



17 MARS 2022

MÉMOIRE

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES VIVANT AU QUÉBEC
L'URGENCE D'AGIR POUR GARANTIR LE BÉNÉFICE DES RÉGIMES PUBLICS
D'ASSURANCE POUR TOUTES LES FEMMES, PEU IMPORTE LEUR STATUT
MIGRATOIRE



Soumission au ministère de la Santé et des Services sociaux,
et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).



Contact : Chloé Cébron, conseillère principale au plaidoyer
c.cebron@medecinsdumonde.ca



REMERCIEMENTS

Ce mémoire est dédié à toutes les femmes qui vivent au Québec sans assurance de santé. Leur force et leur persévérance nous inspirent au quotidien.

Médecins du Monde tient à exprimer toute sa gratitude aux nombreux et nombreuses bénévoles et professionnels du droit, de la santé et des services sociaux qui œuvrent avec rigueur et dévouement pour veiller à ce que les personnes exclues et marginalisées aient accès à des services et à des soins de santé de qualité et ce en toute sécurité.

De plus, Médecins du Monde voudrait souligner la contribution inestimable de tous les membres du groupe de travail qui ont contribué à la recherche, à la rédaction et à la relecture de ce mémoire :

- Annie Brodeur-Doucet, Directrice des opérations, Dispensaire diététique de Montréal
- Carole Robineau, Directrice-adjointe, Centre de pédiatrie sociale de Saint-Laurent/Au cœur de l'enfance
- Dr Michel Welt, gynécologue obstétricien et membre du conseil d'administration de Médecins du Monde et médecin bénévole
- Dre Isabelle Goupil-Sormany, Médecin clinicien enseignant
- Dre Jill Hanley, Directrice scientifique, Centre de recherche SHERPA, Institut universitaire sur les études ethnoculturelles, CIUSSS-Centre-Ouest
- France Désilets, Directrice, Clinique Morgentaler
- Ghislaine Robert, Intervenante, S.O.S Grossesse Estrie
- Janet Cleveland, Juriste et chercheuse responsable des projets sur l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés, Institut Universitaire SHERPA sur la santé et le bien-être des personnes immigrantes/CIUSS Centre-Ouest
- Jennifer Hille, Directrice du développement et du positionnement, La Maison Bleue
- Jess Legault, Co-coordonnatrice et Responsable du dossier éducation à la sexualité, Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
- Josiane Robert, Directrice, Grossesse Secours
- Julie Paquette, Directrice Général, Dispensaire diététique de Montréal
- Julie Pelletier, Présidente, Ordre des sage-femmes du Québec
- Marianne Rodrigue, Coordinatrice au développement et rayonnement communautaire, Centre de Santé des femmes de Montréal ;
- Me Aude Exertier, Justice Pro Bono, Partenariat médico-juridique à l'Hôpital de Montréal pour enfants
- Me Cory Verbauwhede, avocat et enseignant du droit de la santé et des services sociaux à l'École nationale d'administration publique
- Me Pearl Eliadis, avocate, Max Bell School of Public Policy, Université McGill
- Me Rick Goldman, avocat, membres du comité des affaires juridique du Conseil Canadien pour les Réfugiés
- Mélanie Blais, Intervenante, S.O.S Grossesse Estrie



- Mirja Trilsch, Professeur au département des sciences juridiques de l'UQAM et Directrice de la Clinique, Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM
- Olga Houde, Coordinatrice juridique, Clinique des Solutions Justes
- Rocio Vargas, sages femmes, Ordre des sages-femmes du Québec
- Sylvie Pedneault, Directrice générale, S.O.S. Grossesse Québec
- Thomas Bastien, Directeur Général, Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ) ;
- Viviana Medina, Organisatrice communautaire, Centre des travailleurs et travailleuses immigrants (CTI).

ORGANISATIONS ET PROFESSIONNELS SIGNATAIRES DU MÉMOIRE



ORGANISATIONS ET PROFESSIONNELS SIGNATAIRES DU MÉMOIRE

- André Tourigny, médecin et professeur agrégé, département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- Aurélie Maurice, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
- Catherine Wolfe, médecin-résidente en santé publique et médecine préventive, Université Laval
- Cécile Rousseau, médecin, Université McGill
- Chantal Brisson, Ph.D., chercheuse, santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval
- Chantal Lacroix, médecin de famille, Unité mère-enfant, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- Christine Loignon, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Christopher Fletcher, médecin et professeur, département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- Clémentine Courdi, étudiante en sociologie au doctorat, Université de Montréal
- Clermont Dionne, Ph.D., chercheur, santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval
- Edith Guilbert, médecin et professeure associée au Département d'obstétrique, gynécologie et reproduction, Université Laval
- Emma Glaser, médecin spécialisée en médecine de famille, Université de Montréal
- Eugénie Depatie-Pelletier, Ph.D. Droit (LLO.), directrice générale, Association pour la défense des droits du personnel domestique de maison et de ferme
- Hélène Flamand, médecin de famille et obstétricienne, GMF L'Envolée
- Hermann Nabi, professeur sous octroi adjoint, département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- Isabelle Goupil-Sormany, médecin clinicienne enseignante, département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- Josée Lapalme, postdoctorante, École de psychoéducation, Université de Montréal
- Lise cardinal, professeure de clinique, département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval
- Lynne Moore, Ph.D., chercheuse, santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval
- Manon Niquette, Ph. D., professeure titulaire, Université Laval
- Marianne Boisvert Moreau, médecin résidente en santé publique et médecine préventive, Université Laval
- Mélanie Lemire, Ph.D., chercheuse, santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval
- Michel Alary, médecin et professeur titulaire, département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- Michel Vézina, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
- Myriam Gauthier, Inf. Ph. D, professeure adjointe, Université Laval
- Pierre Deshaies, médecin, Direction de santé publique de la région Chaudière-Appalaches
- Pierre L. Auger, médecin spécialiste en médecine du travail et de l'environnement au CIUSSS de la Capitale nationale
- Sarah-Jean Pelletier, médecin résidente en santé publique et médecine préventive, Université Laval
- Shelley-Rose Hyppolite, médecin conseil, Service Équité en santé de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et membre du conseil d'administration de MdM
- Valérie Desgroseillers, mentor du K4C (Knowledge for Change, an initiative of the UNESCO Chair), Université Laval



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Des dizaines de milliers de personnes qui vivent au Québec, et souvent y travaillent et y payent des impôts, n'ont accès à aucune couverture d'assurance maladie en raison de leur statut d'immigration précaire¹. Leurs parcours et statuts migratoires sont variés et susceptibles d'évoluer : il peut ainsi s'agir de personnes ayant un permis de travail ouvert ou fermé², un permis d'étude³ ou un visa de visiteur longue durée, mais aussi de personnes en attente de parrainage ou du renouvellement de leur statut, ou qui sont tout simplement dépourvues de statut.

Parmi ces personnes se trouvent des femmes⁴ vivant généralement dans des conditions économiques et sociales précaires⁵, qui n'ont pas accès aux services de soutien et de protection offerts par le système, et qui courent particulièrement le risque de subir des abus et de la violence physique ou psychologique. En l'absence d'une couverture d'assurance maladie, ces femmes déjà vulnérables ne sont pas à même d'accéder aux services et aux soins de santé sexuelle et reproductive qui leur sont pourtant nécessaires lors des différentes étapes de leur vie⁶. Il est important de souligner que toutes ces femmes vivent au Québec et que le fait qu'elles cherchent à obtenir des services et soins de santé ne doit pas être assimilé aux phénomènes du tourisme médical ou du tourisme obstétrique.

En 2021, de nombreux professionnels et de nombreuses organisations du droit, de l'immigration, de la santé et des services sociaux ont été heureux de voir adopter, après de longues années de mobilisation, le Projet de loi 83 permettant 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. Cependant, une certaine déception avait été éprouvée, dans la mesure où le projet n'a pas permis aux femmes migrantes à statut précaire de bénéficier de l'admissibilité au régime public pour les services liés à la périnatalité.

En effet, si cette demande avait été appuyée largement par les professionnels et les organisations des secteurs concernés, une proposition de modification du projet de loi soumise à cet effet et soutenue par les trois partis de l'opposition avait finalement été rejetée par ladite commission. Le ministre de la Santé et des Services sociaux avait toutefois confié à la Régie de l'assurance

¹ Selon une estimation de l'Institut universitaire SHERPA, il y avait en 2020 environ 50 000 personnes (tous sexes et âges confondus) au Québec ne disposant d'aucune couverture d'assurance médicale, ce qui représentait environ 0,6 % de la population du Québec.

² Permis de travail fermé de moins de six mois.

³ À l'exception de celles provenant de pays ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec.

⁴ Il est à noter que le terme « femme » doit être ici interprété le plus inclusivement possible et fait référence à toute personne ayant besoin des services et soins référencés ici, quelles que soient son identité de genre et la manière dont elle s'exprime.

⁵ P. Cloos, E. Malick Ndao, J. Aho, M. Benoît, A. Fillol, M. Munoz-Bertrand, M.-J. Ouimet, J. Hanley et V. Ridde, "The Negative Self-Perceived Health of Migrants with Precarious Status in Montreal, Canada: A Cross-Sectional Study," *PloS One*, 15(4): e0231327, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>

⁶ Guttmacher-Lancet.



maladie du Québec (RAMQ) le mandat de poursuivre les travaux sur ce sujet avec un comité interministériel afin de rendre un rapport d'analyse et de recommandations d'ici la fin juin 2022.

Médecins du Monde Canada a donc pris l'initiative de coordonner l'écriture d'un mémoire en partenariat avec plusieurs autres organisations et professionnels du droit, de l'immigration, de la santé et des services sociaux. Ce mémoire, basé sur les données statistiques et les observations de ces organisations et de ces professionnels ainsi que sur l'analyse de travaux de recherche pertinents, entend formuler plusieurs recommandations à l'égard de la RAMQ et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Il est notamment apparu aux organisations et aux professionnels impliqués que les femmes devraient pouvoir accéder à des services essentiels de santé sexuelle et reproductive, certes lorsqu'elles attendent un enfant, mais également dans d'autres situations auxquelles le comité interministériel devrait accorder toute son attention.

Pour les femmes enceintes, vivre au Québec sans le bénéfice d'une couverture d'assurance maladie signifie ne pas recevoir les services et soins adéquats pendant cette grossesse, l'accouchement et la période post-partum, mais aussi dans le cas où une interruption de grossesse est nécessaire ou voulue, ou à la suite d'une fausse couche. Ces femmes connaissent également d'immenses difficultés pour accéder à une méthode de planification familiale, mais aussi à la prévention, au diagnostic et au traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des cancers gynécologiques, ainsi qu'aux services et aux soins réservés aux victimes de violence.

Les recherches démontrent que cette absence de couverture de santé a un impact démesuré sur ces femmes et sur leur famille. Tout d'abord, ces barrières systémiques ont d'importantes conséquences sur la qualité des soins reçus par ces femmes et mettent en danger leur état de santé et parfois même leur vie⁷, ainsi que potentiellement, pour les femmes enceintes, celle de leur enfant⁸. L'absence de couverture de santé favorise aussi les abus et le harcèlement envers ces femmes dans le système de santé, à des moments de leur vie où elles sont particulièrement vulnérables. La nécessité d'accéder à des services essentiels sans avoir le bénéfice d'une assurance maladie expose également ces femmes à un fardeau économique démesuré et discriminatoire.

Les recherches montrent par ailleurs que cette absence de couverture de santé a des conséquences lourdes sur la santé publique. Il est par exemple démontré que l'absence de protection sociale entraîne le risque de développement et de propagation de maladies infectieuses et des ITSS, ce qui représente alors un risque collectif⁹ et une charge économique

⁷ L. Magalhaes *et al.*, "Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions," *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 2010, p. 132-151.

⁸ C. Carvalho *et al.*, "Delays in Obstetric Care Increase the Risk of Neonatal Near-Miss Morbidity Events and Death: A Case-Control Study," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, n°1, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03128-y>.

⁹ L. 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.



supplémentaire¹⁰. Le fardeau économique imposé à ces femmes augmente aussi la précarité financière de leur famille et nuit à leur capacité à offrir des conditions de vie optimales pour elles-mêmes et leurs enfants. Cette précarisation a d'importantes conséquences sur d'autres déterminants de la santé, tels que le logement, l'insécurité alimentaire ou l'exclusion sociale.

La nécessité d'assurer un continuum de services et de soins en santé sexuelle et reproductive est déjà largement démontrée. De nombreux pays de l'OCDE garantissent l'accès à ces services à toute personne présente sur leur territoire par le biais des régimes publics d'assurance maladie.

Au Québec, cette mesure serait non seulement un outil efficace de santé publique,¹¹ mais aussi un moyen permettant d'atténuer la pression sur le système de santé en allégeant le travail des équipes soignantes et en évitant des prises en charge plus lourdes et coûteuses¹². Cette mesure s'inscrit également directement dans la suite logique des recommandations du Rapport Laurent et du récent lancement du service « Ma grossesse », qui visent la prévention et l'accès à des services prénataux et périnataux pour toutes les familles afin de soutenir le bon de tous les enfants.

Nous demandons ainsi au gouvernement du Québec de poursuivre les démarches amorcées avec le Projet de loi 83 et d'agir en faveur des droits et de la santé des femmes et des familles migrantes avant les prochaines élections.

