



LE PROJET DE LOI 83
LOI CONCERNANT PRINCIPALEMENT L'ADMISSIBILITÉ AU
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ET AU RÉGIME GÉNÉRAL
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DE CERTAINS ENFANTS DONT
LES PARENTS ONT UN STATUT MIGRATOIRE PRÉCAIRE

Mémoire présenté par Médecins du Monde Canada à la Commission de
la santé et des services sociaux du Québec



Consultations particulières ; audience publique le 14 avril 2021 à 14h30

Contact : Nadja Pollaert, Directrice générale
nadja.pollaert@medecinsdumonde.ca

VOUS DITES :
C'est fatigant de fréquenter les enfants.
Vous avez raison.
Vous ajoutez :
Parce qu'il faut se baisser, s'incliner,
Se courber,
Se faire tout petit.
Là, vous avez tort,
Ce n'est pas cela qui fatigue le plus,
C'est le fait d'être obligé de s'élever,
De se mettre sur la pointe des pieds
Jusqu'à la hauteur de leurs sentiments,
Pour ne pas les blesser.

Janusz Korczak

Pédagogue assassiné à Treblinka en 1942

Remerciements

Médecins du Monde tient à exprimer toute sa gratitude aux nombreux bénévoles exerçant diverses professions médicales ou psychosociales, qui œuvrent avec rigueur et dévouement pour veiller à ce que les personnes les plus vulnérables aient accès à des soins de santé primaires de qualité.

De plus, Médecins du Monde voudrait souligner la contribution inestimable de tous les membres de son Groupe de travail plaidoyer, qui rassemble des personnes partageant les valeurs de Médecins du Monde et souhaitant faire la promotion de la défense du droit à la santé pour tous, et en particulier des migrants à statut précaire.

Un merci particulier à :

Marisa Berry Méndez - Responsable des campagnes, Amnistie internationale Canada francophone

Evelyn Calugay – Coordinator PINAY

Janet Cleveland PhD – Chercheuse, Institut universitaire SHERPA

Arielle Corobow - Avocate

Stephanie Coronado-Montoya - Étudiante au doctorat en sciences biomédicales, Université de Montréal

Pearl Eliadis Me - Avocate et professeur auxiliaire à la Faculté de droit, Université McGill

Julie Gibelli - PhD en écologie comportementale

Lindsay Larios PhD - Concordia University

Marianne Leane-Welt - Travailleuse sociale, Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI)

Annie Liv - Physiothérapeute, candidate à la maîtrise de bioéthique, École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPU)

Manel Sadouni - Étudiante au Doctorat en Sciences Biomédicales, Université de Montréal

Deborah Schoen - Accompagnante à la naissance

Samir Shaheen-Hussain - Pédiatre urgentiste et professeur adjoint, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill

Dr Lahoud Touma Dr

Minh Lien Trinh - B. Sc. Inf.

Cory Verbauwheide – Avocat, Grenier Verbauwheide Avocats

Emily Wu - Étudiante en médecine, Université McGill

Sommaire des recommandations

Considérant que la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 qui a été ratifiée par le Canada en date du 13 décembre 1991 et à laquelle s'est déclaré lié le Québec en 1991 souligne l'importance des droits inhérents de l'enfant et établit le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant comme une considération primordiale dans toutes les décisions qui le concernent (dans ce contexte, l'autonomie de l'enfant comme titulaire de ses propres droits est un principe fondamental de la Convention, qui souligne également le droit d'accès aux soins de santé pour tous les enfants) ;

Considérant que la Charte des droits et libertés de la personne (Charte québécoise) et la Charte canadienne des droits et libertés protègent toutes deux le droit de ces enfants d'être traités sans discrimination, ce qui inclut le droit d'être traités comme tous les autres enfants canadiens, sans égard au statut migratoire de leurs parents ;

Considérant que le Canada a ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en 1976, s'engageant ainsi à prendre des mesures pour créer des conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale ;

Médecins du Monde recommande que toute procédure administrative concernant l'admissibilité des enfants vivant au Québec au régime public d'assurance maladie se base sur le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant ainsi que sur l'autonomie de l'enfant comme titulaire de ses propres droits. De même, les documents exigés au cours de la procédure doivent se limiter aux documents relatifs à l'enfant, notamment son certificat de naissance.

Plus précisément, Médecins du Monde recommande les mesures suivantes dans le cadre de la modification de la loi prévue par le PL 83 :

1. Enfants nés au Québec

Médecins du Monde recommande que l'accès au régime public d'assurance maladie soit octroyé automatiquement à tout enfant né au Québec, et ce, dès sa naissance, sans égard à son statut migratoire ou à celui de ses parents.

2. Enfants nés hors Québec

2.a) Médecins du Monde recommande qu'un accès au régime public d'assurance maladie, sans délai de carence, soit accordé à tous les enfants vivant au Québec sans égard à leur statut migratoire ou à celui de leurs parents.

2.b) Médecins du Monde recommande, pour les enfants nés hors Québec vivant en permanence avec des parents (ou un tuteur) qui ont le statut de résident, de délaisser le critère selon lequel ces enfants doivent avoir vécu depuis leur naissance avec leurs parents pour être admissibles au régime public d'assurance maladie.

3. Couverture de santé pour les femmes enceintes

Médecins du Monde recommande qu'une protection spéciale soit accordée aux femmes enceintes au statut migratoire précaire, et notamment qu'elles aient l'accès aux soins de santé pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum (pour une période de 42 jours après l'accouchement).

4. Le respect de la confidentialité

Médecins du Monde appuie la recommandation n° 3 du Rapport du Protecteur du citoyen concernant la confidentialité des informations transmises dans le cadre des demandes d'accès au régime public de soins de santé.

5. Information et communication des changements apportés

Médecins du Monde recommande que la RAMQ affirme publiquement son adoption de telles mesures et leur mise en œuvre, qu'elle communique cette décision à l'ensemble des professionnels de la santé et qu'elle veille à ce que ceux-ci soient informés des nouvelles mesures et à ce que les mesures soient appliquées. De même, afin de faciliter l'accès aux soins de santé pour les personnes au statut migratoire précaire, un programme de communication sur les nouvelles mesures, adapté aux différents bénéficiaires en termes de littératie et de langue, devrait être mis en place. Ce programme devrait comprendre des consignes claires destinées à tous les milieux de soins, qu'ils devront afficher publiquement dans un endroit accessible aux bénéficiaires leur droit d'accès au régime public de soins de santé.

