigration doivent payer pour le coût de leur accouchement et de leurs rencontres médicales, même si elles devraient normalement y avoir droit gratuitement.

44 Médecins du Monde, Projet outreach, *supra* note 1 à la p 50.

45 Roger et Schoen, *supra* note 16.

46 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 à la p 19.

47 Loi sur l'assurance maladie, RLRQ c A-29, art. 9.

48 *HC c Québec (Régie de l'assurance maladie)*, 2013 QCTAQ 2876; *DS c Québec (Régie de l'assurance maladie)*, 2012 QCTAQ 83429.

49 *DT c. Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec)*, 2010 QCTAQ 35573; *FK c Québec (Régie de l'assurance maladie)*, 2015 QCTAQ 6525.

3. Les difficultés de la vie quotidienne

Les barrières de la langue s'ajoutent aux obstacles subis par les MSP quant à l'accès aux soins périnataux, que celles-ci bénéficient d'une couverture ou non. En 2005, 24.1% des immigrants accueillis au Québec ne parlaient ni anglais, ni français⁵⁰. Il est donc d'autant plus difficile pour les femmes nouvellement arrivées d'exprimer leurs inquiétudes quant à leur état de santé en ne parlant ni anglais ni français. C'est également un défi considérable pour les médecins de transmettre un diagnostic avec des conseils clairs et précis lorsque la patiente ne parle pas la même langue⁵¹. En ce sens, la difficulté qui entoure l'aptitude à communiquer s'avère être une sérieuse contrainte dans la mesure où cela entrave l'accès aux soins, la qualité des soins, le droit des patients et des intervenants et le résultat des traitements donnés aux patients⁵². Pourtant, il existe une loi sur les services de santé et les services sociaux⁵³ destinée à « favoriser [...] l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue pour les personnes des communautés culturelles du Québec »⁵⁴. Malgré l'instauration de cette loi, les MSP sont souvent réticentes à l'idée de faire appel aux interprètes professionnels pour plusieurs raisons. Les démarches sont compliquées, les coûts sont élevés, et la présence d'un observateur n'est pas toujours désirée⁵⁵. Les barrières de langue font donc partie des obstacles à l'adaptation à la vie dans le nouveau pays de ces femmes. À ceci s'ajoute parfois une incompréhension des pratiques de grossesse des femmes MSP. En effet, il y a « un manque d'information et de respect des professionnels de la santé à l'égard des pratiques des femmes immigrantes »⁵⁶.

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 santé⁵⁷. 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 »⁵⁸. 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'immigration⁵⁹. Il s'agit donc d'une problématique ayant pour effet de dissuader les MSP d'avoir recours aux soins requis.

50 Marie Munoz et Anjali Kappor Kolhi, « Les barrières de langue, comment les surmonter en clinique » (2007) 42:2 Le médecin du Québec à la p 45 [Munoz et Kolhi].

51 *Ibid.*

52 *Ibid.*

53 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ 2015, c S-4.2.

54 Munoz et Kolhi, supra note 50 à la p 46.

55 *Ibid.* (Notre traduction)

56 Maria da Conceição F. Santiago, Maria Henriqueta Figueiredo, « Immigrant, Women's Perspective on Prenatal and post-partum Care: Systematic review » (2015) 17 *Journal of Immigrant Minority Health* 276 à la p 281 [Santiago et Figueiredo].

57 Urszula Stotzer, Denise Elfonayi-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 à la p 51.

58 Médecins du Monde, *Projet outreach*, supra note 1 à la p 25.

59 *Ibid.* à la p 14.

C. Les risques encourus pour la mère et l'enfant

Les obstacles financiers, administratifs et culturels ont des répercussions négatives sur la santé des femmes MSP et celle de leurs enfants puisque certains d'entre eux sont parfois contraints à renoncer à des soins de santé nécessaires. Dans cette mesure, il est paradoxal de constater l'écart entre l'importance qu'accorde le gouvernement canadien à la santé des femmes et des enfants et ses nombreuses politiques qui en réduisent pourtant l'accès.