Nous recommandons notamment que le gouvernement du Québec agisse sans délai afin de garantir, à toutes les femmes qui vivent au Québec, le bénéfice des services de santé assurés par les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que de tout autre programme et service du gouvernement du Québec, pour les interventions liées à :

- La grossesse, l'accouchement et la période postnatale et notamment les suivis et la prise en charge d'éventuelles complications ;
- La planification familiale ;
- L'interruption de grossesse ainsi que tous les soins et suivis y afférents ;
- Les violences basées sur le genre ;
- La prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- La prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et d'autres cancers du système reproductif.

¹⁰ N. Bergin *et al.*, "Maternal Vaccination as an Essential Component of Life-Course Immunization and Its Contribution to Preventive Neonatology," *J. Environ Res Public Health*, 15(5), 2018, p. 847.

¹¹ A. 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, en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

¹² M. C. Lu *et al.*, "Elimination of Public Funding of Prenatal Care for Undocumented Immigrants in California: A Cost/Benefit Analysis," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 2000, p. 233-239.



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
CONTEXTE DE LA SOUMISSION	8
PORTÉE DE LA SOUMISSION	8
MÉTHODOLOGIE	9
DÉFINITIONS	9
À PROPOS DE MÉDECINS DU MONDE	10
La clinique de Médecins du Monde destinée aux personnes migrantes à statut précaire dépourvues d'assurance maladie à Montréal, Québec (Canada).....	10
1. DES FEMMES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET PRIVÉES D'ACCÈS AU RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE MALADIE.....	11
1.1. Les personnes migrantes à statut précaire et leur accès aux services de santé au Québec	11
1.2. Des femmes migrantes en situation d'extrême vulnérabilité.....	13
1.3. Des services essentiels offerts par le réseau communautaire mais insuffisants.....	15
2. ÉVITER TOUTE CONFUSION AVEC LE TOURISME OBSTÉTRIQUE	17
3. L'ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ EMPÊCHE LES FEMMES MSP D'ACCÉDER AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DONT ELLES ONT BESOIN	18
3.1. Les soins et les services de périnatalité	19
3.1.1. Le suivi prénatal.....	19
3.1.2. L'accouchement.....	20
3.1.3. Le suivi postnatal	21
3.2. Les autres services et soins essentiels en santé sexuelle et reproductive.....	22
3.2.1. Planification familiale et interruption de grossesse	22
3.2.2. Le dépistage et le traitement des ITSS	22
3.2.3. Les cancers du col de l'utérus.....	23
3.2.4. Les services pour les victimes de violences basées sur le genre	23
4. L'IMPACT DÉMESURÉ DE L'ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ SUR LES FEMMES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE ET LEURS ENFANTS	24
4.1. Les conséquences de l'absence de couverture de santé sur la santé des femmes et de leurs enfants	24
4.1.1. La santé des femmes	24
4.1.2. La santé des enfants.....	26
4.2. L'absence de couverture de santé favorise les abus et le harcèlement envers les femmes MSP dans le système de santé	27



4.3.	L'absence de couverture de santé expose les femmes MSP à un fardeau économique démesuré et arbitraire	28
5.	L'ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ POUR LES FEMMES MSP A DES CONSÉQUENCES LOURDES SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ	29
5.1.	Les risques pour la santé publique	29
5.2.	Un poids supplémentaire sur les épaules du personnel de santé.....	30
5.3.	Des coûts évitables pour le système de santé.....	31
6.	LA NÉCESSITÉ D'ASSURER UN CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....	32
6.1.	Les engagements du Québec pour la santé des femmes et des enfants	32
6.2.	Les obligations du Québec selon les chartes et les traités internationaux.....	33
6.2.1.	Les chartes québécoise et canadienne.....	33
6.3.	Les meilleures pratiques internationales en matière de santé publique	36
6.4.	Les exemples au Canada et dans le monde.....	37
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	39
	BIBLIOGRAPHIE	42
	ANNEXES.....	49



CONTEXTE DE LA SOUMISSION

Ce mémoire est soumis à l'attention du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et des autres ministères impliqués dans les travaux du comité interministériel mandaté pour réaliser une étude sur les enjeux liés à l'accès aux régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments des femmes migrantes à statut précaire (« femmes MSP ») pour les services et soins de santé périnatale.

Médecins du Monde ainsi que d'autres organisations et professionnels du droit, de l'immigration, de la santé et des services sociaux ont demandé, lors des consultations particulières sur le Projet de loi 83¹³ devant la Commission de la santé et des services sociaux, que les femmes MSP soient couvertes par le régime public pendant leur grossesse, lors de l'accouchement et dans la période postnatale, particulièrement parce que la santé de l'enfant est fortement liée à celle de la mère pendant ces périodes. Médecins du Monde a pris note que le ministre de la Santé et la Commission ont reconnu l'importance de cette question lors de l'étude détaillée du projet de loi. Néanmoins, la Commission a rejeté une proposition de modification du projet de loi soumise à cet effet, du fait du manque de données disponibles. Conformément à cette reconnaissance de l'importance d'une couverture des soins de santé périnatale pour les femmes MSP, le ministre de la Santé et des Services sociaux a donc mandaté la RAMQ et un comité interministériel afin d'étudier cette question d'ici juin 2022¹⁴.

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 a coordonné la recherche, l'écriture et la diffusion de ce mémoire, de ses analyses et de ses recommandations. Il est basé sur la recherche, l'observation, les données et les rapports de plus d'une vingtaine d'organisations et professionnels du droit, de l'immigration, de la santé et des services sociaux.

PORTÉE DE LA SOUMISSION

Les signataires de ce mémoire ont délibérément choisi d'étendre la portée de celui-ci au-delà de la situation des femmes enceintes. Si ces dernières restent un sujet central de préoccupation, d'autres situations dans lesquelles les femmes MSP devraient pouvoir accéder à des services de santé sexuelle et reproductive se devaient d'être soulignées et devraient obtenir l'attention du comité interministériel. En effet, la santé de la femme ne saurait se limiter au moment de sa grossesse, et donner accès à des soins et à des services de santé seulement aux femmes enceintes présente d'importants enjeux en matière d'éthique médicale et d'égalité des droits. C'est

¹³ C. M. Dubé, 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 et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie (titre modifié), Recueil annuel des lois, Assemblée nationale du Québec, chapitre 23, 2021, en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travauxparlementaires/projets-loi/projet-loi-83-42-1.html>.

¹⁴ Journal des débats de l'Assemblée nationale, Projet de loi n° 83, Prise en considération du rapport de la commission qui en fait l'étude détaillée, version finale 42^e législature, 1^{re} session (27 novembre 2018 au 13 octobre 2021), 10 juin 2021, vol. 45, n° 201, intervention du ministre de la Santé et des Services sociaux à 11 h 40, en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-1/journal-debats/20210610/301325.html>.



pourquoi ce mémoire vise donc un ensemble de services et de soins essentiels de santé sexuelle et reproductive.

De plus, les signataires de ce mémoire ont bien pris note de la préoccupation du ministre de la Santé et des Services sociaux quant au tourisme obstétrique. Cependant, il apparaît essentiel de faire une distinction très claire entre ce qui pourrait être considéré comme du tourisme obstétrique et les femmes et familles dont nous parlons ici. Cette distinction sera exposée dans ce mémoire.

Enfin, aux fins de ce mémoire, l'expression « femme » doit être interprétée le plus inclusivement possible et fait référence à toutes les personnes ayant besoin des services et soins visés par ce rapport, quelles que soient leur identité de genre et la manière dont elles l'expriment.

MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire s'appuie sur les sources suivantes :

- Recherches universitaires et articles scientifiques ;
- Statistiques de la Clinique de Médecins du Monde Canada ;
- Consultations d'experts dans le domaine du droit, de l'immigration, de la santé et des services sociaux ;
- Rapports institutionnels ;
- Observations directes ;
- Témoignages.

DÉFINITIONS

→ Personnes migrantes à statut précaire

Une personne migrante à statut précaire (MSP) ou personne au statut d'immigration précaire 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.

→ Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) permet l'accès à une couverture de santé pour certains soins de santé dont ont besoin les personnes faisant partie de certains groupes jusqu'à ce qu'elles soient admissibles au régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Il s'agit notamment des groupes de personnes suivants : les personnes protégées (y compris les réfugiés réinstallés), les demandeurs d'asile et d'autres groupes. Les personnes ayant un statut d'immigration précaire n'en bénéficient pas.

→ Droits et santé sexuels et reproductifs

La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, émotionnel, mental et social, concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la



sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général sans risques ni coercition, discrimination et violence. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit.

→ Violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre, ou sexo-spécifique, peut être définie comme tout acte de violence, qu'il soit de nature physique, sexuelle, mentale ou économique, fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des préjudices ou des souffrances physiques ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

→ Tourisme obstétrique

Le tourisme obstétrique désigne le fait, pour une ressortissante étrangère en fin de grossesse, de voyager dans un pays donné dans le but unique et intentionnel d'y accoucher afin d'obtenir automatiquement la citoyenneté de ce pays pour son enfant, sans avoir l'intention de s'établir dans ce pays. Les femmes migrantes à statut précaire, qui, elles, vivent au Québec, ne peuvent donc être considérées avoir recours à cette pratique.

À PROPOS DE MÉDECINS DU MONDE

Médecins du Monde est un mouvement médical international comportant 17 délégations réparties sur plusieurs continents, qui œuvrent au niveau national et international. Au moyen de programmes de santé novateurs et d'un plaidoyer basé sur des faits, Médecins du Monde promeut l'accès universel à la santé et appuie les personnes et les communautés exclues et marginalisées afin de faire valoir leur droit à la santé.

La clinique de Médecins du Monde destinée aux personnes migrantes à statut 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, accompagnent 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 elles ont besoin.

La Clinique est ouverte deux à trois journées par semaine pour des consultations sur rendez-vous (les rendez-vous étant exigés en raison de la pandémie de COVID-19¹⁵), confidentielles et gratuites. Une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes et à

¹⁵ En temps normal, les consultations sont offertes sans rendez-vous.



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 sexuelle et reproductive de façon plus générale.

1. DES FEMMES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET PRIVÉES D'ACCÈS AU RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE MALADIE

1.1. Les personnes migrantes à statut précaire et leur accès aux services de santé au Québec

Une personne à statut migratoire précaire 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 Programme fédéral de santé intérimaire ou PFSI) et/ou le régime d'assurance maladie provincial.

Il n'y a actuellement aucun recensement précis et officiel indiquant le nombre de personnes MSP vivant au Québec, et *a fortiori* indiquant le nombre de femmes. Cependant, selon une estimation de l'Institut universitaire SHERPA, en 2020, il y avait environ 50 000 personnes (tous sexes et âges confondus) au Québec ne disposant d'aucune couverture d'assurance médicale, soit environ 0,6 % de la population du Québec¹⁶.

Cette catégorie « par défaut » regroupe une très grande diversité de personnes ayant 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 ;
- Personnes ayant un permis de travail ouvert ou un permis de travail fermé de moins de six mois (autres que les travailleuses et les travailleurs agricoles saisonniers qui sont admissibles à la RAMQ indépendamment de la durée de leur séjour et sans délai de carence) ;
- Étudiantes et étudiants internationaux, à l'exception de ceux provenant de pays ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec ;
- Personnes effectuant une démarche de réunification familiale ;
- Personnes entrées au pays avec des visas de visiteurs longue durée ;
- Personnes en attente du renouvellement de leur statut migratoire ;
- Personnes dépourvues de statut¹⁷.

¹⁶ Janet Cleveland et Jill Hanley, *Personnes au Québec sans aucune couverture d'assurance-santé publique*, Institut universitaire SHERPA, 2020, en ligne : <https://sherpa-recherche.com/publication/population-sans-couverture-dassurance-sante-au-quebec-estime/>.

¹⁷ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM, Médecins du Monde Canada, *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*, 2015, en ligne :



Une personne étrangère peut donc demeurer au Québec de façon tout à fait légale, et même y travailler et y payer des impôts, sans pour autant avoir le droit de bénéficier d'une assurance maladie, et ce, pendant des années. À titre d'exemple, en 2018-2019, 45 % des personnes reçues à la Clinique de Médecins du Monde résidaient au Canada depuis plus de trois ans¹⁸. De même dans une étude populationnelle réalisée par l'École de santé publique de Montréal auprès des personnes migrantes sans assurance maladie à Montréal (étude MSAM), 23 % des répondants déclaraient vivre au Québec depuis plus de 5 ans¹⁹.

Il est important de rappeler que le parcours administratif des personnes MSP est extrêmement évolutif, et il est usuel qu'une personne passe par différents statuts ou se retrouve temporairement sans statut à un moment donné de son processus migratoire.

Ces personnes, puisqu'elles ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie provincial ou par un programme fédéral, doivent souscrire une assurance privée, souvent restrictive, ou payer directement les frais relatifs aux soins, qui sont, en outre, souvent surfacturés.

Les régimes collectifs d'assurance maladie privés, parfois obligatoires pour certaines catégories de statuts migratoires²⁰, ne prennent pas en charge certains services de santé, notamment les suivis de grossesse, ou imposent des limites de réclamation pour certains soins²¹. De plus, dans la pratique, il est observé que si certaines personnes MSP se voient obligées de souscrire un tel régime lors de l'obtention de leur statut migratoire temporaire, celles-ci ne renouvellent pas forcément la souscription après la première année en raison de contraintes financières.