6. Contrôle de la mise en œuvre des nouvelles mesures

Médecins du Monde recommande qu'un mécanisme de contrôle soit établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'assurer la mise en œuvre des recommandations et des mesures évoquées ci-dessus.

Contexte et champ de la soumission

Ce mémoire est soumis à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières du projet de loi n° 83 et des auditions publiques du mercredi 14 avril 2021. Compte tenu de son implication centrale dans ce dossier, de sa connaissance approfondie du contexte et de son expertise tant théorique que pratique dans le domaine, Médecins du Monde Canada dépose ce mémoire à la Commission afin de présenter ses analyses et recommandations.

En effet, Médecins du Monde reçoit tous les ans, dans sa Clinique destinée aux personnes migrantes à statut précaire, une cinquantaine d'enfants (dont certains sont nés ici et sont donc canadiens) qui ne bénéficient d'aucune couverture publique de santé en raison du statut migratoire précaire de leurs parents.

Depuis 2016, Médecins du Monde a rencontré à de nombreuses reprises des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour dénoncer cette injustice. Au cours de l'automne 2016, Médecins du Monde a également porté cette situation à la connaissance du bureau du Protecteur du citoyen, qui a, par la suite, ouvert l'enquête ayant donné lieu au rapport spécial de juin 2018¹.

Le 1^{er} juin 2018, Médecins du Monde a également remis, en partenariat avec Amnistie internationale Canada francophone, dans le cadre d'une campagne conjointe, une pétition rassemblant près de 20 000 signatures à l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Gaétan Barrette. Médecins du Monde a enfin collaboré étroitement avec l'Observatoire des tout-petits de la Fondation Lucie et André Chagnon afin de proposer et de constituer un dossier public sur l'accès à la santé des tout-petits et des femmes enceintes de familles migrantes, publié en avril 2019².

Depuis l'annonce, en avril 2019, de la création d'un groupe de travail pour trouver une solution à cette situation, nous avons continué à rencontrer et à informer très régulièrement les responsables de ce dossier au sein du MSSS et de la RAMQ, en coordination avec nos partenaires. Dans ce cadre, nous avons salué le dépôt du projet de loi n° 83 le 10 décembre dernier.

Méthodologie

Ce mémoire s'appuie sur les sources suivantes :

- Travaux universitaires
- Textes législatifs et réglementaires
- Recherches qualitatives et quantitatives
- Rapports institutionnels
- Observations directes

¹ Le Protecteur du citoyen, *Rapport du Protecteur du citoyen : Donner accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*, Québec, 30 mai 2018, disponible en ligne : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/acces-enfants-RAMQ.pdf.

² Observatoire des tout-petits, Fondation Lucie et André Chagnon, *Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes*, 2019, disponible en ligne : <https://tout-petits.org/img/dossiers/migrant/Dossier-Acces-soins-migrants-complet.pdf>.

À propos de Médecins du Monde

Médecins du Monde est un mouvement international comportant 16 délégations réparties sur plusieurs continents, qui œuvrent toutes tant au niveau national qu'international. Au moyen de programmes de santé novateurs et d'un plaidoyer basé sur des faits, Médecins du Monde donne aux personnes et aux communautés exclues la capacité d'agir pour exiger le respect de leur droit à la santé tout en promouvant un accès universel à la santé.

La Clinique de Médecins du Monde destinée aux personnes à statut migratoire précaire dépourvues d'assurance maladie à Montréal, Québec (Canada)

Présente au Canada depuis 1996, l'organisation Médecins du Monde a ouvert en 2011, dans la ville de Montréal, une Clinique de médecine générale de première ligne destinée exclusivement aux personnes migrantes à statut précaire (MSP) qui ne sont pas couvertes par un régime public (fédéral ou provincial) d'assurance maladie ou par une assurance privée.

Les infirmières, les médecins ainsi que les travailleuses et les travailleurs du domaine social et de la santé, dont plusieurs bénévoles, y accueillent, soignent et réfèrent, lorsque c'est possible, des personnes migrantes résidant au Québec, mais dont le statut migratoire ne leur donne pas accès à une couverture médicale et qui n'ont pas les moyens de payer les soins dont ils ont besoin.

La Clinique est ouverte deux journées par semaine pour des consultations sur rendez-vous (les rendez-vous étant exigés en raison de la pandémie de COVID-19³), confidentielles et gratuites. Une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes et à leurs enfants. Cette journée clinique est dédiée au suivi de femmes enceintes et venant d'accoucher, mais permet aussi de traiter des problèmes de santé féminine de façon plus générale et d'offrir des consultations en pédiatrie.

1. Des personnes migrantes à statut précaire exclues du régime québécois d'assurance maladie

Une personne migrante à statut précaire (MSP) est une personne née dans un autre pays, détenant un statut migratoire qui n'est ni permanent ni garanti, ou n'ayant pas de statut établi, et qui, de ce fait, n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie du Québec ni par un programme fédéral. Il ne s'agit donc pas de demandeurs d'asile ou de réfugiés, puisqu'au Canada, ces personnes sont couvertes par un programme fédéral particulier (le PFSI) et/ou le régime d'assurance maladie provincial.

Cette catégorie « par défaut » regroupe une très grande diversité de personnes présentant des statuts et des parcours migratoires variés. Il peut s'agir de personnes en attente d'une réponse après une demande de parrainage par un membre de leur famille ou pour des raisons humanitaires ; il peut s'agir de certains travailleurs temporaires, d'étudiants internationaux, de personnes effectuant une démarche de

³ En temps normal, les consultations sont offertes sans rendez-vous.

réunification familiale, de personnes entrées au pays avec un visa de visiteur ou de personnes en attente du renouvellement ou de la régularisation de leur statut migratoire⁴.

La situation des enfants de ces familles, qu'ils soient nés ou non au Canada, est déjà marquée par des déterminants économiques et sociaux défavorables. Or, les politiques actuellement en place, au lieu de viser à les atténuer, contribuent à les renforcer de manière exponentielle, en entretenant un cercle vicieux de fragilisation et de marginalisation. Médecins du Monde a donc salué le dépôt du projet de loi n° 83 et la volonté exprimée par le gouvernement d'améliorer l'accessibilité au régime d'assurance maladie et au régime d'assurance médicaments de certains enfants vivant au Québec⁵. Médecins du Monde est toutefois préoccupé par le fait que ce projet de loi néglige la situation de certains enfants et introduit de nouvelles procédures administratives, qui représenteraient des obstacles supplémentaires pour certaines familles au statut précaire.