1. Les conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant

Il va sans dire que les femmes MSP sans assurance maladie risquent de recevoir moins de soins prénataux⁶⁰. Pourtant, il est primordial pour la santé du fœtus et celle des femmes enceintes de bénéficier de tous les soins nécessaires durant la grossesse⁶¹. Ainsi, les MSP et leurs enfants risquent d'être davantage confrontés à des problèmes de santé. Les infirmières de Médecins du Monde rapportent à ce propos qu'il est fréquent à Montréal que des femmes enceintes n'aient pas de suivi médical durant leur grossesse, et ce même s'il s'agit d'une grossesse considérée comme étant à risque⁶². De plus, il n'est pas rare de voir arriver des femmes à l'hôpital le plus tard possible pour l'accouchement⁶³. Certaines sont même contraintes à accoucher sans aucune assistance médicale⁶⁴. Par conséquent, certaines font face à des risques majeurs pouvant avoir des répercussions directes sur leur santé et celle de leurs enfants.

Malgré le fait qu'il n'y ait pas de données relatant les causes des problèmes de santé chez les immigrantes dont le statut n'est pas régularisé, les professionnels de la santé constatent que les femmes MSP sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé⁶⁵.

Premièrement, les difficultés financières auxquelles les femmes MSP sont confrontées ne leur permettent pas toujours d'avoir une alimentation saine et équilibrée. Elles sont donc souvent victimes de problèmes de malnutrition pouvant avoir des conséquences néfastes pour le fœtus et leur propre santé, notamment en cas d'anémie ou de diabète de grossesse⁶⁶. De plus, en raison des conditions de vie précaires dans lesquelles certaines d'entre elles vivent, elles sont davantage portées à développer des maladies infectieuses telles que « le VIH, la tuberculose, la Syphilis ou encore l'hépatite »⁶⁷. Par conséquent, elles font plus fréquemment face à des complications dans le suivi de grossesse ou à des complications durant l'accouchement et présentent un taux de césarienne plus élevé⁶⁸.

Au-delà des conséquences physiques entourant le manque de soins de santé périnataux, les femmes migrantes font également face à des conséquences psychologiques très sérieuses. En effet, elles semblent plus souvent sujettes aux symptômes de dépression post-partum que les femmes nées au Canada⁶⁹. Dans le cas des demandeuses d'asile ayant un enfant né au Canada, elles ont tendance à vivre dans des conditions de stress très élevé en raison de l'instabilité de leur statut: elles sont dans l'attente de savoir si leur demande sera acceptée

60 Société canadienne de pédiatrie, « L'assurance maladie pour les soins aux immigrants et aux réfugiés » in Guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes et réfugiées, 2014, en ligne : <<http://www.enfantsneocanadiens.ca>>

61 *Ibid.*

62 Médecin du Monde, « Femmes à statut précaires et santé maternelle : le difficile accès aux soins à Montréal », 2013, en ligne : <<http://www.solidarityacrossborders.org>> - <<http://www.solidarityacrossborders.org/fr/solidarity-city/solidarity-city-journal/women-with-precarious-status-and-maternal-health-insecure-access-to-health-care-in-montreal>>

63 *Ibid.*

64 *Ibid.*

65 *Ibid.*

66 *Ibid.*

67 *Ibid.*

68 Rousseau et al., *supra* note 5 à la p 291.

69 Santiago et Figueiredo, *supra* note 56 à la p 282.

alors que leur enfant né au Canada est autorisé à rester sur le sol canadien⁷⁰. Si leur statut n'est pas régularisé, elles auront à faire un choix difficile : laisser leur enfant au Canada, retourner avec lui dans le pays qu'elles ont tenté de fuir ou bien rester vivre au Canada en situation migratoire non-régularisée⁷¹. Le stress généré par l'ensemble de ces facteurs peut donc également se répercuter sur leur santé et celle de leur enfant.

Pour les enfants n'ayant pas accès à la RAMQ, leurs parents doivent assumer les frais liés aux soins de santé, ce qui constitue un fardeau économique important⁷². Ainsi, ces enfants subissent les conséquences d'un accès inadéquat aux soins de santé. Notamment, il arrive que des interventions chirurgicales nécessaires soient reportées pour des raisons financières. De plus, des enfants sont souvent privés de l'accès à des services dont dépend leur développement, tels que les services offerts pour les enfants atteints d'autisme ou de troubles de développement⁷³. Enfin, dans la crainte permanente d'être dénoncés, les parents au statut migratoire irrégulier préfèrent ne pas s'informer sur les soins de santé offerts aux enfants nés au Canada, et décident parfois de ne pas amener leurs enfants aux services de santé lorsque cela est pourtant nécessaire⁷⁴. De plus, les MSP doivent assumer les frais nécessaires pour avoir accès aux vaccins pour leur enfant⁷⁵ alors que la vaccination est un dispositif important pour la santé à long terme de celui-ci.