On observe également que lorsque certains soins devraient être donnés sans qu'il soit tenu compte du statut migratoire dans le système public de santé et de services sociaux, la confusion que génère l'absence de carte d'assurance maladie empêche parfois certaines femmes de les recevoir. Ainsi, il a été observé que des médecins et des institutions de santé ont refusé d'offrir des soins à des personnes migrantes admissibles, que ce soit par méconnaissance des services couverts, ou par refus d'assumer une charge de travail plus grande au niveau administratif²².

https://ciddhu.ugam.ca/fichier/document/Lacc%C3%A8s_aux_soins_p%C3%A9rinataux_pour_toutes_les_femmes_au_Qu%C3%A9bec_Mythes_ou_r%C3%A9alit%C3%A9.pdf.

¹⁸ Les chiffres de 2018-2019 sont utilisés pour des raisons de limites des données statistiques des années suivantes.

¹⁹ P. Cloos, E. Malick Ndao, J. Aho, M. Benoît, A. Fillol, M. Munoz-Bertrand, M.-J. Ouimet, J. Hanley et V. Ridde, "The Negative Self-Perceived Health of Migrants with Precarious Status in Montreal, Canada: A Cross-Sectional study," *PloS one*, 15(4), e0231327, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>.

²⁰ Exemple : étudiants internationaux provenant de pays qui n'ont pas d'entente de réciprocité avec le Québec.

²¹ S. Tiné et al., *L'accès aux soins et aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH sans considérer le statut d'immigration : vers une couverture sanitaire universelle au Québec*, Rapport de recherche communautaire (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais), 2019 (révisé en octobre 2021), p. 10.

²² S. Kuile, C. Rousseau, M. Munoz, L. Nadeau et M. Ouimet, "The Universality of the Canadian Health Care System in Question: Barriers to Services for Immigrants and Refugees," *International Journal of Migration*,

Au Québec, si une personne MSP n'ayant aucune couverture de santé a besoin de soins urgents pour un problème médical mettant sa vie ou son intégrité physique en danger, l'établissement doit lui fournir les soins²³. Toutefois, la personne sera facturée après avoir reçu les soins. Dans tous les autres cas – lorsqu'il s'agit de soins pour un problème médical qui ne met pas la vie du patient en danger de manière imminente –, la personne devra payer avant de recevoir les soins. Ceci inclut des soins pour un problème qui met la vie de la personne en danger à moyen terme, comme un cancer (même à un stade avancé). De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux établissements du réseau public d'ajouter une surcharge de 200 % par rapport aux frais facturés aux personnes MSP pour les services reçus dans ces établissements²⁴.

Par ailleurs, il est observé que le processus d'évaluation des besoins d'une personne MSP qui se présente dans un service de santé privilégie parfois la résolution de l'aspect financier avant l'évaluation médicale. Ainsi, on constate que dans certains établissements de santé, il est pratique courante de diriger toute personne dépourvue de carte d'assurance maladie provinciale directement vers le service des finances sans lui avoir permis d'être évaluée par un professionnel de la santé²⁵.

1.2. Des femmes migrantes en situation d'extrême vulnérabilité

Ces femmes sont souvent « invisibles » aux yeux du système, notamment du fait d'un manque de données fiables concernant leurs conditions de vie et de travail, ainsi que leur situation et leurs besoins de santé.

Certaines d'entre elles ont connu des conditions de vie difficiles et/ou ont été victimes de violence dans leur pays d'origine ou au cours de leur trajectoire migratoire. Lorsqu'elles arrivent au Québec, leur statut précaire leur fait courir davantage le risque de connaître la pauvreté, de vivre

Health and Social Care, vol. 3, n° 1, 2007, p. 15-26, en ligne : <https://doi.org/10.1108/17479894200700003>.

²³ L'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec prévoit que « toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. » En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>.

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Annexe 1 à la circulaire 2021-021 (03.01.22.19)*, 2021, en ligne :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/2e9594aae98e1795852586cd003f8c5f/\\$FILE/2021-021_Annexe%20\(r%C3%A9v%202021-06-08\)_1_Tarifs%20Serv%20Rend%20Ext_MSSS.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/2e9594aae98e1795852586cd003f8c5f/$FILE/2021-021_Annexe%20(r%C3%A9v%202021-06-08)_1_Tarifs%20Serv%20Rend%20Ext_MSSS.pdf).

²⁵ J. Porter, J. Hanley, L. Larios, P. Cloos et L. Azari, "Pushing for Equity, Pulling at Heartstrings: Perinatal Care Access for Uninsured Migrants," soumis pour publication en février 2022. ; ²⁵ A. Ricard-Guay, J. Hanley, Montgomery, F. Meloni et C. Rousseau, « Être sans papier et devenir mère au Québec : comment accéder aux soins de santé nécessaires », in Faisal Kanouté et Gina Lafortune (éd.), *L'intégration des familles d'origines immigrantes*, Montréal, PUM, 2014, p. 36-58.

dans des logements inadéquats²⁶, d'occuper des emplois précaires²⁷ ainsi que d'être isolées socialement²⁸. Leurs droits civiques, politiques et économiques sont sévèrement limités, et les barrières d'accès aux soins de santé pourront avoir de graves conséquences pour elles et leur famille²⁹.

Tandis que la longueur et la complexité des procédures d'immigration s'ajoutent aux embûches qu'elles rencontrent, les femmes MSP éprouvent un stress supplémentaire en raison de l'insécurité liée à leur statut d'immigration. En outre, du fait de leur statut précaire, elles craignent d'être dénoncées par les services de santé. Médecins du Monde ainsi que d'autres organismes communautaires ont constaté qu'il existe chez les personnes MSP en situation irrégulière une véritable méfiance à l'égard des agentes et des agents de l'immigration et des institutions³⁰.

À titre d'exemple, en 2018-2019, sur les 288 femmes enceintes que nous avons reçues à notre Clinique³¹ :

- 61 % étaient en attente de la régularisation de leur statut migratoire, ou possédaient un statut ne leur donnant pas accès aux soins (visa étudiant, parrainage, demande humanitaire, etc.) ;
- 34 % n'avaient pas de statut ;
- La majorité d'entre elles avaient entre 18 et 30 ans et connaissaient leur première grossesse ;
- Près de la moitié (41 %) disaient avoir un état de santé psychologique moyen à très mauvais ;
- 43 % considéraient avoir un logement temporaire et instable ;
- 78 % vivaient sous le seuil de faible revenu ;
- 42 % déclaraient ne pas être en mesure de combler les besoins alimentaires pour elles-mêmes ou leur famille.

Il est à noter que les conditions économiques et sociales des femmes reçues à la Clinique de Médecins du Monde ne représentent pas forcément celles de toutes les femmes migrantes à statut précaire du fait des critères d'admissibilité liés à la situation économique et sociale.

²⁶ Voir par exemple : Nicole Ives *et al.*, "Transnational Elements of Newcomer Women's Housing Insecurity : Remittances Newcomer Women's Housing Insecurity: Remittances and Social Networks," *Transnational Social Review : social networks. A Social Work Journal*, 2014, 4 : 2-3, p. 152-153 et 167.

²⁷ J. Hanley, L. Larios, A. Ricard-Guay, F. Meloni et C. Rousseau, "Pregnant & Undocumented: Taking Work into Account as a Social Determinant of Health," *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-04-2019-0046>.

²⁸ E. Granger, « La santé de la femme nouvellement arrivée », *Le médecin du Québec*, 42 : 2, 2007, p. 73-74.

²⁹ C. Schoenborn, M. de Spiegelaere et J. Racape, "Measuring the Invisible: Perinatal Health Outcomes of Unregistered Women Giving Birth in Belgium, a Population-Based Study," *BMC Pregnancy Childbirth*, 21:733, 2021, p. 2, en ligne : <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9>.

³⁰ S. Tiné *et al.*, 2019 (révisé en octobre 2021), p. 22.

³¹ Voir Annexe - Données statistiques



Cependant, le fardeau économique de l'accès aux services mentionnés dans ce mémoire est si important qu'il constitue une barrière majeure d'accès aux soins, quel que soit le statut économique et social des femmes.

En plus des données récoltées à la Clinique de Médecins du Monde Canada, l'étude MSAM permet de mieux comprendre la précarité économique et sociale dans laquelle vivent les femmes MSP. Si cette étude ne ciblait pas les femmes en particulier, il se trouve que 63 % des répondants étaient des femmes. Il est à noter qu'une grande partie des répondants ont été recrutés dans la salle d'attente de la Clinique de Médecins du Monde.

- 67,5 % des répondants estimaient ne pas avoir les moyens, ou à peine les moyens, pour subvenir à leurs besoins de base ;
- 34,7 % déclaraient connaître une insécurité alimentaire ;
- 34,1 % déclaraient vivre dans un logement insalubre ;
- 44,8 % déclaraient avoir un état de santé physique mauvaise ou faible ;
- Les deux principales raisons évoquées par les participants de l'enquête MSAM pour expliquer l'existence de besoins de santé non comblés sont liées à l'insécurité économique, soit le manque d'argent pour payer les frais (80,6 %), et à la peur d'être surfacturés (73,4 %)³².

Cette étude met également en évidence une forte corrélation entre la précarité du statut migratoire et la précarité économique ainsi que l'état perçu de santé physique et psychologique. En effet, la part de répondants dépourvus de statut ayant, selon leurs déclarations, une perception négative de ces indicateurs était systématiquement plus élevée que celle des personnes ayant un statut, même précaire³³.

Le profil des femmes reçues à la Clinique de Médecins du Monde traduit également la situation de vulnérabilité particulière des femmes MSP. Entre avril 2018 et février 2022, 1 femme sur 2 se déclarait financièrement dépendante de son conjoint ; or cette dépendance économique exacerbe leur situation de vulnérabilité.

Enfin, il faut rappeler que le statut migratoire précaire de ces femmes peut empêcher ou compliquer leur accès à des services liés à la grossesse, comme le retrait préventif CSST, l'Assurance-emploi pour maternité/parentalité, les programme OLO, etc. La grossesse devient alors un facteur important de précarisation.

1.3. Des services essentiels offerts par les organismes communautaires, mais insuffisants

N'ayant aucun accès au régime public d'assurance maladie, les femmes MSP n'ont souvent pas les moyens de payer les frais liés à leurs soins et dépendent d'une offre assez limitée de services et de soins gratuits ou à prix réduit grâce aux organismes communautaires ou à la bonne volonté

³² Cloos *et al.*, 2020.

³³ *Ibid.*

de certains professionnels de la santé. De nombreux organismes communautaires sont liés, dans la définition de leurs subventions, au statut migratoire des personnes qu'ils desservent et ne peuvent pas, par conséquent, offrir leur service aux personnes migrantes à statut précaire. Dans certains cas, ce ne sont pas forcément eux qui offrent les services directement, mais ils orientent les femmes et plaident leur cause afin qu'elles obtiennent ces services.

Les services offerts aux femmes MSP grâce aux différents acteurs communautaires au Québec incluent :

- La prévention, le diagnostic, le traitement et/ou le référencement pour traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), incluant le VIH ;
- La prévention, le dépistage et le suivi des cancers de l'appareil génital, en particulier le cancer du col de l'utérus ;
- Le dépistage et le suivi des douleurs pelviennes et des infections vaginales ;
- Le suivi des grossesses et les soins prénataux et postnataux ;
- La prévention des risques de complications obstétricales, y compris le suivi de grossesses à risque élevé ;
- Les références et/ou l'accompagnement pour les accouchements ;
- La prévention des grossesses non désirées, l'accès à la contraception et à l'IVG (volontaire, spontanée ou pour des raisons médicales) et les services de curetage ;
- L'information et les conseils sur les aspects physiques et psychologiques de la santé des femmes (par exemple, sur la contraception, les ITSS ou la ménopause) et le bien-être sexuel ;
- L'information sur le système de santé et les coûts associés aux soins ;
- Le soutien et l'accompagnement des personnes dans leurs démarches sociales, administratives, légales et/ou de soins ;
- La prévention, la détection, la prise en charge et/ou l'orientation des cas de violences basées sur le genre, incluant les violences sexuelles.

Si ces services sont essentiels pour ces femmes, leur accessibilité par l'intermédiaire de différents organismes qui peinent à répondre à la demande ne peut constituer une solution à long terme. En effet, il faut beaucoup de temps et d'énergie aux intervenantes et aux intervenants communautaires ainsi qu'aux professionnels de la santé pour obtenir l'admission d'une personne MSP à un programme ou à une intervention médicale ponctuelle, et lorsqu'ils y parviennent, c'est souvent grâce à leurs relations de confiance avec les différents acteurs concernés³⁴.

De plus, cette offre déjà limitée a été réduite à la suite des conséquences et des contraintes de la pandémie de COVID-19, alors que les besoins n'ont fait qu'augmenter du fait notamment de

³⁴ D. Nakache, Access to Health Care for Precarious Migrants: A Cross-Jurisdictional Analysis. Rapport rédigé à la demande de Médecins du Monde, 2021.

retards pris dans les dossiers d'immigration³⁵ (ce qui veut dire davantage de temps sans assurance maladie) ainsi que la précarisation des populations les plus vulnérables.

2. ÉVITER TOUTE CONFUSION AVEC LE TOURISME OBSTÉTRIQUE

Les signataires de ce mémoire ont bien pris note de la préoccupation liée au tourisme obstétrique dans le rapport interministériel sur la Couverture des enfants nés au Québec de parents à statut migratoire précaire³⁶. Cependant, il apparaît essentiel de faire une distinction très claire entre ce qui pourrait être considéré comme du tourisme obstétrique et les femmes et familles dont nous parlons ici.