2. Le projet de loi n° 83

En ce qui concerne les soins médicaux et hospitaliers, le projet de loi 83⁶ (PL 83) modifie le statut de « résident » et de « personne qui séjourne au Québec » en vertu de la Loi sur l'assurance maladie⁷ (la LAM), tant pour les enfants nés au Québec que pour les enfants nés hors de la province. Son objectif serait donc d'augmenter le nombre d'enfants susceptibles d'être couverts.

Médecins du Monde salue la volonté du Québec de suivre le modèle de provinces plus inclusives⁸ quant à l'élargissement de la couverture d'assurance maladie sur le plan administratif⁹, ainsi qu'à l'amélioration de son assurance médicaments. Cette décision affectera positivement plusieurs milliers d'enfants, selon le rapport interministériel *Couverture des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire* (2019)¹⁰. Alors que la couverture en matière d'assurance médicaments se limite actuellement à la catégorie des « résidents » au sens de la LAM, le PL 83 ajoute la catégorie des « personnes qui séjournent au Québec » et qui sont des mineurs. Il exempte aussi les mineurs non émancipés de payer les primes pour la couverture d'assurance médicaments.

⁴ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde, *L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec : Mythe ou réalité ?*, juin 2015, p. 5, disponible en ligne : <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2018/02/compressed-5da835d8fd4b89551a8a2267220b52dd.pdf>.

⁵ <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/une-grande-avancee-pour-le-droit-a-la-sante-des-enfants-de-familles-migrantes-au-quebec-853356931.html>

⁶ Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux, *Projet de loi n° 83. Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire*, Assemblée nationale du Québec, 10 décembre 2020, disponible en ligne : <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-83-42-1.html> (« LAM »).

⁷ Loi sur l'assurance maladie, RLRQ c A-29, disponible en ligne : <https://canlii.ca/t/6cdc6>.

⁸ Voir l'annexe 2 du [rapport interministériel](#) (RAMQ, *Couverture des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*, Québec, 5 novembre 2019).

⁹ *Ibid.*, p. 2-3 : « En 2003, la RAMQ a décidé d'élargir la couverture offerte aux enfants nés au Québec de parents inadmissibles ayant déposé une demande de résidence permanente auprès des autorités fédérales de l'immigration. [...] À l'automne 2017, la RAMQ a bonifié la couverture offerte aux enfants nés au Québec lorsque leurs parents bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). »

¹⁰ *Supra*, note 8.

Néanmoins, le PL 83 contient des ambiguïtés et prévoit des exclusions qui, à notre avis, risquent de reproduire certaines iniquités présentes dans la LAM actuellement ou d'en créer de nouvelles. Par exemple, l'exigence d'établir l'intention du nouveau-né dans certains cas est, à notre avis, une aberration. C'est principalement dans l'acte de déterminer cette intention que, selon nous, réside le risque que plusieurs enfants soient laissés pour compte, et plus particulièrement dans le cadre de la déclaration assermentée requise pour établir cette intention.

2.1 Enfants nés au Québec

Pour les enfants nés au Québec, la RAMQ refuse actuellement d'accorder la couverture médicale dès la naissance lorsque l'enfant n'est pas « établi » au Québec, ce qu'elle interprète comme exigeant une preuve du fait que les parents ont un statut à long terme. Il existe des interprétations divergentes de la loi actuelle et la question est présentement devant les tribunaux.

Le PL 83 remplace la notion d'« établissement » par l'exigence de « [démontrer l']intention de demeurer au Québec pour une période de plus de six mois dans l'année suivant la date de [l'inscription au régime] » (nouvel article 2.1 du *Règlement d'admissibilité*). Cette intention doit être démontrée selon des critères définis au nouvel article 15, paragraphe 2.0.1° du *Règlement d'admissibilité* : soit on présente l'autorisation de séjour d'un des parents valide pour plus de six mois, soit on signe une déclaration assermentée concernant son intention, et celle de son enfant, de demeurer au Québec pour plus de six mois dans l'année suivant l'inscription¹¹. Selon le PL, seraient donc généralement couverts, par exemple, les enfants nés au Québec issus de parents détenant un permis d'études ou un permis de travail ouvert, ou dépourvus de statut, mais pas les enfants issus de parents détenant simplement un permis de visiteur (sauf exception rare où celui-ci serait émis pour plus de six mois).

Une question soulevée par cette mesure concerne le cas d'un enfant né au Québec dont l'autorisation de séjour des parents viendrait à expiration moins de six mois après la naissance. Dans ce contexte, il faudrait clarifier la portée de la phrase « en l'absence d'une telle autorisation » dans le nouvel article 15, paragraphe 2.0.1° b) du *Règlement d'admissibilité*. La RAMQ accepterait-elle une déclaration solennelle *en lieu et place* de l'autorisation de séjour détenue par le parent ? L'article n'accorde aucun pouvoir discrétionnaire, mais il n'est pas fait mention de ce qui arriverait si la déclaration assermentée semblait contredire l'autorisation de séjour. Ainsi, même si l'autorisation de séjour n'est pas valide pour la période de six mois à compter de l'inscription, ou si le parent n'a pas l'autorisation de séjour (alors qu'il souhaite rester au Québec), le parent devrait avoir le droit de se prévaloir de la déclaration assermentée afin de déclarer son intention de demander une nouvelle autorisation.

Il serait plus logique d'octroyer automatiquement la couverture à toutes les personnes nées au Québec dès le moment de leur naissance, et que cela devienne une règle générale. Par la suite, évidemment, elles seraient soumises aux mêmes règles concernant la perte de couverture qui s'appliquent à tout le monde. On éviterait ainsi que des enfants ne tombent à travers les mailles du filet.

¹¹ Il est à noter qu'on semble ici vouloir reproduire dans un autre contexte l'exigence générale d'être présent au Québec pour au moins 183 jours par an afin de demeurer un « résident » au sens de la LAM.

2.2 Enfants nés hors Québec

En ce qui concerne les enfants nés hors Québec, l'objectif principal du PL 83 est de rendre admissibles certains enfants en tant que « personne[s] qui séjourne[nt] au Québec », et ce, même si leurs parents détiennent une autorisation de séjour qui ne leur permet pas d'obtenir eux-mêmes ce statut.