2. Les paradoxes qui entourent l'accès aux soins de santé

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, comme nous venons de le démontrer, 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 gouvernement et les mécanismes réellement mis en place. Dans le Plan d'action du Québec pour les enfants « Un Québec digne de ses enfants »⁷⁶ l'emphase 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 »⁷⁷.

Le Québec insiste alors sur les différentes mesures à prendre, tels que la promotion et la prévention dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants⁷⁸. De la même manière, au centre de sa politique, figure 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 vulnérables »⁷⁹. 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 un gouffre 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,

70 Anita Gagnon et al., « International Migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by migration class » (2012) 76 *Social science and medicine* à la p 198.

71 *Ibid.*

72 Dans le cas C.M.M., la requérante fait référence à son faible revenu et qu'elle ne peut pas procurer une assurance à son fils pour des soins de santé. C.M.M., *supra* note 20 au para 3.

73 *Ibid.*

74 Sandra Elgersma, « Le statut d'immigration et le droit reconnu par la loi à des services de santé assurés », 2008, en ligne : Bibliothèque du Parlement <<http://www.parl.gc.ca>> à la p 10.

75 Médecins du Monde, Lettre ouverte du Dr Nicolas Bergeron. Droit à la santé des enfants au Canada : au nom de la cohérence, 2014.

76 Gouvernement du Québec, « Un Québec digne de ses enfants. Le plan d'action pour les enfants » 2004, en ligne : <<http://www.mfa.gouv.qc.ca>> à la p 25.

77 *Ibid.*

78 *Ibid.*

79 *Ibid.*

tout en contribuant à assurer l'égalité sociale entre les familles⁸⁰. La qualité des habitudes de vie, notamment en ce qui concerne l'alimentation est mise de l'avant⁸¹. De la même façon, la politique de périnatalité insiste sur l'importance de la vaccination chez les nouveaux nés et les enfants⁸². Les intervenants sont donc encouragés à promouvoir constamment ce genre de mesures préventives⁸³. Enfin, un point concerne spécifiquement les mères immigrantes et notamment celles qui ont un statut de réfugié. Il est explicitement énoncé que ces femmes doivent pouvoir bénéficier d'un « soutien et d'un suivi intenses »⁸⁴. Or, au vu des nombreux constats qui ont été établis par des professionnels de la santé, les MSP ne vivent pas des grossesses que l'on peut qualifier de « sereines ». En effet, le soutien et le suivi est souvent insuffisants.

En plus de mettre en place des politiques nationales concernant la périnatalité, le Canada est également un contributeur déterminant à la réalisation des objectifs du millénaire⁸⁵. Concernant l'aide internationale, il 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 monde⁸⁶. 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 maternelle⁸⁷. Il s'agit d'une initiative majeure dans la nouvelle priorité du Canada qui consiste à assurer l'avenir des enfants et des jeunes⁸⁸. On constate, dès lors, un fossé entre les objectifs du millénaire prônés par le Canada et les conditions de vie auxquelles doivent faire face des femmes enceintes à l'intérieur de ce pays.

80 Gouvernement du Québec, « Politique de périnatalité (2008-2018). Un projet porteur de vie » 2008, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca>> à la p 3.

81 *Ibid* à la p 12.

82 *Ibid*.

83 *Ibid*.

84 *Ibid* à la p. 23.

85 Agence canadienne de développement international, « Contribution du Canada à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement à l'échelle mondiale » 2010, en ligne : <<http://www.acdi-cida.gc.ca>>.

86 *Ibid*.

87 *Ibid*.

88 *Ibid*.

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

DEUXIEME PARTIE

Des soins de périnatalité
accessibles, acceptables et disponibles
sans discrimination: les standards
internationaux.

Des soins de périnatalité accessibles, acceptables et disponibles sans discrimination: les standards internationaux.

Les engagements du Canada en matière de santé des femmes et des enfants ne sont pas uniquement d'ordre politique. Dans cette deuxième partie, nous tenons à mettre en lumière les standards en vertu du droit international des droits humains qui lient le Canada et qui devraient guider et encadrer la législation interne dans la matière.