Le tourisme obstétrique désigne le fait, pour une ressortissante étrangère en fin de grossesse, de voyager dans un pays donné dans le but intentionnel d'y accoucher afin d'obtenir automatiquement la citoyenneté de ce pays pour son enfant³⁷. Cela est techniquement possible au Canada, puisqu'on y applique le droit dit « du sol » en octroyant la citoyenneté par le lieu de naissance³⁸. La déclaration de naissance faite par le médecin permet ainsi automatiquement d'octroyer la citoyenneté canadienne ainsi que le passeport à l'enfant né sur le sol canadien³⁹.

Ce phénomène est aujourd'hui difficile à mesurer correctement, puisque les statistiques disponibles ne permettent pas de distinguer les véritables cas de tourisme obstétrique. En effet, les établissements de soins au Québec n'enregistrent pas de données sur le statut migratoire des femmes qui y accouchent, de sorte qu'il est impossible d'opérer une distinction entre les femmes dépourvues d'assurance médicale qui habitent au Québec et les femmes qui y viennent uniquement pour accoucher⁴⁰. Dans les bases de données administratives des hôpitaux, ces deux groupes tout à fait distincts sont généralement classés dans la même catégorie, qui porte souvent le nom – trompeur – de « non-résidents ». Il s'agit d'une catégorie établie à des fins de facturation pour identifier les personnes qui n'ont ni la couverture RAMQ, ni accès au PFSI, ni la couverture d'assurance santé d'une autre province canadienne, et qui doivent donc payer de leur poche. En somme, le fait d'être catégorisée comme « non-résidente » à des fins de facturation hospitalière

³⁵ En ligne : https://plus.lapresse.ca/screens/21184c15-f68a-46bc-b781-d672387e6248_7C_0.html?utm_content=facebook&utm_source=lpp&utm_medium=referral&utm_campaign=internal%20share&fbclid=IwAR2XOrsHnA0mBGtqaE2wkuVqAO_CJ-AznGOrMi3B-op8sf-Vdj3Qj8_UK8A.

³⁶ RAMQ, *Couverture des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*, Québec, Rapport interministériel, 2019, p. 6, en ligne : [rapport-couverture-enfants-migrants.pdf\(gouv.qc.ca\)](http://rapport-couverture-enfants-migrants.pdf(gouv.qc.ca))

³⁷ Office québécois de la langue française, *Fiche terminologique – tourisme obstétrique*, en ligne : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26522662.

³⁸ Parlement du Canada, Publications de recherche, La citoyenneté canadienne : pratiques et politiques, en ligne : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/202064E?#ftn95. Une seule exception concerne les enfants nés au Canada de parents diplomates, agents consulaires ou représentants d'un gouvernement étranger ou d'une organisation internationale et d'employés de ces organisations qui travaillent au Canada.

³⁹ Statistique Canada, *Tableau 13-10-0414-01 : Naissances vivantes, selon le lieu de résidence de la mère*, en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310041401>.

⁴⁰ Parlement du Canada, Publications de recherche, La citoyenneté canadienne : pratiques et politiques, en ligne : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/202064E?#ftn95.

ne révèle rien quant au statut migratoire de la personne, et surtout, ne permet pas de savoir si elle demeure ou non au Québec.

Les chiffres souvent cités dans les médias représentent donc un ensemble de cas très différents, comprenant non seulement les quelques femmes ne restant au pays que « le temps d’obtenir un passeport canadien pour leur enfant⁴¹ », mais aussi les étudiantes internationales, les travailleuses agricoles, les femmes ayant un permis de travail, les fonctionnaires de gouvernements étrangers et les femmes MSP, dont la présence au Québec n’est pas liée au « tourisme obstétrique⁴² ».

Si la préoccupation liée à une augmentation du tourisme médical périnatal et à ces « bébés passeports » peut être un enjeu légitime en termes d’immigration et de citoyenneté, il apparaît que ce n’est pas le cas en ce qui concerne l’accès à la couverture d’assurance maladie provinciale. En effet, les règles applicables en la matière, et en particulier l’obligation de présence au Québec 183 jours par an, atténue grandement le risque d’abus potentiel. De plus, comme c’est le cas avec les enfants de parents MSP qui sont maintenant couverts par le régime d’assurance maladie provinciale, il existe des solutions afin d’établir la preuve de présence au Québec antérieure à l’accouchement ou la volonté de s’y établir.

Enfin, la représentation disproportionnée du tourisme obstétrique dans le débat public contribue à augmenter la situation de vulnérabilité et la stigmatisation des femmes MSP. En effet, des recherches indiquent que lorsque les femmes MSP se présentent à l’hôpital ou dans une clinique à la recherche de soins prénataux, elles sont souvent soupçonnées d’être des « touristes obstétriques » exploitant de manière injuste les systèmes de santé et d’immigration du pays, ce qui entrave encore une fois leur accès aux services de santé⁴³.

3. L’ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ EMPÊCHE LES FEMMES MSP D’ACCÉDER AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DONT ELLES ONT BESOIN

L’expérience de Médecins du Monde avec les femmes à statut migratoire précaire au Québec démontre que ces femmes subissent, du fait de leur situation, de nombreuses violences et violations de leurs droits lorsque celles-ci essaient d’accéder à des services de santé sexuelle et reproductive.

En effet, le fait que ces femmes n’aient aucune couverture de santé rend leur accès aux soins non seulement dispendieux, mais aussi souvent impossible, sauf si elles se trouvent en situation

⁴¹ Radio-Canada International, *Dénoncé par Trump, le nombre de « bébés passeports » serait aussi en hausse au Canada*, 23 novembre 2018, en ligne : <https://www.rcinet.ca/fr/2018/11/23/trump-canada-bebe-passeport-tourisme-naissance-statistiques/>.

⁴² M. Gaucher et L. Larios, *Birth Tourism and the Demonizing of Pregnant Migrant Women*, 17 janvier 2020, en ligne : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/january-2020/birth-tourism-and-the-demonizing-of-pregnant-migrant-women/>.

⁴³ *Ibid.*

d'urgence. Ces refus s'observent dans le domaine de la périnatalité, mais aussi dans d'autres services essentiels de santé sexuelle et reproductive.

Il est également important de souligner combien ces barrières aux soins de santé sexuelle et reproductive sont discriminatoires envers les femmes. En effet, par rapport aux hommes impliqués, ces dernières portent de manière disproportionnée le fardeau économique et sanitaire dans ces situations. Par conséquent, les souffrances et les coûts financiers qui résultent de ces barrières peuvent être considérés comme des violences systémiques affectant principalement les femmes dans notre société, puisqu'elles ont une plus grande nécessité que les hommes de recourir aux soins de santé.

Il est à noter que l'accès plus général aux services de santé s'est compliqué avec la COVID-19 (qu'on soit migrant ou non), ce qui ajoute à la difficulté d'accès.

3.1. Les soins et les services de périnatalité

L'accès à des services de périnatalité est un enjeu majeur pour les femmes MSP. Ainsi, la documentation concernant la grossesse au Québec (tarifs, liste d'hôpitaux, vidéos informatives, suivis) constituait l'une des trois principales références transmises aux personnes qui ont appelé au triage de la Clinique de Médecins du Monde en 2021-2022⁴⁴.

Comme expliqué précédemment, le fait d'être couvert par un régime d'assurance privée ne résout en rien ces problèmes d'accès⁴⁵. Ainsi, entre le 1^{er} avril 2021 et le 14 février 2022, 32 % des 241 femmes enceintes qui ont appelé pour un suivi de grossesse à la Clinique de Médecins du Monde possédaient une assurance privée qui ne couvrait pas les frais reliés à la grossesse ou imposait des limites de réclamation pour certains soins.

De plus, dans une étude réalisée par Médecins du Monde sur le traitement de ces femmes lors de leur grossesse au Québec⁴⁶, de nombreuses femmes rapportaient avoir éprouvé des difficultés à trouver un médecin qui les accepterait comme patientes même lorsqu'elles étaient prêtes à payer.

Cela démontre à quel point l'accès à une couverture de santé provinciale est crucial pour les femmes MSP qui vivent au Québec.

3.1.1. Le suivi prénatal

Afin de pouvoir obtenir un suivi de grossesse, les femmes MSP doivent pouvoir payer à l'avance toutes les consultations et tous les examens, voire les frais relatifs à l'accouchement. Les femmes MSP qui ne disposent pas de couverture doivent donc prévoir un budget très important pour

⁴⁴ Statistiques de la Clinique destinée aux personnes migrantes à statut précaire de Médecins du Monde, entre avril 2021 et février 2022.

⁴⁵ S. Tiné *et al.*, 2019 (révisé en octobre 2021).

⁴⁶ Argueta *et al.*, 2017, p. 11.

l'ensemble de ces services. Ainsi, la qualité du suivi de grossesse de ces femmes varie selon leur capacité ou non d'assumer ces frais⁴⁷.

Une étude montréalaise a révélé que pendant toute la durée de leur grossesse, 66 % des femmes dépourvues d'assurance maladie n'avaient reçu aucun suivi prénatal avec un médecin ou une infirmière ; 73 % n'avaient eu aucun test sanguin et 77 % n'avaient eu aucune échographie⁴⁸. La raison principale évoquée pour expliquer la décision de retarder un suivi prénatal ou d'y renoncer était l'incapacité de payer. Plusieurs femmes ont souligné qu'elles n'avaient pas les moyens de payer pour un suivi prénatal et aussi pour un régime alimentaire sain et des suppléments, alors elles devaient choisir entre les deux. La plupart de ces femmes, dont la grande majorité étaient sans statut, devaient continuer à travailler pendant toute leur grossesse, faisant souvent des tâches exigeantes (ex. : ménage, soins aux enfants ou aux aînés, travail manufacturier, etc.) dans des conditions difficiles et parfois abusives⁴⁹.

Une étude rétrospective portant sur les femmes ayant accouché à l'Hôpital général juif a permis de mettre en évidence le fait que les femmes n'ayant pas d'assurance maladie débutaient leur suivi de grossesse beaucoup plus tard que les femmes ayant accès à la RAMQ (25,6 semaines au lieu de 12 semaines). Elles avaient eu moins de visites prénatales (6,6 visites au lieu de 10,7) et moins d'exams de dépistage. Globalement, les soins reçus par les femmes non assurées étaient plus souvent catégorisés comme « inadéquats »⁵⁰.

3.1.2. L'accouchement

Lors de l'accouchement, ces femmes se voient refuser une prise en charge et des soins adéquats, à moins de payer immédiatement un dépôt ou même l'intégralité des frais d'hospitalisation ou de se présenter en situation d'urgence. Si cette pratique consistant à privilégier l'aspect financier par rapport à l'aspect médical est courante dans d'autres services de santé pour les personnes MSP, ceci est particulièrement fréquent en obstétrique, puisque l'enfant à naître est un patient invisible pour ceux qui prennent ces décisions. La plupart des hôpitaux exigent ainsi un dépôt en prévision de l'accouchement pouvant aller jusqu'à près de 20 000 \$⁵¹. Ces tarifs n'incluent même pas les coûts supplémentaires qui peuvent découler d'un accouchement.

L'impossibilité d'avoir accès à un suivi de grossesse incluant la préparation de l'accouchement dans un centre hospitalier identifié à l'avance sans payer de dépôt pousse donc de nombreuses

⁴⁷ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde Canada, 2015, p. 11-12.

⁴⁸ Rousseau *et al.*, "Perinatal Health Care for Undocumented Women in Montreal: When Sub-Standard Care is Almost the Rule," *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 2014.

⁴⁹ Hanley *et al.*, 2020.

⁵⁰ C. Jarvis, M. Munoz, L. Graves, R. Stephenson, V. D'Souza et V. Jimenez, "A Retrospective Review of Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Group of Uninsured Pregnant Women," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(3), 2011, p. 235-243.

⁵¹ Observatoire des tout-petits, « Coût d'un suivi de grossesse et d'un accouchement sans l'assurance de la RAMQ » selon les tarifs établis en consultant la circulaire ministérielle qui fixe les tarifs des services rendus en externe et des hospitalisations, en ligne : <https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-de-sante-migrants/couts-grossesse/>.

femmes enceintes à se présenter dans les établissements de santé au tout dernier moment. L'accouchement est alors considéré comme une situation d'urgence et le personnel de santé n'a pas d'autre choix que de le prendre en charge. Cependant, dans ce contexte d'urgence et en l'absence de suivi de grossesse adéquat, l'équipe obstétricale est obligée de prendre de nombreuses précautions afin de prévoir les cas où il y aurait des problèmes qui sont normalement dépistés en amont. Au-delà du coût économique qu'elle engendre, cette pratique est un important facteur de stress pour l'équipe médicale, qui dans ce contexte n'arrive pas toujours à offrir une prise en charge optimale. Cette pratique peut avoir des conséquences graves sur la santé de la mère et de son enfant ainsi que sur la mobilisation et l'offre de services de l'équipe médicale. Les équipes de Médecins du Monde ont notamment été témoins de décès *in utero* à la suite de refus de prise en charge de patientes dans des établissements hospitaliers.

Ces femmes se voient également refuser l'administration de médicaments contre la douleur. En effet, les anesthésistes donnant l'épidurale lors de l'accouchement ne sont pas dans l'obligation d'anesthésier la patiente en travail lorsqu'il s'agit uniquement de soulagement de la douleur, puisque cela est considéré comme une question de « confort » et non comme une nécessité médicale⁵². Certains refusent donc de les anesthésier si les mères ne paient pas à l'avance, parfois même en plein travail. En plus des tarifs de l'hôpital et du médecin, ces femmes doivent donc prévoir une somme en cas d'anesthésie qui peut varier entre 500 \$ et 1 200 \$⁵³. Plusieurs femmes rapportent avoir dû envoyer leur conjoint chercher de l'argent liquide afin de payer l'anesthésiste pendant l'accouchement afin qu'elles puissent obtenir une péridurale par exemple⁵⁴. D'autres n'ont tout simplement pas pu recevoir d'épidurale puisqu'elles n'en avaient tout simplement pas les moyens⁵⁵.