Ainsi, pour tous les enfants nés hors Québec, *quel que soit le statut de leurs parents*, on couvrirait désormais, à titre de « personne qui séjourne au Québec », tout enfant non déjà couvert autrement, qui détient une autorisation de séjour de plus de six mois. La date de début de l'autorisation importe peu ailleurs, tant qu'elle est valide au moment de l'inscription. Toute autorisation de séjour valide pour 183 jours ou plus répondra à ce critère. Par conséquent, les enfants nés hors Québec qui détiennent une autorisation de séjour de six mois ou moins, ou qui n'ont aucune autorisation de séjour, ne seront pas couverts. En clair, cette exclusion touche les familles avec un visa de visiteur de six mois ou moins, ainsi que les familles qui n'ont pas de statut officiel. Notons qu'en raison de délais administratifs pour l'octroi ou le renouvellement d'autorisations de séjour, il n'est pas rare que des familles soient temporairement « hors statut ».

Pour le reste, le statut de l'enfant né hors Québec est conforme à celui de ses parents (résidence ou séjour), ce qui laisse pour compte plusieurs catégories d'enfants. Ainsi, l'enfant dépourvu de statut et né hors Québec dont les parents n'ont pas de statut de « résident » en vertu de la LAM ne sera pas couvert.

Actuellement, les enfants nés hors du Québec vivant en permanence avec des parents qui ont le statut de « résident » sont admissibles au régime public (pour autant qu'ils se conforment aux autres critères de l'article 5), mais le PL 83 *ajoute* un critère : ils doivent avoir vécu « depuis leur naissance » avec leurs parents, ce qui exclurait des enfants qui ont été durablement séparés de leurs parents à un moment de leur vie. Il s'agirait donc d'un **rétrécissement** de la couverture pour lequel on ne trouve aucune justification.

Enfin, on tient à souligner que le PL 83 ne modifie pas le délai de carence de trois mois imposé à toutes les personnes nouvellement résidentes au Québec (les femmes enceintes étant une exception prévue par la RAMQ) ainsi qu'à toutes celles qui ont séjourné 183 jours ou plus à l'extérieur du pays. Ce délai de carence entraîne aussi un manque d'accès aux soins de santé pendant cette période, avec toutes les conséquences qui en résultent¹². **Ce frein additionnel fait encore une fois courir des risques inutiles et prolongés à ces enfants, alors qu'ils ont justement besoin de protection et de soins. Compte tenu du fait que plusieurs problèmes de santé infantile sont ponctuels et nécessitent une prise en charge rapide afin d'éviter une détérioration de l'état de santé de l'enfant, le délai de carence contribue à fragiliser la situation des enfants.**

3. Commentaires de Médecins du Monde

3.1 La confidentialité

En vertu de l'article 15, paragraphe 2.01° b) du *Règlement d'admissibilité* tel que modifié par le PL 83, l'une des options envisagées pour pouvoir inscrire un nouveau-né à la RAMQ est que le parent produise

¹² *Règlement d'admissibilité*, art. 4 et suivants.

une déclaration assermentée « démontrant son intention et celle de cet enfant de demeurer au Québec pour une période de plus de six mois dans l'année suivant la date de l'inscription de l'enfant ».

Nous avons principalement noté des problèmes de confidentialité reliés à la déclaration assermentée, qui pourraient dissuader une personne d'inscrire son enfant par crainte de communiquer des renseignements privés au gouvernement, et ce, en dépit de l'admissibilité de l'enfant au régime de santé public. En effet, les personnes s'inscrivant dans les catégories couvertes par le nouvel article 15, paragraphe 2.0.1° b) du *Règlement d'admissibilité* (déclaration assermentée) sont justement les personnes aux statuts les plus précaires, et pour qui une éventuelle dénonciation aux autorités fédérales de l'immigration pourrait mettre en péril leur capacité de rester au Canada en les exposant, par exemple, au risque d'expulsion du pays.

Malheureusement, il y a tout lieu de croire que les parents dépourvus de statut sont réticents à l'idée de produire une telle déclaration assermentée, par crainte que les renseignements nominatifs contenus dans la déclaration – leurs nom et adresse – puissent être transmis à l'Agence des services frontaliers du Canada, ce qui leur ferait courir le risque d'un renvoi. Selon une étude menée à Montréal en 2016-2017 auprès de plus de 800 migrants dépourvus d'assurance médicale, 22 % de ces migrants préféraient ne pas consulter de médecin lorsqu'ils avaient des problèmes de santé de peur que cela puisse avoir un impact négatif sur leur statut migratoire¹³. Médecins du Monde observe qu'il existe, chez les personnes en situation irrégulière, une véritable culture de la peur des agents de l'immigration et des institutions. Les recherches de Médecins du Monde démontrent à ce propos que certains hôpitaux ont déjà menacé de dénoncer des personnes migrantes à statut précaire auprès des services de l'immigration¹⁴. De même, un processus de vérification de l'admissibilité entrepris par un agent de la RAMQ peut aboutir à une décision de renvoi. Les parents au statut migratoire irrégulier préfèrent donc ne pas s'informer des soins de santé offerts à leurs enfants, même s'ils y ont droit, et se voient contraints de renoncer à des services de santé qui leur seraient pourtant indispensables.

La Protectrice du citoyen avait d'ailleurs évoqué ce problème et avait recommandé « que la Régie de l'assurance maladie du Québec prenne les mesures nécessaires afin que les informations transmises dans le cadre des demandes d'accès au régime public demeurent strictement confidentielles et soient utilisées uniquement aux fins de l'admissibilité d'un enfant à la couverture de l'assurance maladie du Québec¹⁵ ».

Nous appuyons fortement cette recommandation de la Protectrice du citoyen, puisque nous croyons qu'elle est essentielle afin de faire en sorte que les enfants nés au Québec de parents dépourvus de statut migratoire puissent véritablement accéder à la couverture de la RAMQ.

À notre avis, la RAMQ a de toute façon l'obligation légale de protéger le droit à la vie privée de toutes les personnes sur lesquelles elle détient des renseignements nominatifs, y compris des personnes

¹³ Valérie Ridde *et al.*, « Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada », *Global public health*, 2020, 15(11), p. 1603-1616, disponible en ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1771396>.

¹⁴ Médecins du Monde, *État de la situation, Projet « Outreach » de Médecins du Monde en prévention des ITSS chez les populations migrantes à statut précaire*, 2014, p. 25.