Les institutions internationales sont mises en place par les États pour unifier et encadrer des pratiques communes. Pour parvenir à des ententes, les États concluent ensemble des traités et des pactes qu'ils s'engagent à respecter. Parmi ceux-ci, il existe plusieurs traités concernant les droits humains dont certains concernent plus particulièrement le droit à la santé des femmes et des enfants.

A. La protection de la santé des femmes enceintes: un droit fondamental qui se retrouve au centre de nombreuses conventions internationales

En droit international, le principe de l'accessibilité des soins de santé pour tous est fondamental. Les traités internationaux concernant la santé accordent généralement une protection supplémentaire aux personnes placées en situation de vulnérabilité, notamment les femmes et les enfants.

La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)⁸⁹ souligne l'importance de la santé pour tous, et plus encore celle des femmes et des enfants en reconnaissant que « la maternité et l'enfance ont droit à une assistance spéciale »⁹⁰. La Déclaration a permis l'élaboration d'instruments juridiques contraignants, dont le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)⁹¹. Les États parties, dont le Canada, reconnaissent le droit que possède toute personne « de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »⁹². De plus, les États s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour diminuer la mortalité infantile et pour assurer le développement sain de l'enfant⁹³. Bien que les États s'entendent généralement sur l'importance d'assurer la jouissance effective du droit à la santé, la mise en œuvre des obligations étatiques y correspondant est loin d'être uniforme. Néanmoins, tous les États sont obligés de prendre des mesures pour que les soins de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et fournis sans discrimination⁹⁴.

89 Déclaration universelle des droits de l'homme, Rés AG 217 (III), Doc off AG NU, 3e session, supp n°13, Doc NU A/810 (1948) 71, [DUDH].

90 *Ibid.*

91 Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1966, 993 RTNU 3 (entrée en vigueur: 3 janvier 1976), [PIDESC].

92 *Ibid.*, art 12(1).

93 *Ibid.*, art 12(2)(a).

94 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14 : Le droit du meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Doc off CERD NU, 22^e sess, Doc NU E/C.12/2000/4 (2000) au para 24 [*Comité DESC, Observation générale 14*].

1. Le droit à la santé des femmes et leurs besoins spécifiques

Il existe un certain consensus de la part des États en faveur d'une meilleure protection de la santé des femmes. Bien que le droit à la santé des femmes a longtemps été interprété trop strictement en faisant référence uniquement au droit à la vie⁹⁵, il doit dorénavant être abordé dans une perspective globale. Rebecca Cook affirme que le droit à la santé des femmes inclut le droit à l'accès aux soins de santé et aux avantages du progrès scientifique⁹⁶. Il intègre notamment le droit des femmes d'être affranchies de toutes les formes de discrimination, leurs droits relatifs à la liberté et à l'autonomie individuelle et le droit à l'information et à l'éducation.

Parce qu'elles seules peuvent enfanter, la santé maternelle est un aspect spécifique de la santé des femmes. Par exemple, lorsqu'il se penche sur le droit à la santé, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC) estime que la mortalité infantile passe nécessairement par la protection du droit à la santé des femmes. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)⁹⁷, qui traite spécifiquement des besoins particuliers des femmes, atteste que les États doivent fournir des « services appropriés et, au besoin, gratuits aux femmes » pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement « ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement »⁹⁸. Afin d'assurer le droit à la santé des femmes, l'État doit adapter les soins fournis aux besoins de celles-ci⁹⁹. Par conséquent, il doit intégrer une démarche « sexospécifique », qui consiste à évaluer l'impact que ces mesures auront sur la santé des femmes¹⁰⁰.

2. Des soins acceptables, accessibles, disponibles et offerts sans discrimination

L'État a une obligation positive de garantir les droits prévus par les traités qu'il a ratifiés. Dans le contexte du droit à la santé, ceci signifie de fournir des soins de santé qui rencontrent les standards du droit international. Ces soins doivent être acceptables, accessibles, disponibles et offerts sans discrimination¹⁰¹.

On entend par soins acceptables, tout d'abord des soins et des médicaments de bonne qualité, administrés par du personnel qualifié. De plus, les soins doivent être dispensés dans le respect de la culture des individus. Pour être acceptables, ils doivent aussi prendre en compte les spécificités de chaque sexe et s'assurer de respecter la confidentialité¹⁰².