3.1.3. Le suivi postnatal

De nombreuses femmes MSP sont contraintes de quitter l'hôpital dans les heures suivant leur accouchement, soit de leur propre gré afin de ne pas payer de frais supplémentaires, soit sous la pression du personnel hospitalier si elles n'ont pas de raisons médicales urgentes d'y rester. Elles sont ainsi privées de nombreux services non considérés comme urgents. Si des raisons médicales urgentes liées à leur santé ou à celle de leur enfant les obligent à demeurer à l'hôpital, de nombreuses femmes rapportent éprouver une angoisse grandissante par rapport aux coûts de ces soins et devoir parfois faire des choix difficiles entre certains services. Si elles doivent quitter l'hôpital avant leur bébé, on leur refuse souvent l'accès aux chambres prévues pour les autres mères dans cette situation. Certaines femmes rapportent également avoir ressenti du jugement ou subi, juste après l'accouchement, des abus et du harcèlement de la part du personnel hospitalier.

Une fois rentrées chez elles, ces femmes ne reçoivent aucun suivi médical ou social post-partum. En effet, au Québec une infirmière du CLSC du quartier de résidence de la femme enceinte se rend

⁵² Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde Canada, 2015, p. 15.

⁵³ *Ibid.* Ex. : à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, le tarif pour l'épidurale était jusqu'à récemment de 1 200 \$.

⁵⁴ Argueta *et al*, 2017, p. 19.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 22.

à domicile quelques jours après l'accouchement afin d'évaluer la santé de la mère et du bébé. Plusieurs femmes MSP nous rapportent ne pas avoir eu accès à ce type de visite suite à leur accouchement ni aux services habituellement offerts par les CLSC, comme les cliniques d'allaitement, le suivi de la prise de poids du bébé et l'accès à divers professionnels de la santé pour accompagner la nouvelle maman.

3.2. Les autres services et soins essentiels en santé sexuelle et reproductive

Au-delà de la périnatalité, les femmes MSP se voient refuser d'autres services en santé sexuelle et reproductive. La nature essentielle de ces services est largement reconnue. Ceux-ci rejoignent d'ailleurs ceux déjà répertoriés comme pouvant être considérés comme des exceptions au délai de carence par la RAMQ⁵⁶, car jugés comme étant particulièrement importants.

3.2.1. Planification familiale et interruption de grossesse

Les femmes MSP rencontrent une double barrière d'accès à la planification familiale au Québec. Tout d'abord, elles sont dans l'impossibilité d'obtenir une prescription médicale. En effet l'évaluation de la demande de contraception pour les personnes assurées peut être prise en charge par une infirmière dans plusieurs services courants en CLSC par exemple, mais ce sont des services qui ne sont pas accessibles aux femmes MSP. De plus, même avec une prescription, la contraception coûte cher quand on ne bénéficie pas d'un accès à l'assurance médicaments. La majorité des femmes qui fréquentent la Clinique de Médecins du Monde n'ont pas les moyens d'y avoir accès à long terme.

Les femmes MSP, comme toutes les autres femmes, doivent parfois interrompre leur grossesse. Cependant, l'absence de couverture de santé est une nouvelle fois un obstacle majeur à leur capacité d'accéder à ce service, aussi essentiel soit-il. Plusieurs organisations, dont Médecins du Monde, ont accompagné des femmes en grande précarité économique, parfois victimes de violence, ne pouvant pas recourir à une interruption volontaire de grossesse. Si ces organisations ont pu parfois référer ces femmes afin qu'elles obtiennent finalement un service adapté, cela n'est pas toujours le cas, et lorsque cela fonctionne, le parcours d'accès est disproportionnellement long et angoissant. L'accès aléatoire et restreint au référencement par le biais d'organisations n'est donc pas suffisant, considérant l'importance de ces services dans la vie d'une femme.

Les difficultés d'accès à la contraception et à l'IVG augmentent le nombre de grossesses non désirées, alimentant un cercle vicieux nuisible à ces familles et à l'ensemble de la société.

3.2.2. Le dépistage et le traitement des ITSS

La situation précaire dans laquelle certaines femmes MSP se retrouvent les rend plus susceptibles de contracter certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang, telles que le VIH, la

⁵⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Facturation pendant le délai de carence*, en ligne : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/Pages/delai-carence.aspx#:~:text=Le%20ministre%20de%20la%20Sant%C3%A9,r%C3%A9gime%20lors%20de%20situations%20particuli%C3%A8res.>



syphilis, la chlamydia/gonorrhée ou l'hépatite⁵⁷. Ces infections représentent un risque pour leur santé, et représentent un risque important lors d'une grossesse et pour la santé de l'enfant, en plus de poser certains problèmes de santé publique.

Médecins du Monde relève qu'il est extrêmement difficile, pour les femmes MSP, d'avoir accès à du counseling au dépistage, à la prise en charge et au traitement des ITSS. Malgré les collaborations développées par l'équipe de Médecins du Monde avec certains laboratoires et cliniques spécialisés pour offrir ces services, cela reste encore de faible ampleur et ne concerne qu'une partie infime de la population des femmes MSP, qui arrivent à bénéficier des services de la Clinique de Médecins du Monde.

3.2.3. Les cancers du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le troisième cancer parmi les cancers de l'appareil reproducteur diagnostiqués le plus fréquemment au Canada, avec un taux d'incidence de 8,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Une sur-prévalence est d'ailleurs remarquée chez les femmes issues des communautés autochtones et de l'immigration du fait de multiples barrières d'accès aux mesures de prévention et de dépistage. Pour les femmes MSP, l'absence de couverture de santé fait qu'elles ne peuvent accéder ni aux mesures de prévention, ni au dépistage, ni à des traitements.

Si certaines catégories de population prioritaires parmi les personnes assurées ont accès au vaccin offert contre le cancer du col de l'utérus (soit le vaccin Gardasil) du fait de leur manque de couverture d'assurance maladie, ce n'est pas le cas des femmes MSP, même si elles entrent dans les critères des programmes actuellement en place⁵⁸.

Médecins du Monde offre le pap-test aux femmes MSP qui en font la demande ou qui présentent un problème de santé nécessitant l'utilisation de cet examen diagnostique. Malheureusement, le suivi nécessaire, comme une colposcopie lors d'un résultat anormal, n'est pas possible au sein de notre Clinique. Quelques cliniques partenaires acceptent d'effectuer le suivi, mais encore une fois, il s'agit d'un parcours complexe et anxiogène pour les femmes MSP qui retarde l'accès à des soins nécessaires. De plus, et c'est là l'obstacle majeur, si une femme MSP reçoit un résultat avec cellules anormales, il est impossible pour elle d'accéder à des services et à des soins.

3.2.4. Les services pour les victimes de violences basées sur le genre

Du fait de leur situation économique et sociale précaire et de leur statut migratoire, les femmes MSP sont exposées à des risques accrus de violences basées sur le genre dans différents contextes, qu'ils soient familiaux, professionnels ou sociaux. Leur dépendance économique à d'autres personnes et le lourd endettement créé par leur utilisation des services de santé augmentent ainsi leur vulnérabilité face aux violences basées sur le genre.

Une femme MSP vivant des violences devra payer pour les soins et services dont elle aura bénéficié et aura plus de difficultés à obtenir ces services de manière adéquate et en temps voulu.

⁵⁷ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQÀM et Médecins du Monde Canada, 2015, p. 15.

⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vaccination contre les virus du papillome humain (VPH). Information à l'intention des vaccinateurs*, gouvernement du Québec, septembre 2021, p. 15, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-291-02W.pdf>.

L'équipe de Médecins du Monde témoigne du fait que de nombreuses femmes MSP victimes de violences n'auront tout simplement pas accès à des soins de santé en raison du parcours extrêmement complexe, stigmatisant et angoissant qui leur permettrait d'y accéder, mais surtout et avant tout faute de moyens financiers pour pouvoir payer en amont pour des soins considérés comme n'étant pas urgents.

Plus spécifiquement, certaines femmes MSP proviennent de régions du monde où les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées. Il s'agit d'une réalité encore méconnue au sein des équipes de soins régulières du système de santé publique au Québec. Les MGF peuvent avoir un impact psychologique et physique majeur pour les femmes qui les subissent et les jeunes filles qui sont exposées à ce risque. Elles peuvent notamment provoquer de graves hémorragies et des problèmes urinaires, et par la suite des kystes, des infections ainsi que des complications lors de l'accouchement, et accroître le risque de décès du nouveau-né⁵⁹. Les femmes MSP qui le désirent devraient avoir accès aux services spécialisés existants : sexologues, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, infirmières, médecins, physiothérapeutes afin de faire face aux conséquences des MGF et de faire en sorte que cette pratique ne soit pas répétée dans les générations futures.

4. L'IMPACT DÉMESURÉ DE L'ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ SUR LES FEMMES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE ET LEURS ENFANTS

4.1. Les conséquences de l'absence de couverture de santé sur la santé des femmes et de leurs enfants

4.1.1. La santé des femmes

Les obstacles à l'accès aux soins de santé ont un impact sur la qualité des soins reçus par les femmes MSP et mettent en danger leur état de santé et parfois même leur vie, ainsi que, pour les femmes enceintes, celle de leur bébé. Les professionnels de la santé ainsi que les chercheuses et les chercheurs attestent que les femmes MSP sont généralement plus sujettes au développement de problèmes de santé⁶⁰.

Une étude montréalaise démontre que les femmes MSP ont un suivi prénatal clairement déficient en termes de contact avec des professionnels (visites prénatales), de tests de laboratoire et d'examens complémentaires (échographies)⁶¹ et l'insuffisance de ces soins prénataux peut augmenter le risque de décès prénatal⁶². Leur manque d'accès aux soins de santé est décrit comme « un problème de santé publique, éthique et légal⁶³ ».

⁵⁹ En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

⁶⁰ L. Magalhaes et al., "Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions," *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 2010, p. 132-151.

⁶¹ Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – Équipe de recherche et intervention transculturelles, *Rapport de recherche : l'accès aux soins de santé pour les enfants et femmes enceintes à statut migratoire précaire* (document de travail), Centre affilié universitaire, Université McGill, Montréal, 2012, p. 8.

⁶² C. Jarvis et al., 2011.

⁶³ Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – Équipe de recherche et intervention transculturelles, 2012. p. 10.

Des études montréalaises démontrent que les femmes n'ayant pas d'assurance santé bénéficient de moins de soins prénataux⁶⁴ et débutent souvent leur suivi de grossesse beaucoup plus tard que les autres femmes au Québec⁶⁵. Les retards de prise en charge et les lacunes dans le traitement ont des conséquences graves sur la santé des femmes enceintes. Le nombre de femmes dépourvues de statut dont la grossesse est à haut risque est alarmant. On peut penser aux grossesses extra-utérines ou à l'éclampsie⁶⁶, pouvant conduire au décès de la mère ou de l'enfant. Ainsi, le risque de complications à l'accouchement a considérablement augmenté. On note, chez les femmes non assurées, une augmentation de la proportion de fausses couches et de bébés mort-nés⁶⁷, du risque de césarienne⁶⁸, du nombre d'accouchements prématurés⁶⁹, et l'on observe un taux plus élevé de nouveau-nés en réanimation⁷⁰. Les données européennes indiquent que les femmes dépourvues de statut courent également davantage le risque de morbidité et de mortalité maternelles⁷¹. Entre autres, l'hypertension et les infections non détectées peuvent avoir de sérieuses conséquences pour la mère comme pour le bébé.

L'absence de soins pendant la grossesse peut également avoir des effets sur la santé mentale de la mère, notamment en augmentant le risque de dépression prénatale⁷². En effet, des études montrent que les femmes MSP perçoivent une forme de déshumanisation lorsqu'elles reçoivent des traitements au sein des services de santé : d'une part, elles se sentent comme de potentielles criminelles ou comme des personnes dans le besoin lorsqu'on leur demande de payer de leur poche les frais relatifs à leur grossesse ; d'autre part, lors de leur expérience d'accouchement, le traitement de leur corps leur donne l'impression que leur voix ou que leur consentement ne sont pas pris en compte. Il en résulte une expérience de stress et d'épuisement, accompagnée d'un sentiment d'impuissance⁷³. À ceci s'ajoute la pression engendrée par la situation socioéconomique précaire de la famille entière et les difficultés quotidiennes pour subvenir aux besoins de personnes dépendantes. La pandémie de COVID-19 a aussi contribué à une

⁶⁴ Rousseau *et al.*, 2014.

⁶⁵ C. Jarvis *et al.*, 2011.

⁶⁶ L. Magalhaes *et al.*, 2010.

⁶⁷ F. H. Morriss, "Increased Risk of Death among Uninsured Neonates," *Health Serv Res.*, 48 (4), 2013, p. 1232-1255.

⁶⁸ L. Merry *et al.*, "Casearean Births among Migrant Women in High-Income Countries," *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 32, 2016, p. 88-99.

⁶⁹ A. Castello *et al.*, "Differences in Preterm and Low Birth Weight Deliveries between Spanish and Immigrant Women: Influence of the Prenatal Care Received," *Ann Epidemiol*, 22 (3), 2012, p. 175-182.