¹⁵ Le Protecteur du citoyen, *Rapport du Protecteur du citoyen : Donner accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*, Québec, 30 mai 2018, p. 15, disponible en ligne : https://protecteurducitoyen.gc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/acces-enfants-RAMQ.pdf.

dépourvues de statut. La RAMQ a le devoir de ne pas divulguer les renseignements personnels qu'elle possède, sauf à de très rares exceptions qui n'incluent pas le statut migratoire d'un individu¹⁶.

Pour faire en sorte que les parents dépourvus de statut inscrivent leur nouveau-né à la RAMQ sans crainte d'être dénoncés et de risquer le renvoi, il serait essentiel que la RAMQ affirme publiquement qu'elle ne transmettra pas les informations les concernant à l'Agence des services frontaliers du Canada et qu'elle protégera la confidentialité de ces renseignements comme pour tout autre assuré de la RAMQ.

3.2 La précarité et la marginalisation des familles

Dépourvus de couverture publique de santé ou d'assurance privée, les parents doivent donc payer pour chaque acte médical dont eux-mêmes ou leurs enfants ont besoin, et ce, même pour les soins d'urgence¹⁷.

Or, certains médecins et hôpitaux leur appliquent alors des tarifs beaucoup plus élevés que ce qui est normalement exigé¹⁸. Cette pratique est notamment encouragée par une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux imposant **de facturer les soins avec une surcharge pouvant aller jusqu'à 200 % du tarif établi pour les personnes non couvertes par la RAMQ**¹⁹.

En l'absence d'assurance maladie, ces enfants n'ont en effet pas accès aux soins de santé de routine et de prévention dont ils ont besoin pour grandir en dans les meilleures conditions. Les problèmes de santé des enfants peuvent s'aggraver rapidement et mener à des complications dues à un accès retardé aux soins²⁰. Une étude menée en 2011 aux États-Unis révèle que les délais d'accès à une assurance maladie pour les

¹⁶ LAM, L.Q, 1999, art. 63 : « Les membres, les fonctionnaires et les employés de la Régie, de même que les membres et les employés d'un comité de révision constitué en vertu de l'article 41 et d'un conseil d'arbitrage visé à l'article 54 ne doivent pas révéler, autrement que suivant l'article 283 du Code de procédure civile (chapitre C-25.01), un renseignement obtenu pour l'exécution de la présente loi. » Voir aussi art. 64 de la LAM ; art. 283 du Code de procédure civile ; art. 5 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ; art. 3 et 35 à 37 du Code civil du Québec ; art. 19 et 19.0.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ; art. 53, 59, 60 et 65.1 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

¹⁷ Si la déontologie médicale oblige le personnel soignant à prendre en charge ces enfants en cas d'urgence, leurs parents devront tout de même assurer le paiement des frais relatifs aux actes médicaux *a posteriori*.

¹⁸ Les recherches de Médecins du Monde révèlent que, pour un même acte médical, les tarifs demandés aux personnes MSP étaient de 2 à 3 fois plus élevés que ceux demandés à la RAMQ pour un patient couvert. Médecins du Monde et le Comité sur la facturation des actes médicaux pour les migrants à statut précaire, *Rapport et recommandations sur la surfacturation*, 4 novembre 2015.

¹⁹ Circulaire 18.08.2014 de la Direction de la santé.

²⁰ Sonia Kuile *et al.*, « The Universality of the Canadian Health Care System in Question: Barriers to Services for Immigrants and Refugees », *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2007, 3 : 1, p. 15-26, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1108/17479894200700003>.

enfants de 0 à 5 ans ayant des besoins spéciaux entraînent un risque élevé de besoins non satisfaits et 2,1 fois plus de risques de rester à l'hôpital au-delà de la durée normale²¹.

L'absence de couverture médicale a également un impact psychologique important du fait du stress et de la précarité qu'elle génère. Ces enfants sont privés d'accès à des services dont dépend leur développement, tels que les services offerts pour les enfants atteints d'autisme ou de troubles du développement²².

En tant que pédiatres, notre responsabilité est de veiller à ce que tous les enfants aient accès à des soins de base ou encore puissent être soignés au meilleur de nos capacités. Pour nous, il est impossible de refuser des soins lorsque nous rencontrons un enfant ou ses parents, et nous sommes très dépourvus quand il s'agit de les examiner et de les traiter à cause du manque de moyens diagnostiques et thérapeutiques. On a parfois à prendre des décisions sans examens ni certitudes diagnostiques et le risque d'erreur de traitement augmente de façon significative. L'incertitude des parents qui doivent se battre et payer des frais exorbitants pour soigner leurs enfants crée une anxiété qui a ultimement un impact sur le bien-être de nos petits patients. En tant que médecins, nous tenons à insister sur l'importance de détruire toutes les barrières d'accès aux soins, car nous constatons souvent une dégradation de l'état des enfants parce que nous n'avons pas pu intervenir assez tôt. En effet, le fait de tarder à consulter peut aggraver la situation et être délétère pour l'enfant. (Dr Selim Rashed, pédiatre, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Professeur agrégé en pédiatrie, Université de Montréal CUSUM, Professeur adjoint médecine tropicale, Université McGill ; Tinh-Nhan Luong MD, FRCPC, Pédiatre, Professeure adjointe de clinique, Université de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-Montréal)

²¹ Anthony Goudie et Adam C. Carle, « Ohio study shows that insurance coverage is critical for children with special health care needs as they transition to adulthood », *Health Affairs*, 30(12), 2011, p. 2382-2390, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0641>.

²² Cécile Rousseau *et al.*, « Uninsured Immigrant and Refugee Children Presenting to Canadian Paediatric Emergency Departments: Disparities in Help-Seeking and Service Delivery », *Paediatrics and International Child Health*, 2013, 18 : 9, p. 465-469, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1093/pch/18.9.465>.

En tant qu’infirmière chargée du volet pédiatrique de la Clinique migrants, mon rôle est d’offrir des soins de santé primaire aux enfants qui n’ont pas de couverture médicale et pour qui l’accès à des soins de santé, même de base, est difficile, voire impossible.