Pour que des soins soient accessibles, ils doivent l'être physiquement et économiquement. L'accessibilité physique implique que l'individu doit pouvoir se rendre de manière sécuritaire aux installations requises pour recevoir des services de santé, et ce, peu importe son origine ethnique, son sexe ou sa condition médicale. Ces soins doivent être d'un coût abordable pour tous, y compris les groupes socialement défavorisés¹⁰³. Ainsi, lorsque des personnes sont frappées de façon disproportionnée par les coûts des soins de santé, ces soins ne sont pas considérés comme étant accessibles. Enfin, il doit être possible de s'informer et de recevoir des informations sur les soins, pour que ceux-ci soient considérés comme accessibles.

95 *Ibid.*

96 COOK, R.J, (1994) « La santé des femmes et les droits de l'individu », Organisation mondiale de la santé Genève, Genève [COOK R.J].

97 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 18 décembre 1979, 1249 RTNU 13 (entrée en vigueur : 3 décembre 1981), art 12 [CEDEF].

98 *Ibid.*, art 12(2).

99 *Ibid.*, art 10.

100 *Comité DESC, Observation générale 14*, supra note 94 au para 20.

101 *Ibid.*, au para 12.

102 *Ibid.*

103 *Ibid.*, au para 12 iii).

Afin que les soins soient disponibles, il convient qu'il y ait un nombre suffisant d'établissements de santé ainsi que suffisamment de personnel médical qualifié pour rendre les services. De plus, les médicaments nécessaires aux soins doivent être disponibles en quantité suffisante et les installations doivent être salubres tout en ayant un accès à l'eau potable¹⁰⁴.

Finalement, les soins doivent être offerts sans discrimination. Ainsi, « les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés »¹⁰⁵. Il existe un double lien entre la discrimination à l'égard des femmes et leur droit à la santé. D'une part, pour éradiquer la discrimination à l'égard des femmes, promouvoir leur droit à la santé est essentiel. D'autre part, la discrimination à l'égard des femmes nuit directement à l'exercice de leur droit à la santé¹⁰⁶.

3. Exemples de mesures à adopter pour assurer le respect au droit à la santé des femmes

Plusieurs principes régissent la promotion et la protection de la santé des femmes. De nombreuses mesures doivent être prises par l'État, concernant l'état de santé des femmes, les soins de santé ou le bien-être de ces dernières¹⁰⁷.

Tout d'abord, il est important de déterminer les conséquences que les actes médicaux peuvent avoir sur les femmes. De même, il convient d'améliorer la recherche sur les besoins des femmes en matière de santé. Dans cette mesure, les politiques de santé doivent tenir compte des progrès scientifiques et techniques¹⁰⁸. De plus, il est nécessaire que le personnel de chaque service de santé traite chaque femme avec dignité et respect. Cela nécessite notamment de communiquer aux femmes les informations requises afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées quant aux soins qu'elles vont accepter. Leur intimité et la confidentialité doivent aussi être respectées. Finalement, faire en sorte que le bien être de chaque femme soit respecté contribue indirectement à préserver sa santé. Ainsi, il est également important qu'elles soient reçues dans un environnement propre et sécuritaire¹⁰⁹.

B. La protection du droit à la santé de l'enfant en droit international

Le Canada a l'obligation de respecter les droits de l'enfant tels que reconnus dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)¹¹⁰. Cette convention reconnaît le droit à la santé¹¹¹ ainsi que le droit de bénéficier de la sécurité sociale¹¹² pour les enfants. Par conséquent, le Canada doit respecter les droits protégés par cette convention et en garantir le libre exercice pour tous les enfants sous sa juridiction et ce, sans exception et sans distinction aucune¹¹³.

1. La santé de l'enfant: une importance capitale pour son développement

Selon le droit international, la santé de l'enfant nécessite une protection spéciale de la part des États. D'abord, l'enfant se trouve en situation de vulnérabilité et de dépendance face à ses parents. Le Comité des droits de l'enfant estime que les enfants dont la situation familiale est socio-économiquement précaire, ainsi que les

104 *Ibid.*

105 *Ibid.*

106 *Comité DESC, Observation générale 14, supra note 94 au para 21.*

107 *COOK, R.J, supra note 97 à la p 47.*

108 *Ibid* à la p 47-48.