⁷⁰ K. Wilson-Mitchell et J. A. Rummens, "Perinatal Outcomes of Uninsured Immigrant, Refugee and Migrant Mothers and Newborns Living in Toronto, Canada," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, n° 6, 2013, p. 2198-2213, en ligne : <https://doi.org/10.3390/ijerph10062198>.

⁷¹ C. Schoenborn *et al.*, 2021, p. 2 ; N. C. Gieles *et al.*, "Maternal and Perinatal Outcomes of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe: A Systematic Review," *The European Journal of Public Health*, vol. 29, n° 4, 2019, p. 714-723, p. 721.

⁷² M. Miskurka *et al.*, "Antenatal Depressive Symptoms among Canadian-Born and Immigrant Women in Quebec: Differential Exposure and Vulnerability to Contextual Risk Factors," *NOM DE LA REVUE EN ITALIQUES*, 47 (10), 2012, p. 1639-1648.

⁷³ L. G. Larios, *Pregnant and Precarious: Canadian Immigration through the Lens of Reproductive Justice. Doctoral thesis*, Concordia University, 2020.

augmentation notable du niveau de détresse psychologique chez les femmes enceintes souffrant d'isolement social ou plongées dans un environnement hostile⁷⁴.

En ce qui concerne les ITSS et le cancer du col de l'utérus, certaines femmes, sachant qu'elles n'auront pas accès aux soins si le résultat est anormal, refusent de se faire dépister et donc courent le risque de développer une maladie susceptible de mettre leur vie en danger.

4.1.2. La santé des enfants

L'absence de couverture d'assurance maladie pour les femmes MSP, ajoutée aux diverses violences directes et indirectes auxquelles elles peuvent faire face et à des déterminants économiques et sociaux défavorables, se répercute directement sur la santé de l'enfant, causant potentiellement des séquelles à long terme.

Tout d'abord, leur situation socioéconomique précaire est à l'origine de problèmes de malnutrition pouvant avoir des conséquences importantes sur le développement du fœtus, notamment en cas d'anémie ou de diabète de grossesse⁷⁵.

Ensuite, le manque de suivi tout au long de la grossesse a des conséquences sur le développement du fœtus et augmente le risque de naissance prématurée, de bébés ayant un faible poids ou de malformations congénitales⁷⁶. De plus, dans une étude sur les migrantes non assurées menée auprès de 278 femmes assurées et de 175 femmes non assurées traitées dans les hôpitaux de Toronto, on a constaté que les mères non assurées avaient un taux plus élevé de césariennes ainsi qu'un taux plus élevé de réanimation des nouveau-nés⁷⁷. La malnutrition pendant la grossesse, enfin, est associée au développement de maladies chroniques et à des retards de développement cognitif de l'enfant⁷⁸.

Enfin, il est possible de mesurer le stress éprouvé par les femmes migrantes dépourvues de couverture médicale durant la grossesse par les divers symptômes développés par l'enfant, notamment : la naissance prématurée, l'hypertension induite par la grossesse, le faible poids de

⁷⁴ Association pour la santé publique du Québec, *Inégalités de genre : Impact de la pandémie de covid-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec*, 2020.

⁷⁵ Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde Canada, 2015, p. 15.

⁷⁶ Z. A. Bhutta *et al.*, "Linkages Among Reproductive Health, Maternal Health, and Perinatal Outcomes," *Seminars in Perinatology*, 34, n° 6, 2010, p. 434-445, en ligne : <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.09.002> ; C. Carvalho *et al.*, "Delays in Obstetric Care Increase the Risk of Neonatal Near-Miss Morbidity Events and Death: A Case-Control Study," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, n° 1, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03128-y> ; S. Partridge *et al.*, "Inadequate Prenatal Care Utilization and Risks of Infant Mortality and Poor Birth Outcome: A Retrospective Analysis of 28,729,765 U.S. Deliveries over 8 Years," *Am J Perinatol*, 29, 2012, p. 787-794.

⁷⁷ K. Wilson-Mitchell et J. A. Rummens, 2013.

⁷⁸ C. G. Victora *et al.*, "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital," *Lancet*, 371 (9609), 2008, p. 340-357.

naissance et les retards de développement neuropsychologique chez les enfants (effets à long terme)⁷⁹.

4.2. L'absence de couverture de santé favorise les abus et le harcèlement envers les femmes MSP dans le système de santé

Médecins du Monde relève également l'abus verbal du personnel médical ainsi que le harcèlement subi par ces femmes migrantes en raison de leur statut migratoire et de leur défaut d'assurance. En effet, des professionnels de la santé ont fréquemment signalé des pratiques cliniques de leurs pairs liées au racisme et à des préjugés ethniques à l'égard des femmes migrantes enceintes⁸⁰.

À cela s'ajoute le harcèlement constant qui transparaît déjà dans les demandes de dépôts et de paiements avant que les soins ne soient prodigués. Plusieurs femmes ayant rapporté à Médecins du Monde avoir reçu un service approprié se sont dit stressées et parfois même harcelées par les équipes du RSSS, notamment sur la question du paiement préalable aux soins⁸¹.

Des abus de pouvoir ont également été notés par Médecins du Monde de la part du personnel médical à l'égard de ces femmes migrantes. La menace de la rétention d'un certificat de naissance en cas de non-paiement préalable a été constatée. En effet, 25 % des femmes qui ont été sondées dans une recherche de Médecins du Monde affirment avoir été menacées de ne pas pouvoir récupérer le certificat de naissance de leur bébé tant qu'elles ne payaient pas leur facture avant de quitter l'hôpital⁸². Certains centres de soins refusent également de donner à leurs patientes leur dossier médical tant qu'elles n'ont pas payé pour les soins et services qu'elles ont reçus.

À ces abus s'ajoute aussi la peur d'être dénoncées aux autorités d'immigration par les services de santé et/ou de recouvrement⁸³. Les signataires de ce mémoire observent qu'il existe chez les MSP en situation irrégulière une véritable culture de peur des agentes et des agents de l'immigration et des institutions. Les recherches de Médecins du Monde démontrent à ce propos que certains membres du personnel hospitalier ou agentes et agents administratifs ont déjà menacé de dénoncer des MSP aux services d'immigration⁸⁴.

⁷⁹ K. Bergman et al., "Maternal Stress During Pregnancy Predicts Cognitive Ability and Fearfulness in Infancy," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 2007, p. 1454-1463, en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049295/> ; M. S. Cardwell, "Stress : Pregnancy Considerations," *Obstetrical & Gynecological Survey* 68, n° 2, 2013, p. 119-129, en ligne : <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31827f2481>.

⁸⁰ Sandra Pelaez, K. N. Hendricks, L. A. Marry et A. J. Gagnon, "Challenges Newly-Arrived Migrant Women in Montreal Face when Needing Maternity Care: Health Care Professionals' Perspectives," *Globalization and Health*, 13:5, 2017, p. 2.

⁸¹ Argueta et al., 2017.

⁸² *Ibid.*, p. 12.

⁸³ Urszula Stotzer, Denise Elfionayi-Mäder et Philippe Wanner, *Mesure de satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations*, Berne, Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), 2006, p. 51.

⁸⁴ 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.

4.3. L'absence de couverture de santé expose les femmes MSP à un fardeau économique démesuré et arbitraire

Afin d'obtenir les soins, y compris un suivi de grossesse ou une IVG, ces femmes doivent souvent pouvoir payer à l'avance les consultations et tous les examens nécessaires, ainsi que les frais hospitaliers, le cas échéant. L'excessivité des coûts des services et soins de santé, qui s'ajoute à une situation socioéconomique souvent difficile, constitue un obstacle majeur pour les femmes MSP. Parmi les 45 femmes enceintes ayant participé, en 2017, à l'enquête MSAM, plus du tiers ont déclaré des revenus mensuels par ménage inférieurs à 1 000 \$⁸⁵. Les sommes demandées pour ces soins et services essentiels sont non seulement exorbitantes, mais aussi arbitraires, et constituent, de ce fait, une forme d'abus et d'injustice envers ces femmes.

En effet, au Québec, aucune grille tarifaire n'encadre les montants qui peuvent être exigés pour les soins liés à la grossesse des femmes migrantes à statut précaire dépourvues d'assurance maladie⁸⁶. Une circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec recommande aux professionnels de la santé de majorer les tarifs de 200 % pour les personnes non assurées au Canada par rapport au montant exigé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)⁸⁷.

Les montants demandés par les médecins pour les soins prénataux représentent souvent le double ou le triple du coût réel de la consultation. Généralement, le coût d'un rendez-vous avec un médecin de famille oscille entre 80 \$ et 300 \$ s'il n'y a pas de couverture d'assurance maladie. Cela varie en fonction du médecin, de sa spécialité et du niveau de risque de la grossesse⁸⁸. Selon une recherche menée par Médecins du Monde, sur 72 femmes interrogées, 8 ont indiqué que le prix de leurs consultations prénatales avait augmenté durant les soins mêmes. Certaines répondantes ont rapporté des pratiques de facturation à la minute et ont indiqué avoir dû négocier chaque nouveau soin avec le médecin⁸⁹.

Il en va de même avec les frais hospitaliers pour les accouchements, qui varient selon l'hôpital, les spécialistes, l'administration etc.⁹⁰. À titre d'exemple, en 2019, certaines femmes ont reçu des factures pouvant atteindre plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines, de milliers de dollars pour

⁸⁵ Cloos *et al.*, 2020.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 12.

⁸⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, *Facturation des services externes pour les responsabilités autres que celles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Annexe 1 à la Circulaire 2021-021* (03.01.22.19), 2021, en ligne : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/2e9594aae98e1795852586cd003f8c5f/\\$FILE/2021-021_Annexe%20\(r%C3%A9v%202021-06-08\)_1_Tarifs%20Serv%20Rend%20Ext_MSSS.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/2e9594aae98e1795852586cd003f8c5f/$FILE/2021-021_Annexe%20(r%C3%A9v%202021-06-08)_1_Tarifs%20Serv%20Rend%20Ext_MSSS.pdf).

⁸⁸ *Ibid.*, p. 6.

⁸⁹ Argueta *et al.*, 2017, p. 12.

⁹⁰ Médecins du Monde, *Guide pour femmes enceintes sans couverture au Québec*, 2018, p. 5, en ligne : <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/12/Guide-de-ressources-pour-femmes-enceintes-FR-2018.pdf>.

un accouchement, lorsque des procédures supplémentaires, comme une césarienne ou une hospitalisation prolongée, étaient requises⁹¹.

Le paiement de telles sommes pour des soins de santé augmente la dépendance des femmes MSP envers leur conjoint ou toute autre personne qui les aide financièrement, et les rend ainsi plus vulnérables à la violence, qu'elle soit physique ou psychologique. Cela limite aussi la possibilité pour elles de faire des choix de vie éclairés. Ceci est particulièrement fréquent lorsque le pourvoyeur est citoyen canadien ou résident permanent et la femme, MSP.

Ce fardeau augmente également la précarité financière de bien des familles non couvertes par le régime public et nuit à leur capacité à assurer des conditions de vie optimales pour elles-mêmes et pour le développement et la santé de leurs enfants. Cela a, par exemple, un impact sur d'autres déterminants de la santé, tels que le logement salubre que ces femmes pourraient ne plus être en mesure de payer. En somme, la situation économique et sociale et la santé de ces femmes MSP et de leur famille, déjà marquées par des déterminants défavorables, tendent à se dégrader du fait des politiques actuelles en place au Québec, qui entretiennent un cercle vicieux de marginalisation.

5. L'ABSENCE DE COUVERTURE DE SANTÉ POUR LES FEMMES MSP A DES CONSÉQUENCES LOURDES SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

5.1. Les risques pour la santé publique

Les personnes dépourvues de couverture médicale passent facilement entre les mailles du système de santé, et n'ont pas non plus accès à toutes les mesures de prévention en santé. Or l'actualité de la COVID-19 nous montre à quel point des mesures et des politiques étendues à l'ensemble de la population, mais adaptées aux contextes de précarité connus par certains groupes, sont primordiales pour garantir la protection et l'épanouissement de la société dans sa globalité. Ainsi, un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux ne bénéficiera pas seulement aux principales concernées, mais également à toute la population.

Il est, par exemple, démontré que l'absence de protection sociale entraîne le risque de développement et de propagation de maladies infectieuses et des ITSS, ce qui représente alors un risque collectif⁹² et une charge économique supplémentaire⁹³. Des études récentes menées en

⁹¹ Médecins du Monde Canada, *Vulnérabilisation et marginalisation des enfants de familles migrantes à statut précaire – Les effets des barrières systémiques entravant l'accès aux soins de santé*. Soumission à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2019, p. 6, en ligne : https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-248_Memoire_Medecins_Du_Monde.pdf; une mère, dont le bébé est resté aux soins intensifs pendant plusieurs semaines avant de finalement décéder, a reçu une facture de 300 000 \$ dans un hôpital montréalais.

⁹² L. 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.

⁹³ N. Bergin et al., "Maternal Vaccination as an Essential Component of Life-Course Immunization and Its Contribution to Preventive Neonatology," *J. Environ Res Public Health*, 15(5), 2018, p. 847.

Allemagne et en France montrent ainsi que les migrants de certains pays risquent d'être diagnostiqués positifs au VIH à un stade avancé de la maladie, ce qui retarde d'autant leur accès à la thérapie antirétrovirale, augmentant la possibilité de propagation du virus dans la population⁹⁴. Au Québec, sachant qu'elles n'auront pas accès aux soins advenant un diagnostic de VIH, certaines femmes MSP ne chercheront pas activement à se faire dépister.