Récemment, nous avons vu un petit garçon de 4 ans à la Clinique. Sa mère nous a consultés, parce qu’il présentait un important retard de langage et de grandes difficultés à suivre les consignes, ce qui causait des problèmes à la garderie. Elle avait été informée par les éducatrices qu’il ne pourrait plus fréquenter la garderie sans l’obtention d’un diagnostic médical afin que l’enfant puisse avoir accès à des services spécialisés. Dans le cas de ce petit garçon, nous soupçonnions un trouble du spectre de l’autisme. Malheureusement, en l’absence de couverture médicale, l’obtention d’un diagnostic est ardue. Les barrières d’accès sont multiples, et l’impact sur son développement et sur la famille, à court et à long terme, est énorme. Non seulement le fait de ne pas avoir de diagnostic le prive d’un accès à des programmes de soutien (financier, éducatif, etc.), mais également d’un accès à des traitements ou suivis en orthophonie, ergothérapie, psychoéducation, etc., qui lui permettraient d’améliorer son fonctionnement et ses capacités. De plus, le fait de ne pas avoir accès à un diagnostic signifie que les parents demeurent sans réponse sur le sort de leur enfant.

Le manque d’accès devient rapidement handicapant pour l’enfant et constitue un départ très chaotique dans la vie. Surtout quand un problème d’accès à des soins de santé devient un problème d’accès à l’éducation.

En tant qu’infirmières, nous devons déployer les ressources nécessaires pour la prise en charge de nos patients afin d’assurer le développement sain de ces derniers. Le fait de travailler dans un contexte politique où des enfants sont confrontés à de telles inégalités de santé découlant simplement du fait des barrières d’accès pose de sérieuses questions déontologiques et éthiques. (Myriam Kaszap, I.A., PhD, infirmière de proximité à la Clinique migrants)

Enfin, les soins de santé que ces enfants reçoivent sont généralement de moins bonne qualité, puisqu’ils dépendent de la générosité des professionnels de la santé, qui ne peuvent alors leur accorder de priorité²³. Ils se verront également refuser des soins publics et les services de prévention auxquels ils ont droit, tels que la vaccination²⁴, en raison de la confusion que génère l’absence de carte d’assurance maladie²⁵.

Justement, il faut prendre en compte le fait que les mères d’enfants nés au Québec qui ne sont pas couvertes par la RAMQ n’auraient sans doute pas eu accès aux soins de santé dont elles avaient besoin pendant la grossesse et l’accouchement, ce qui

peut avoir des conséquences à long terme pour leurs enfants. En effet, afin d’obtenir un suivi de grossesse, ces femmes doivent pouvoir payer à l’avance toutes les consultations et tous les examens nécessaires, voire

²³ *Ibid.*

²⁴ « La vaccination infantile et la vaccination scolaire, de façon régulière ou lors de campagnes spéciales, sont dispensées sans égard à la carte d’assurance maladie », directive de la Direction de la santé et des services sociaux, 01.06.2001.

²⁵ Les recherches de Médecins du Monde ont, par exemple, démontré que de nombreux centres de santé refusent de vacciner les enfants dépourvus de couverture de la RAMQ ou leur appliquent des frais variables malgré la directive de la Direction de la santé en la matière.

les frais relatifs à l'accouchement. N'ayant pas de couverture médicale, elles doivent donc prévoir un budget supplémentaire pour l'ensemble de ces services. Ainsi, pour ces femmes, l'accès à un suivi de grossesse de qualité varie selon leur capacité ou non d'assumer ces frais²⁶. Si un accouchement dans des conditions optimales coûte en général entre 9 000 et 17 000 \$ selon l'institution hospitalière, des recherches ont observé que certaines femmes ont reçu des factures dont le montant allait jusqu'à 44 000 \$ si des procédures supplémentaires, comme une césarienne ou une hospitalisation prolongée de la mère et du bébé, avaient été nécessaires.

Ces enfants portent donc dès leur naissance un double fardeau : une vulnérabilité physique et psychologique accrue du fait du statut précaire de leurs parents, et l'impossibilité d'y remédier par un accès adéquat et opportun à des services préventifs et à des soins de santé du fait de leur propre non-admissibilité à la RAMQ. En outre, les dettes accumulées pour le paiement des soins de santé précarisent encore plus ces familles et leurs enfants.

3.3 Le statut de l'enfant et les obligations du Québec en droit international

Enfin, nous constatons que la présentation d'une autorisation de séjour *du parent* ainsi que de la déclaration solennelle sur les intentions *du parent et de l'enfant* aura pour effet d'assujettir l'enfant encore une fois au statut du parent. Rappelons que la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, qui a été ratifiée par le Canada en date du 13 décembre 1991 et à laquelle s'est déclaré lié le Québec en 1991²⁷, souligne l'importance des droits inhérents de l'enfant et établit le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant comme une considération primordiale dans toutes les décisions qui le concernent. Dans ce contexte, l'autonomie de l'enfant comme titulaire de ses propres droits est un principe fondamental de la Convention, qui souligne également le droit d'accès aux soins de santé pour tous les enfants²⁸.

On peut aussi insister sur le fait que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit que les États qui l'auront ratifié, dont le Canada, seront obligés de prendre des mesures pour assurer la protection de la vie et de la santé des enfants ainsi qu'une protection spéciale aux mères pendant une période raisonnable avant et après la naissance des enfants²⁹.

Dans son rapport sur le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mental possible,³⁰ le Rapporteur spécial des Nations Unies évoque la situation des migrants à statut précaire dans le cadre de sa visite à la clinique de Médecins du Monde à Montréal. Dans ses recommandations, le Rapporteur spécial enjoint les autorités canadiennes à assurer l'accès gratuit aux soins de santé à tous les

²⁶ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde, supra note 4, p. 11-12.

²⁷ Gouvernement du Québec, décret 1676-91 : Convention relative aux droits de l'enfant, 9 décembre 1991 ; Loi sur le ministère des Relations internationales, RLRQ, c. M -25.1.1., art. 22.1 al. 3.

²⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1577 RTNU 3 (entrée en vigueur : 2 septembre 1990). Voir les articles 3 et 24 de la Convention.

²⁹ HCDH, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Voir les articles 10.2 ; 10.3 ; 3, 12.2. (a) et (d).

³⁰ HCDH, *Visite au Canada : Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*. A/HRC/41/34/Add.2. 19 juin 2019, disponible en ligne : https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/A_HRC_41_34_Add.2_AdvanceUneditedVersion.docx.

enfants nés au Canada, sans discrimination fondée sur le statut d'immigration de leurs parents. Le Rapporteur recommande aussi d'assurer l'accès aux soins sexuels et reproductifs (y compris l'interruption de grossesse) à toutes les femmes et filles, y compris les migrantes³¹. De façon générale, le Rapporteur spécial rappelle aussi les obligations contraignantes du Canada en matière de droit à la santé, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité, en vertu du droit international et des droits de la personne. Soulignons que le gouvernement du Québec s'est déclaré lié à l'ensemble des traités internationaux établissant le droit à la santé auxquels le Rapporteur spécial fait référence³².