109 *Ibid* à la p 48.

110 *Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1577 RTNU 3 [Ratifiée par le Canada le 13 décembre 1991][CDE].*

111 *Ibid*, à l'art 24.

112 *Ibid*, à l'art 26.

113 *Ibid*, à l'art 2.

enfants de familles migrantes sont des groupes particulièrement vulnérables¹¹⁴. D'autre part, la santé de l'enfant est d'une importance capitale pour assurer son développement ainsi que sa croissance. La nécessité de protéger spécifiquement les droits de l'enfant est réaffirmée dans le Préambule de la CDE, qui prévoit que: « [L]’enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d’une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d’une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance »¹¹⁵.

La santé de l'enfant est particulièrement vulnérable dans les premiers mois suivant sa naissance. En effet, c'est durant cette période que le risque de décès est le plus élevé. Le manque de maturité physique de l'enfant le place dans une position de faiblesse face aux infections et aux problèmes liés à la malnutrition¹¹⁶. Les soins néonataux sont donc très importants pour l'enfant. Ceci étant dit, dans la mesure où un individu est considéré comme un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans selon la CDE¹¹⁷, la protection de la santé de l'enfant doit se poursuivre au-delà des soins néonataux. Cette protection est capitale puisque la santé de l'enfant peut avoir des répercussions sur sa santé à long terme. En ce sens, il est primordial que l'enfant ait accès à des soins de santé tout au long de son développement et de sa croissance¹¹⁸.

L'enfant est également dépendant de la situation socio-économique de ses parents ou de la personne ayant sa charge. Cette situation peut altérer l'état de santé des enfants de mères MSP qui subissent les conséquences dues à une situation précaire¹¹⁹. C'est pourquoi la CDE consacre un article à la protection de la santé de la mère lors de sa grossesse en indiquant qu'il est important d' «assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés »¹²⁰.

2. Le droit de l'enfant à l'accès à des soins de santé: un droit global

Dans la CDE, le droit à la santé est perçu comme un droit global¹²¹. Il comprend le droit de recevoir des soins, ainsi que les services de prévention, de promotion et de réadaptation de la santé. Ainsi, le droit à la santé comprend aussi « le droit pour l'enfant de grandir et de se développer au maximum de son potentiel et de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir du meilleur état de santé possible grâce à la mise en œuvre de programmes qui s'attaquent aux déterminants fondamentaux de la santé »¹²². De plus, la réalisation du droit à la santé est nécessaire à la jouissance des autres droits garantis par la CDE¹²³, tel que le droit à la vie et au développement de l'enfant¹²⁴.

La protection du droit à la santé des enfants inclut l'obligation de l'État de fournir des soins préventifs. Par la prévention, la CDE entend notamment le partage d'informations concernant la santé des enfants¹²⁵. Par exemple, l'article 24 de la CDE énonce que l'État doit « faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant [...] »¹²⁶ et doit

114 Comité des droits de l'enfant, *Observation générale no 7 : Mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance*, Doc off CRC NU, 4^e sess, Doc NU CRC/C/GC/7/Rev.1 (2005) au para 24 [CDE, *Observation générale no 7*].

115 CDE, *supra* note 110, préambule.

116 Carole Dupouey-Dehan, « Le droit à la protection de la santé et à la sécurité sociale » dans Claire Neirinck, Maryline Bruggeman et Guillaume Beaussonie, dir, *La convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) : une convention particulière*, Paris : Dalloz, 2014, 167 à la p 167 [Dupouey-Dehan].

117 CDE, *supra* note 110, art 1.

118 Dupouey-Dehan, *supra* note 116 à la p 170.

119 *Ibid* à la p 171.

120 CDE, *supra* note 110, art 24(d).

121 Comité des droits de l'enfant, *Observation générale no 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24)*, Doc off CRC NU, Doc NU CRC/C/GC/15 (2013), introduction [CDE, *Observation générale no 15*].

122 *Ibid*.

123 *Ibid*, partie II(A).