En outre, le lien entre précarité socioéconomique et santé n'est plus à démontrer. Une personne ayant un état de santé précaire en raison d'un accès inadéquat aux services de santé et sociaux court davantage le risque de s'appauvrir et de souffrir de différentes conditions liées à cette situation de pauvreté⁹⁵. Faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux devient alors une façon de réduire le risque de précarisation sociale des personnes MSP. Cela est d'autant plus important qu'on sait aujourd'hui que les inégalités sociales sont un déterminant essentiel de la santé des populations en général⁹⁶.

Enfin, pour une personne vivant en situation de précarité, tout contact avec le système public de santé et de services sociaux constitue une opportunité de recevoir un ensemble plus large de services qui pourront répondre à ses besoins en santé globale. Ceci est particulièrement vrai pour des femmes ayant besoin de soins essentiels en santé sexuelle et reproductive et pour qui une telle situation constitue une période de fragilité.

5.2. Un poids supplémentaire sur les épaules du personnel de santé

Plus globalement, le manque de soins et le délai dans leur administration entraînent des conséquences sociétales à court, moyen et long terme : les irritants et les frustrations pour les professionnels de la santé ainsi que pour le personnel des établissements de santé engendrés par le suivi de patients non assurés et l'impact de cette situation sur le système de santé.

À un moment où un grand nombre de soignants ressentent de la fatigue et de l'épuisement professionnel, la gestion complexe de ces situations engendre un stress important et inutile pour le personnel du système de santé.

Les soignants qui, par compassion et pour respecter leur code d'éthique, viennent en aide à ces femmes entrent souvent en conflit avec leurs collègues et leurs gestionnaires. Cela augmente encore les tensions au sein des équipes. Ceux qui ne réussissent pas à le faire à cause de contraintes hors de leur contrôle, telles que la complexité organisationnelle des démarches administratives leur permettant de soigner une patiente MSP, éprouvent quant à eux un sentiment d'impuissance et de la détresse.

⁹⁴ J. Müllerschön *et al.*, "Impact of Health Insurance Status Among Migrants from Sub-Saharan Africa on Access to Health Care and HIV Testing in Germany: A Participatory Cross-Sectional Survey," *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 2019, p. 10, en ligne : DOI:[10.1186/s12914-019-0189-3](https://doi.org/10.1186/s12914-019-0189-3) ; N. Vignier, *Profils de santé des migrants en France*. Rev Prat. 69(5):555-560. PMID: 31626467, 2019, en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31626467/>.

⁹⁵ Richard Smith, *Countering Child Poverty*, BMJ 322:1137, 2001, en ligne : [Countering child poverty \(nih.gov\)](https://www.bmj.com/content/322/7283/1137).

⁹⁶ Richard Lassard et Marie-France Reynault, « La santé publique et la pauvreté », *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 2009, p. 245-246, en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6974288/>.

Enfin, les professionnels de la santé sont peu formés sur les différents statuts migratoires et l'accès aux services de santé et aux services sociaux propre à chacun de ces statuts. Ils ne se sentent donc pas en mesure de prendre en charge une situation complexe en lien avec l'accès aux soins qu'ils souhaiteraient prodiguer.

5.3. Des coûts évitables pour le système de santé

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 coûteux⁹⁷.

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 représentant de nombreux coûts sociaux et financiers pour la société⁹⁸. L'OMS rappelle également, dans un rapport de 2016, 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 coûteux⁹⁹. Le retard ou le refus de traitement peuvent ainsi, selon l'OMS, constituer une discrimination, contrevenir aux principes des droits de l'homme et menacer la santé publique¹⁰⁰.

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 le fait de donner l'accès à des soins prénataux aux femmes et aux nouveau-nés dépourvus de statut migratoire permettrait de faire d'importantes économies. En Suède, par exemple, le coût des soins de santé pour les enfants nés avec une insuffisance pondérale est amené à augmenter de 228 % sans soins prénataux¹⁰¹. Une étude menée aux États-Unis montre que les coûts reliés aux soins hospitaliers offerts aux femmes et aux nouveau-nés n'ayant pas bénéficié de soins prénataux sont plus élevés que ceux

⁹⁷ Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général), 2014 CF 651 (CanLII), [2015] 2 RCF 267, paragr. 1061 à 1066, 1080 et 1096, en ligne : <http://canlii.ca/t/g81sh>.

⁹⁸ World Health Organisation Regional Office for Europe, *Improving the Health Care of Pregnant Refugee and Migrant Women and Newborn Children—Technical Guidance*, World Health Organisation, 2018, p. 25, en ligne : https://apps.who.int/iris/handle/10665/342289?search-result=true&query=&scope=&filtertype_0=subject&filter_relational_operator_0>equals&filter_0=maternal+health&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=6.

⁹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Promotion de la santé des migrants – Rapport du Secrétariat*, 12 décembre 2016, p. 3, en ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-fr.pdf. Voir aussi A. 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, en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

¹⁰⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Promotion de la santé des migrants – Rapport du Secrétariat*, 12 décembre 2016, p. 3, en ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-fr.pdf.

¹⁰¹ 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, en ligne : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>.

concernant des femmes qui en ont reçu¹⁰². Une autre étude portant sur des femmes migrantes dépourvues de statut en Californie a estimé que chaque dollar investi en soins prénataux permettrait d'économiser plus de trois dollars en soins néonataux¹⁰³.

Au-delà des soins liés directement à la grossesse, une étude réalisée aux États-Unis démontre que l'absence de traitement prénatal des infections sexuellement transmises, et donc l'augmentation des taux d'issues défavorables de grossesse, se traduit par des coûts directs de 5,1 à 9,2 millions de dollars US par an¹⁰⁴.

À cela s'ajoutent les répercussions sociétales dues aux retards de développement neurocomportemental des enfants¹⁰⁵ et à la propagation de maladies transmissibles et plus généralement la diminution de la contribution des personnes MSP à la société.

6. LA NÉCESSITÉ D'ASSURER UN CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

6.1. Les engagements du Québec pour la santé des femmes et des enfants

Dans le Plan d'action du Québec pour les enfants « Un Québec digne de ses enfants¹⁰⁶ », l'accent est mis sur l'égalité des droits, en qualifiant la persistance de la pauvreté comme un « vecteur de nuisance au développement social et cognitif ainsi qu'à la santé actuelle et future des enfants¹⁰⁷ ». Le Québec insiste alors sur les différentes mesures à prendre, telles que la promotion et la prévention dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants¹⁰⁸. Figure notamment, au centre de cette politique, l'accès à « des services intégrés de promotion et de prévention 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 »¹⁰⁹. La pratique actuelle de l'exclusion de la couverture de santé provinciale des femmes MSP ayant des besoins essentiels en SDRS va donc à l'encontre de ces ambitions. Il y a ainsi une inadéquation entre le plan d'action du Québec, qui insiste sur l'accessibilité des services, et la réalité des femmes migrantes, qui sont dans l'obligation de retarder au maximum leur consultation de grossesse, faute de moyens.

¹⁰² S. 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, en ligne : [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(00\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(00)00025-1).

¹⁰³ M. C. Lu *et al.*, "Elimination of Public Funding of Prenatal Care for Undocumented Immigrants in California: A Cost/Benefit Analysis," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 2000, p. 233-239.

¹⁰⁴ A. 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, en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

¹⁰⁵ M. S. Cardwell, "Stress : Pregnancy Considerations," *Obstetrical & Gynecological Survey* 68, n° 2, 2013, p. 119-129, en ligne : <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31827f2481>.

¹⁰⁶ Gouvernement du Québec, *Un Québec digne de ses enfants. Le plan d'action pour les enfants*, 2004, p. 25, en ligne : <http://www.mfa.gouv.qc.ca>.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

Le Québec a également mis sur pied une politique de périnatalité dont les buts principaux sont d’offrir un soutien aux femmes enceintes afin de leur permettre de vivre une grossesse sereine, en accord avec leurs désirs, tout en contribuant à assurer l’égalité sociale entre les familles¹¹⁰. Dans cette politique, un point concerne spécifiquement les mères migrantes et énonce explicitement que « le continuum de services de périnatalité doit tenir compte des besoins particuliers des différentes communautés culturelles et des populations immigrantes¹¹¹ ». Or, au vu des nombreux constats qui ont été établis par des professionnels de la santé, les femmes MSP ne vivent pas des grossesses que l’on peut qualifier de sereines¹¹². Dans ce contexte, la directive du ministère de la Santé et des Services sociaux obligeant à facturer à 200 % les frais médicaux aux personnes dépourvues d’assurance représente non seulement un facteur augmentant la précarité et la vulnérabilité de ces femmes, mais vient également contredire son propre plan d’action.

6.2. Les obligations du Québec selon les chartes et les traités internationaux

Un survol rapide des chartes et traités internationaux auxquels le Québec et le Canada sont liés permet d’établir que les conséquences de l’absence de couverture maladie pour les femmes MSP peuvent constituer des violations des droits garantis par ces instruments. Ces différentes violations découlant de la même situation – à savoir l’exclusion des femmes MSP de la couverture d’assurance provinciale – leur offrir cette couverture serait un remède hautement efficace contre ces manquements.

6.2.1. Les chartes québécoise et canadienne

Même si la Charte québécoise et la Charte canadienne ne contiennent aucune référence au droit à la santé en tant que tel ni ne créent des droits aux soins de santé¹¹³, certains de leurs articles ont des implications en matière de santé¹¹⁴.

Il peut être évoqué que les situations rassemblées dans ce mémoire portent potentiellement atteinte à plusieurs des dispositions de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, notamment aux dispositions concernant les droits suivants :

- Le droit à la vie, à l’intégrité et à la sécurité de la personne (art. 1) ;
- Le droit à la dignité (art. 4) ;

¹¹⁰ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité (2008-2018). Un projet porteur de vie*, 2008, p. 3, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>. Voir le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 68.

¹¹² Clinique internationale de défense des droits humains de l’UQÀM et Médecins du Monde Canada, 2015, p. 16-17.

¹¹³ Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés, l’Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugiés, Daniel Garcia Rodrigue s. Hanif Ayubi et Justice for Children and Youth c Le Procureur général du Canada et le ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration, 2014 CF 651, paragr. 8.

¹¹⁴ En tant que texte constitutionnel, cette dernière s’applique dans les matières de compétence fédérale et provinciale et s’impose tant aux législateurs qu’aux gouvernements de ces deux paliers. Les gouvernements ne peuvent donc y porter atteinte (sauf dans la mesure expressément permise à l’article 1^{er}, c’est-à-dire pour des motifs raisonnables ayant pour but la sauvegarde de la société démocratique).

- Le droit à l'égalité et à la non-discrimination (art. 10) ;
- La protection contre le harcèlement sur des motifs prohibés (art. 10.1) ;
- Le droit à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales (art. 45) ;
- Le droit à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent la santé, la sécurité et l'intégrité physique (art. 46).

Dans la décision *R. c. Morgentaler*¹¹⁵, la Cour suprême a affirmé que le droit à la sécurité de la personne, garanti en vertu de l'article 7 de la Charte canadienne¹¹⁶, a des composantes à la fois physiques et psychologiques que peut compromettre l'attente excessive pour obtenir des soins de santé. Ainsi, lorsque les gouvernements adoptent des mesures qui retardent l'accès aux services nécessaires sur le plan médical ou lorsque ce délai augmente les risques au plan médical ou encore entraîne d'autres préjudices en matière de santé, il peut y avoir violation de la sécurité de la personne.

Dans l'arrêt *Eldridge c. British Columbia*, la Cour suprême a jugé qu'en vertu de l'article 15¹¹⁷ (droit à l'égalité) : « Le principe selon lequel la discrimination peut découler du fait de ne pas prendre de mesures concrètes pour faire en sorte que les groupes défavorisés bénéficient d'une manière égale des services offerts à la population en général est largement accepté dans le domaine des droits de la personne¹¹⁸. »

L'article 12 de la Charte (interdiction des traitements cruels et inusités) doit également être évoqué, la Cour suprême ayant affirmé, dans l'arrêt *Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés* : « Les peines ou traitements cruels et inusités sont ceux qui sont excessifs au point de ne pas être compatibles avec la dignité humaine¹¹⁹ » et « qu'obliger des personnes à compter sur la charité d'autrui n'est pas une façon fiable ou convenable de permettre aux personnes concernées d'obtenir des soins médicaux et qu'il est déshonorant de demander à des personnes gravement malades de quémander des traitements médicaux essentiels¹²⁰ ».

6.2.2. Les traités internationaux

Soulignons que l'ensemble de ces traités internationaux ont été ratifiés par le Canada et que le gouvernement du Québec s'y est déclaré lié¹²¹.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable

¹¹⁵ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

¹¹⁶ Art. 7 : Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

¹¹⁷ Art. 15 : Égalité devant la loi, égalité de bénéfice et protection égale de la loi.

¹¹⁸ *Eldridge c. Colombie-Britannique* (Procureur général), [1997] 3 RCS 624, paragr. 78.

¹¹⁹ *Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés*, l'Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugiés, Daniel Garcia Rodrigue s. Hanif Ayubi et Justice for Children and Youth c Le Procureur général du Canada et le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration, 2014 CF 651, paragr. 613.

¹²⁰ *Ibid*, paragr. 678.