3.4 Les effets du manque d'accès aux services de prévention et aux soins de santé

3.4.1 Les conséquences en matière de santé publique

Les obstacles à l'accès aux soins de santé que crée l'exclusion de ces enfants contribuent à accroître les risques de résurgence de maladies infectieuses au sein de la population générale³³. Cela entre ainsi en contradiction avec les pratiques recommandées en matière de santé publique, comme le maintien d'une couverture vaccinale élevée pour des maladies particulièrement contagieuses telles que la rougeole³⁴, et nuit à la prévention, à la détection précoce et au traitement de maladies comme le VIH/sida, les hépatites ou la tuberculose³⁵.

Plus généralement, les personnes dépourvues de couverture médicale passent entre les mailles du système de santé, ce qui rend difficile la lutte contre les maladies infectieuses pour cette population. Or l'actualité de la COVID-19 nous montre à quel point un régime d'assurance maladie étendu à toute la population est primordial pour protéger la société dans son ensemble du fait de nos interdépendances³⁶.

³¹ *Ibid.*, paragraphes 86 et 87.

³² Ministère des Relations internationales et de la Francophonie, *Accords et traités internationaux auxquels le Québec participe*, Québec, dernière mise à jour le 6 septembre 2019, disponible en ligne : <https://www.mrif.gouv.qc.ca/fr/relations-du-quebec/organisations-et-forums/organisations-internationales/accords-et-traites>.

³³ Administrateur en chef de la santé publique, « Les maladies infectieuses – Une menace perpétuelle », *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, 2013, disponible en ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-fra.pdf>.

³⁴ Lindsey Sherrard *et al.*, *Surveillance de la rougeole au Canada, 2015. Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2016, 42, p. 155-162, disponible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2016-42/rmtc-volume-42-7-7-juillet-2016/rmtc-volume-42-7-7-juillet-2016-pouvons-nous-arreter-rougeole.html>.

³⁵ Lawrence O. Gostin *et al.*, *Restoring Health to Health Reform: Integrating Medicine and Public Health to Advance the Population's Well-Being*, 159 U. PA. L. REV. 1777, 2011 ; Patrick Glen, *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*, *Health Matrix*, 23(2), 2013 ; Nadine Kronfli *et al.*, Delayed linkage to HIV care among asylum seekers in Quebec, Canada, *BMC public health*, 19(1), 2019, p. 1-9.

³⁶ Concernant l'importance des programmes de vaccination prénatale, voir aussi : Naomi Bergin, Janice Murtagh et Roy K. Philip Bergin, N., Murtagh J., & Philip R. K. (2018), « Maternal Vaccination as an Essential Component of Life-Course Immunization and Its Contribution to Preventive Neonatology », *J. Environmental Research and Public Health*, 15(5), mai 2018, p. 847, disponible en ligne : <https://doi.org/10.3390/ijerph15050847>.

3.4.2 Des coûts et des contraintes évitables pour le système et les professionnels de la santé

L'exclusion de ces enfants de l'assurance maladie du Québec ne fait que déplacer et aggraver les coûts liés à leur santé pour le système de santé québécois. En effet, **les soins requis par ces enfants sont le plus souvent préventifs et ponctuels et ne représentent donc pas un fardeau financier excessif. En revanche, le retard dans l'administration des soins ou l'absence de prise en charge risquent de mener à des problèmes de santé plus importants impliquant des soins plus spécialisés et plus coûteux**³⁷.

À plus long terme, les conséquences sanitaires, aggravées au fil du temps, de la non-admissibilité d'enfants, parfois canadiens, à la RAMQ seront finalement assumées par cette dernière lorsque le statut migratoire de leurs parents aura changé ou lorsqu'ils auront atteint leur majorité.

En ce qui concerne les soins de santé nécessaires aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux enfants, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe a publié en 2018 une étude qui démontre que la fourniture d'une couverture de santé universelle pour toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés, quel que soit leur statut migratoire, éviterait d'engendrer des violations en matière de droit d'accès aux soins et contribuerait à réduire la quantité de soins d'urgence nécessaires dans le futur, ces derniers ayant de nombreux coûts sociaux et financiers pour la société³⁸. L'OMS rappelle également que le retard ou le report des soins ainsi que l'absence de services de prévention adaptés vont de pair avec la progression des maladies et obligent à recourir ensuite à des traitements plus lourds et plus coûteux³⁹. Le retard ou le refus du traitement peuvent ainsi, selon l'OMS, constituer une discrimination, contrevenir aux principes des droits de l'homme et menacer la santé publique⁴⁰.

Le rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015) montre dans une étude réalisée en Allemagne, en Grèce et en Suède que donner l'accès à des soins prénataux aux femmes et aux nouveau-nés dépourvus de statut migratoire permettrait de faire des économies sur deux ans pour 1 000 habitants sur les soins en cas d'insuffisance pondérale à la naissance (faible poids). En Suède, le coût des soins de santé pour les enfants est amené à augmenter de 228 % sans soins prénataux⁴¹. Une autre étude menée aux États-Unis montre que les coûts des soins hospitaliers offerts aux femmes n'ayant pas bénéficié de soins prénataux du fait de leur statut migratoire précaire sont amenés à augmenter de 153,2 % comparativement aux coûts des soins hospitaliers offerts aux femmes en ayant reçu⁴².

³⁷ *Médecins Canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général)*, 2015, 2 R.C.F. 267, 2014 CF 651 (CanLII), disponible en ligne : <http://canlii.ca/t/g81sh>.

³⁸ *Ibid.*, p. 3.

³⁹ Voir aussi Arijit Nandi *et al.*, « Expanding the universe of universal coverage: The population health argument for increasing coverage for immigrants », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 2009, p. 433-436, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 3.

⁴¹ European Union Agency for Fundamental Rights, *Cost of Exclusion from Healthcare, The Case of Migrants in an Irregular Situation*. Publications Office of the European Union, 2015, disponible en ligne : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>.

⁴² Serdar H Ural *et al.*, *University hospital based care decreases recurrent preterm deliveries and costs in comparison to no prenatal care*, *Primary care update for Ob/Gyns*, 7(2), 2000, p. 74-76, disponible en ligne : [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(00\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(00)00025-1).