124 CDE, *supra* note 110, art 6.

125 Dupouey-Dehan, *supra* note 118 aux pp 177-78.

126 CDE, *supra* note 110, art 24(2)(e).

« développer les soins préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale »¹²⁷. Les soins préventifs comprennent aussi l'adoption de mesures et de stratégies par l'État pour réduire les principaux problèmes de la santé¹²⁸.

3. Le droit à la sécurité sociale: un droit complémentaire à la santé

Le droit à la sécurité sociale est un prolongement du droit à la santé dans la mesure où certains parents n'ont pas les ressources nécessaires permettant à leurs enfants d'accéder à des soins de santé. Il doit donc y avoir « un dispositif de prise en charge sociale des soins par le biais de la sécurité sociale »¹²⁹. Selon l'article 26 de la CDE, le Canada doit reconnaître à tous les enfants sous sa juridiction « le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et [prendre] les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec [sa] législation nationale »¹³⁰. De plus, l'attribution de la sécurité sociale doit prendre en compte la situation socioéconomique de l'enfant ainsi que son contexte familial¹³¹. Par conséquent, l'attribution de l'assurance maladie à tous les enfants canadiens est primordiale pour la réalisation de leur droit à la santé.

4. L'obligation de respecter l'intérêt supérieur de l'enfant

En ratifiant la CDE, le Canada a accepté l'obligation de respecter l'intérêt supérieur de l'enfant tel qu'énoncé dans l'article 3. Ainsi, pour l'ensemble des décisions, actes ou mesures administratives, l'État doit systématiquement évaluer quelles seront les conséquences sur les droits de l'enfant¹³². Afin de respecter ce principe, l'État doit en tenir compte systématiquement dans toutes les décisions pouvant affecter les enfants en tant qu'individus et en tant que groupe¹³³. L'intérêt supérieur de l'enfant est défini « compte tenu de ses besoins physiques, affectifs, sociaux et éducatifs, de son âge, de son sexe, de ses relations avec ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, et de son milieu familial et social et après avoir pris ses opinions en considération [...] »¹³⁴. Le caractère général de ce principe s'applique spécifiquement aux décisions ou mesures administratives concernant la santé et le développement de l'enfant. Cela comprend également l'allocation de ressources, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de mesures pouvant avoir des conséquences directes ou indirectes sur la santé de l'enfant¹³⁵. Il est important de souligner que la notion d'intérêt supérieur s'applique de façon individuelle. Ainsi, l'État doit prendre en considération la situation particulière de chaque enfant ainsi que son degré de vulnérabilité « en réexaminant régulièrement sa situation et des aménagements raisonnables étant recommandés tout au long du processus de développement de l'enfant »¹³⁶.

127 *Ibid*, art 24(2)(f).

128 CDE, *Observation générale no 15*, *supra* note 121, partie III.

129 Dupouey-Dehan, *supra* note 116 à la p 176.

130 CDE, *supra* note 110, art 26(1).

131 *Ibid*, art 26(2).

132 *Ibid*, art 3(1).

133 CDE, *Observation générale no 14*, *supra* aux para 1 et 14 a)

134 CDE, *Observation générale no 15*, *supra* note 121, partie II (C).

135 *Ibid*.

136 CDE, *Observation générale no 14*, *supra* note 110 aux para 76-77.

C. Zoom sur les bonnes pratiques à l'étranger

Plusieurs États s'illustrent par des politiques et des pratiques qui maximisent le respect du droit à la santé pour tous et toutes. Nous nous pencherons donc sur quelques-unes de ces pratiques dont le Canada pourrait s'inspirer afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des femmes MSP et de leurs enfants.

L'Espagne couvre les soins de santé pour tous les immigrants y compris ceux qui sont non-documentés¹³⁷. Elle est une pionnière en ce qui concerne l'accès aux soins périnataux pour les femmes MSP. En effet, c'est le seul pays qui donne accès gratuitement, entièrement et sans condition à ces soins, peu importe le statut migratoire de la personne¹³⁸. Alors que les MSP doivent remplir certaines formalités pour accéder aux soins de santé au même titre que les nationaux, ces exigences sont abolies pour les femmes enceintes et leurs enfants afin de s'assurer qu'ils bénéficient des soins maternels et reproductifs adéquats¹³⁹. De la même manière, la loi sur l'assurance médicale d'Israël couvre tous les citoyens israéliens ainsi que tous les enfants se trouvant à l'intérieur du territoire peu importe leur origine¹⁴⁰. En ce sens, ces derniers ont accès gratuitement aux soins de santé.

En France, il existe plusieurs programmes qui permettent l'accès aux soins de santé des femmes MSP et de leurs enfants. De manière générale, le fait de démontrer qu'on habite depuis plus de trois mois en France, même en situation irrégulière, permet d'avoir accès aux soins. De plus, pour les personnes qui sont dans l'impossibilité de démontrer ces trois mois de résidence sur le territoire français, il existe quand même une possibilité d'avoir accès gratuitement aux soins nécessaires à travers les Programmes d'accès aux soins pour des personnes vulnérables (PASS)¹⁴¹.

L'Argentine s'illustre particulièrement quant au respect des droits des personnes migrantes. En plus de refuser de déporter les personnes immigrantes au statut irrégulier en provenance des pays limitrophes, l'Argentine « donne à toutes les étrangères et les étrangers le droit à la santé et à l'éducation, indépendamment de leur statut migratoire »¹⁴².

137 Conor Gaffey, « Free Healthcare Reinstated for Illegal Immigrants in Spain », 1er avril 2015, en ligne : <<http://www.newsweek>>

138 FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne 2012, aux pp 26-27.

139 FRA European union agency for fundamental rights, L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 états membres de l'Union européenne, 2011 aux pp 22 et 27.

140 Talha Burki, « Israeli clinic provides lifeline for refugees », The Lancet 385 (11 avril 2015) 1384 à la p 1384.

141 « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ». Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) » en ligne : <<http://www.sante.gouv.fr>>

142 N. Zamberline, « La migration sud-sud et l'accès aux soins de santé : Le cas de l'immigration d'un pays contigu en Argentine », présentation au séminaire sur la migration et le développement; Plateforme pour la population et le développement, Bruxelles, 13 mars 2006)

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

CONCLUSION


Force est de constater l'ampleur du problème concernant l'accès aux soins de santé des femmes MSP et leurs enfants. L'un des principaux obstacles repose sur le fait que l'accès aux soins de santé des femmes MSP est rattaché à leur statut migratoire. Le gouvernement canadien reconnaît l'importance des soins périnataux pour la santé des mères et des enfants ; pourtant, ces statuts entravent ou empêchent l'accès de certaines de ces femmes aux soins périnataux. À cela s'ajoutent de nombreux obstacles de nature administrative, financière et culturelle qui en limitent davantage l'accès au Québec. Les femmes non couvertes par la RAMQ sont notamment confrontées à l'arbitraire entourant les coûts de ces soins. Il en résulte une injustice notoire, ainsi qu'un flou dans l'anticipation des frais qu'elles auront à payer, ce qui ajoute un stress supplémentaire dans une phase clé de la vie d'une femme.

Le manque d'accès aux soins périnataux peut entraîner des effets néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant. Plusieurs femmes MSP sont contraintes de renoncer à un suivi médical optimal, alors que d'autres n'auront pas de suivi du tout. De la même manière, certains enfants nés de parents MSP sur le territoire canadien n'ont pas droit à la même couverture médicale que les enfants de parents ayant la nationalité canadienne.

Il en résulte que les politiques du Canada s'écartent des standards internationaux en matière de santé, tels que le droit à la santé pour tous et toutes, la nécessité d'une protection spéciale pour les enfants et les femmes et le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant. Cette inégalité flagrante dans l'accès aux soins périnataux des femmes MSP et de leurs enfants peut avoir des conséquences néfastes sur le développement des enfants et relègue de facto ces femmes et leurs enfants au rang de personnes de deuxième classe.

L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?

RECOMMANDATIONS

- 
- Couvrir gratuitement la totalité des soins périnataux pour toutes les femmes migrantes à statut précaire indépendamment de leur statut migratoire.
 - Harmoniser les coûts des soins de santé pour les personnes non couvertes afin qu'ils soient les mêmes que ceux remboursés par la RAMQ.
 - Alléger les procédures administratives pour le remboursements des soins liés à la grossesse.
 - Faciliter l'accès à l'information concernant l'accès aux soins de santé et à la RAMQ.
 - Faciliter l'accès à la RAMQ pour les enfants nés au Canada en cessant d'associer le statut de ces enfants à celui de leurs parents.
 - Éliminer le délai de carence des enfants pour accéder à la RAMQ