L'absence de couverture d'assurance maladie et de médicaments pour ces enfants pèse également sur les professionnels de la santé, qui ne peuvent recevoir de rétribution pour les soins apportés à ces enfants. Elle crée, en outre, confusion et tension au sein des institutions de santé, qui doivent décider au cas par cas de leurs conditions de prise en charge, et qui se voient obligées de soigner des enfants sans pouvoir connaître leur historique médical. La prise en charge médicale de ces enfants est d'autant plus complexe que plusieurs examens spécifiques ou un accès à des spécialistes leur seront refusés dans la mesure où l'on considère qu'il ne s'agit pas de soins urgents en l'absence de couverture médicale ou de capacité à payer pour ces services. Les parents qui subissent une pression pour le paiement de la facture relative aux soins reçus risquent de quitter l'hôpital avant la fin de l'examen ou du traitement par peur des conséquences de cette dépense, empêchant ainsi des enfants de recevoir un traitement adéquat et des professionnels en santé d'accomplir leur devoir convenablement.

3.4.3 Une charge sociale

L'incapacité d'obtenir une assurance maladie pour leurs enfants, même pour ceux qui sont nés au Canada, est une source de stress élevée pour les femmes migrantes, comme le montre une étude qualitative de 2020 basée sur des entretiens menés auprès de 37 femmes migrantes vivant une grossesse et un accouchement à Montréal⁴³.

Or, le stress pendant la grossesse peut avoir des effets graves sur la santé de l'enfant et occasionner des naissances prématurées, de l'hypertension, un faible poids de naissance et des retards de développement neuropsychologique chez les enfants⁴⁴. Ces quatre conséquences devraient entraîner des coûts importants pour le système de soins de santé (par exemple, le traitement lié à la naissance prématurée et à l'insuffisance pondérale à la naissance), ainsi que des répercussions sociétales à long terme dues aux retards de développement neurocomportemental des enfants.

L'absence de couverture des soins de santé pour des enfants ayant des besoins particuliers en matière de santé a aussi un impact sur le travail des parents et les finances de la famille, en particulier pour les familles à faible revenu⁴⁵.

4. Conclusion et recommandations

Médecins du Monde félicite le gouvernement, et notamment le ministre de la Santé et des Services sociaux, d'avoir déposé ce projet de loi qui élargit l'accès à la couverture des soins de santé et des médicaments aux enfants nés au Québec sous réserve des critères énoncés au paragraphe 2.1, ainsi qu'à tout enfant né hors Québec, non déjà couvert autrement, qui détient une autorisation de séjour de plus de six mois. Nous tenons toutefois à souligner que le cadre législatif et réglementaire du PL 83 semblerait préconiser une politique générale qui cherche à cibler les quelques personnes qui pourraient « abuser de

⁴³ Lindsay Gayle Larios, *Pregnant and Precarious: Canadian Immigration through the Lens of Reproductive Justice*, Thèse de doctorat, Concordia University, 2020.

⁴⁴ Michael S. Cardwell, « Stress : Pregnancy Considerations », *Obstetrical & Gynecological Survey* 68, n° 2, février 2013, p. 119-129, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31827f2481>.

⁴⁵ Alex Y. Chen et Paul W. Newacheck PW, Insurance coverage and financial burden for families of children with special health care needs, *Ambulatory Pediatrics*. 6(4), 2006, p. 204-209, disponible en ligne : <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.04.009>.

la générosité du Québec », plutôt que d’adopter une approche scientifique et ouverte quant aux personnes en situation de vulnérabilité. Nous prônons, pour notre part, l’établissement d’un principe de base inclusif et recommandons de n’exclure, pour ce qui est des enfants nés hors du Québec, que des catégories de personnes dont le séjour est clairement temporaire. Ainsi, il y aurait moins d’enfants qui tomberaient entre les mailles du filet, malgré les bonnes intentions du PL 83.

Il faut surtout agir afin d’éviter de renforcer les obstacles déjà nombreux pour les familles migrantes (méconnaissance du système, barrières linguistiques, économiques, organisationnelles, administratives et culturelles) en ce qui concerne l’accès aux soins de santé pour leurs enfants. Par exemple, l’exigence d’établir l’intention d’un enfant né au Québec de demeurer au Québec pour plus de six mois dans l’année suivant l’inscription est, à notre avis, un illogisme. La possibilité pour les parents d’établir une déclaration assermentée à cet effet « en l’absence d’une autorisation » de séjour introduit une complexité injustifiée qui mènerait beaucoup de parents à renoncer aux soins de santé par crainte que les renseignements nominatifs y figurant puissent leur faire courir le risque d’un renvoi du pays. Par ailleurs, l’ajout du critère selon lequel un enfant né hors du Québec de parents résidents doit avoir vécu avec ses parents depuis sa naissance représenterait un rétrécissement de la couverture qui n’a aucune justification.

Il est donc primordial que le Québec assure une couverture de santé à tous les enfants vivant au Québec, quel que soit leur statut migratoire ou celui de leurs parents. Cela inclut évidemment les enfants nés ici, et donc citoyens canadiens, mais aussi tous les enfants nés à l’extérieur du pays, mais qui vivent ici au Québec, avec nous. Il serait possible de s’inspirer de mesures mises actuellement en place au Québec. Depuis 2017, la Loi sur l’instruction publique donne ainsi droit à la gratuité scolaire à toute personne qui n’est pas résidente du Québec au sens de cette Loi, mais dont le titulaire de l’autorité parentale y demeure de façon habituelle.

Enfin, la fourniture d’une couverture de santé universelle pour des soins sexuels et reproductifs à toutes les femmes et filles (incluant le droit à l’interruption volontaire de grossesse), quel que soit leur statut migratoire, éviterait d’engendrer des violations en matière de droit d’accès aux soins et contribuerait à réduire la quantité de soins d’urgence nécessaires dans le futur, ces derniers représentant d’importants coûts sociaux et financiers pour la société.

Le Québec s’alignerait ainsi sur les recommandations internationales en matière de santé publique et de respect des droits de l’enfant. En plus de cela, cette réforme est avantageuse pour le système de santé, puisqu’il est démontré que la prévention engendre des économies à long terme, allégeant les recours aux services d’urgence et aux spécialistes, surtout quand il s’agit de populations potentiellement vulnérables, comme les enfants.

Cette réforme a donc le potentiel de faire du Québec un chef de file en matière de santé, de protection et d’intégration des enfants de familles migrantes. Elle serait également la preuve qu’une approche humaniste et basée sur des données probantes ainsi que sur des principes d’intégration et de santé est possible au Québec.