¹²¹ Ministère des Relations internationales et de la Francophonie, Accords et traités internationaux auxquels le Québec participe, Québec, dernière mise à jour le 11 juin 2019, en ligne : <https://www.quebec.ca/gouv/politiques-orientations/droits-personne>. Gouvernement du Québec, *Droits de la personne*, 11 juin 2021, en ligne : <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/droits-personne>.

d'atteindre et prévoit l'obligation, pour tout État l'ayant ratifié, d'assurer une protection spéciale aux mères pendant une période raisonnable avant et après la naissance des enfants¹²². Dans son rapport de 2019 sur la situation au Canada, le Rapporteur spécial des Nations Unies pour le droit à la santé 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 aux soins sexuels et reproductifs (y compris l'interruption de grossesse) à toutes les femmes et filles, y compris les migrantes¹²³. 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.

Dans la même veine, les États parties de la Convention relative aux droits de l'enfant doivent prendre des mesures afin de réduire la mortalité des nourrissons et des enfants, assurer aux mères des soins prénataux et postnataux appropriés et développer les services en matière de planification familiale¹²⁴.

La planification familiale est également prévue par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CÉDEF) dans le cadre de l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé¹²⁵. Cette même Convention oblige les États parties à fournir aux femmes, pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits¹²⁶ et prévoit l'obligation pour les États parties de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme « les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits¹²⁷ ». L'obligation de lutter contre les violences obstétriques a également été reconnue par la commission de la CÉDEF dans une décision contre l'Espagne en février 2020¹²⁸. Cette décision se basait notamment sur un rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence

¹²² Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Recueil des Traités, vol. 993, n° 14531, 1966, p. 3, art. 3 ; 10.2 ; 10.3 ; 12.1 et 12.2, en ligne : https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&clang=fr#top.

¹²³ Assemblée générale des Nations Unies – Conseil des droits de l'homme, *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, 2019, paragr. 86-87, en ligne : https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/41/34/Add.2.

¹²⁴ Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant* (vol. 1577), Recueil Collection des Traités, vol. 1577, n° 27531, 1989, p. 3, Art. 24,2(a), (d), (f), en ligne : https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=fr.

¹²⁵ Nations Unies, *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, Recueil Collection des Traités, vol. 1249, n° 20378, 1979, p. 13, art. 12.1, en ligne : https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&clang=fr.

¹²⁶ *Ibid.*, art. 12.2.

¹²⁷ *Ibid.*, art. 16.1(e).

¹²⁸ CEDAW/C/75/D/138/2018, en ligne : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en.

contre les femmes de 2019¹²⁹ sur ce sujet, et dans le cadre duquel Médecins du Monde Canada avait soumis un rapport sur la situation des femmes MSP au Québec¹³⁰.

6.3. Les meilleures pratiques internationales en matière de santé publique

L'OMS recommande qu'une femme enceinte soit vue par un médecin, une infirmière ou une sage-femme au moins huit fois pendant sa grossesse, y compris cinq fois au cours du troisième trimestre. Un examen physique ainsi qu'une échographie sont conseillés, afin de permettre le dépistage d'un ensemble de complications éventuelles¹³¹. Le personnel de soins peut aussi fournir des conseils importants sur la nutrition et assurer les vaccinations de routine¹³².

Au-delà de la grossesse, l'ensemble essentiel d'interventions ou de services SDR proposé par la Commission Guttmacher-Lancet¹³³ comprend :

- L'éducation complète à la sexualité ;
- Le conseil et les soins pour un large éventail de moyens modernes de contraception, avec un nombre minimum défini de méthodes et de types de méthodes ;
- Les soins prénataux, d'accouchement et postnataux, y compris les soins d'urgence obstétrique et néonatale ;
- L'interruption de grossesse sans risque et le traitement des complications liées à une interruption de grossesse non médicalisée ;
- La prise en charge du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement ;
- La prévention, la détection, la prise en charge immédiate et l'orientation des violences basées sur le genre ;
- La prévention, le dépistage et le traitement des cancers gynécologiques, et en particulier du cancer du col de l'utérus ;
- L'information, le conseil et les soins en matière d'hypofécondité et d'infertilité ;
- L'information, le conseil et les soins de santé et de bien-être sexuels.

Cet ensemble essentiel de services est basé sur les normes mondiales de déontologie médicale, de santé publique et de droits humains, et notamment du cadre de « disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité » du droit à la santé adopté par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies¹³⁴. La Commission Guttmacher-Lancet invite les États à élargir progressivement l'accès à ces services pour l'ensemble de leur population, et les encourage à

¹²⁹ En ligne : <https://undocs.org/fr/A/74/137>.

¹³⁰ En ligne :

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Medecins%20du%20monde%20Canada.docx>.

¹³¹ R. I. Pratka, "Health Care for All Starts in the Womb," *Birthing Magazine*, Spring 2021, p. 12-14, p. 13.

¹³² *Ibid.*

¹³³ The Lancet Commissions, *Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for all: The Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, Lancet 2018, 391, 9 mai 2018, p. 2642-2692, p. 2680, en ligne : [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf).

¹³⁴ Nations Unies – Conseil économique et social, E/C.12/2000/4, 11 août 2000, Observation générale n° 14, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, 2000, p. 4-5.



accorder la priorité aux populations en situation de vulnérabilité et de marginalité qui ont des besoins spécifiques et/ou qui sont confrontées à des barrières multiples dans l'accès aux soins sexuels et reproductifs et aux droits y afférant, y compris les femmes et les filles déplacées et réfugiées, et les personnes vivant dans une situation de précarité socioéconomique.

6.4. Les exemples au Canada et dans le monde

Médecins du Monde tient à souligner que la RAMQ reconnaît déjà l'importance de fournir gratuitement, pendant le délai de carence, certains soins en raison des conséquences pour les individus et la société de l'absence d'accès à ces soins, notamment : les services nécessaires aux victimes de violences conjugales, familiales et/ou sexuelles ; les services liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse ; les soins nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

Depuis le 21 mars 2020, le gouvernement ontarien offre un accès universel aux soins de santé, indépendamment du statut d'immigration. L'objectif déclaré est le suivant : « All people in Ontario [should] receive medically necessary health care during the COVID-19 outbreak. » Il s'agit d'une couverture temporaire pour la durée de la pandémie, mais au lieu de se limiter aux soins liés à la COVID-19, la couverture s'étend à l'ensemble des soins « médicalement nécessaires » fournis par les médecins et les hôpitaux. En vertu de cette nouvelle politique ontarienne, les médecins qui fournissent des services à des patients non assurés dans un cadre hospitalier sont rémunérés par l'hôpital à leur tarif habituel. Pour les services fournis par des médecins à des patients non assurés en dehors du cadre hospitalier, le ministère de la Santé de l'Ontario a créé des codes de facturation spéciaux.

Avant la mise en place de ces mesures temporaires, il existait déjà des dispositions afin de favoriser l'accès des femmes MSP à des soins de périnatalité en Ontario. Ainsi, les services de sages-femmes et les tests prénataux de base (tests sanguins, échographies) sont accessibles sans frais à toute personne vivant en Ontario, quel que soit son statut migratoire. Si une intervention médicale s'avère nécessaire, le gouvernement couvre les honoraires du médecin. Cependant, si la naissance se déroule à l'hôpital, la femme qui ne possède pas d'assurance médicale devra payer les frais d'hôpital¹³⁵. De plus, un réseau de 101 Centres de santé communautaires (Community Health Centres) – des OBNL subventionnés par le gouvernement ontarien – ont pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux à des groupes marginalisés, incluant les femmes MSP. Ils sont loin de répondre à tous les besoins de santé des femmes MSP en Ontario, mais pallient partiellement les conséquences du manque de couverture.

De nombreux pays de l'OCDE offrent un filet sanitaire et social de base à toute personne résidant sur leur territoire, ce qui n'est pas le cas au Canada ou au Québec.

¹³⁵ Association of Ontario Midwives (s.d.), *Information for Uninsured Clients Regarding Midwifery Care*, en ligne : <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/Handout%20for%20Uninsured%20Clients.pdf>.

Aux États-Unis, 19 États offrent un accès gratuit aux soins prénataux et périnataux aux femmes enceintes qui n'ont pas de statut migratoire¹³⁶.

Depuis septembre 2018, l'Espagne offre la couverture universelle des soins de santé à toute personne vivant au pays, quel que soit son statut migratoire et sans délai de carence¹³⁷.

En France, le système d'Aide médicale de l'État (AME) permet d'offrir aux personnes migrantes sans statut et à faible revenu qui sont sur le territoire depuis au moins trois mois une protection couvrant 100 % de leurs besoins de santé dans la limite de ce qui est remboursé par la sécurité sociale française¹³⁸. De plus, le dispositif de soins urgents et vitaux permet aux personnes présentes depuis moins de trois mois et/ou ne bénéficiant pas de l'AME, d'accéder gratuitement à un ensemble de soins essentiels, à savoir : les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître ; les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ; tous les soins dont ont besoin une femme enceinte et un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement, les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical), les soins dispensés à des mineurs, etc.¹³⁹.

¹³⁶ R. E. Fabi et H. A. Taylor, "Prenatal Care for Undocumented Immigrants: Professional Norms, Ethical Tensions, and Practical Workarounds," *The Journal of Law, Medicine & Ethics: a Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 47(3), 2019, p. 398-408, en ligne : <https://doi.org/10.1177/1073110519876172>.

¹³⁷ En ligne : <https://www.ecre.org/spain-undocumented-immigrants-regain-the-right-to-health/>; Emilio De Benito, v. e., "Undocumented Migrants in Spain Will Have Universal Healthcare from Day One," *El País*, 17 juillet 2018, en ligne : https://elpais.com/elpais/2018/07/17/inenglish/1531816315_449712.html.

¹³⁸ Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* Service public de la République française, 17 janvier 2022, en ligne : [https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l'%C3%89tat%20\(AM E\)%20est,de%20r%C3%A9sidence%20et%20de%20ressources.&text=Une%20fois%20attribu%C3%A9e%2 C%20l'AME,doit%20%C3%AAtre%20demand%C3%A9%20chaque%20ann%C3%A9e](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l'%C3%89tat%20(AM E)%20est,de%20r%C3%A9sidence%20et%20de%20ressources.&text=Une%20fois%20attribu%C3%A9e%2 C%20l'AME,doit%20%C3%AAtre%20demand%C3%A9%20chaque%20ann%C3%A9e).

¹³⁹ En ligne : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents> ; I. M. Ameli, *Aide médicale de l'État et soins urgents*, 7 octobre 2021, en ligne : <https://www.ameli.fr/herault/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Considérant l’engagement du ministre de la Santé et des Services sociaux, pris dans le cadre de l’adoption du Projet de loi n° 83, à mandater la RAMQ et un comité interministériel afin d’étudier la question de l’accès aux soins et aux services de santé périnatale des femmes au statut migratoire précaire (« femmes MSP ») ;

Considérant l’engagement du gouvernement du Québec depuis presque un demi-siècle pour la cause des femmes et l’initiative du gouvernement actuel d’établir un Plan d’action pour contrer les effets sur les femmes de la pandémie de COVID-19 sur les femmes et, en particulier, son objectif d’accroître « le soutien aux femmes en contexte de vulnérabilité¹⁴⁰ » ;

Considérant les situations de vulnérabilité et de précarité extrêmes dans lesquelles les femmes MSP peuvent se trouver et l’importance des soins et des services pour leur santé et, le cas échéant, pour celle de leurs enfants à naître ;

Considérant que la santé globale de la femme ne peut être assurée que par un continuum de soins et de services et ne saurait se limiter à sa santé pendant qu’elle est enceinte ;

Considérant les exceptions déjà existantes au délai de carence pour des situations particulières, soit : les services nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d’une agression sexuelle ; les services liés à la grossesse, à l’accouchement ou à l’interruption de grossesse (volontaire, spontanée ou pour des raisons médicales) ; les soins nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique ;

→ RECOMMANDATION 1

Les signataires du présent mémoire recommandent que le gouvernement du Québec agisse sans délai afin de garantir, à toutes les femmes qui vivent au Québec, le bénéfice des services de santé assurés par les régimes publics d’assurance maladie et d’assurance médicaments ainsi que de tout autre programme et service du gouvernement du Québec, pour les interventions liées à :

- **La grossesse, l’accouchement et la période postnatale et notamment les suivis et la prise en charge d’éventuelles complications ;**
- **La planification familiale ;**
- **L’interruption de grossesse (volontaire, spontanée ou pour des raisons médicales) ainsi que tous les soins et suivis y afférents ;**

¹⁴⁰ Gouvernement du Québec (Cabinet de la ministre déléguée à l’Éducation et ministre responsable de la Condition féminine, mars 2021, Journée internationale des droits des femmes – La ministre Isabelle Charest annonce un plan d’action pour contrer les impacts de la pandémie sur les femmes, gouvernement du Québec, en ligne : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/journee-internationale-des-droits-des-femmes-la-ministre-isabelle-charest-annonce-un-plan-daction-pour-contrer-les-impacts-de-la-pandemie-sur-les-femmes>.

- **Les violences basées sur le genre ;**
- **La prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang ;**
- **La prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et d'autres cancers du système reproductif.**

Considérant que les recherches scientifiques démontrent 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 avec une charge économique et sociale accrue ; et que ceux-ci imposent des fardeaux supplémentaires et évitables aux soignants dans tout le système de santé ;

Considérant que seul l'accès universel aux soins de santé pour toute personne vivant sur le territoire, sans égard à son genre, son âge ou son statut migratoire, garantit le respect des normes mondiales de déontologie médicale, de santé publique et de droits humains ;

→ RECOMMANDATION 2

Les signataires du présent mémoire recommandent que le gouvernement du Québec adopte une feuille de route afin de garantir, à toute personne vivant au Québec, le bénéfice des services de santé assurés par les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments.

→ RECOMMANDATION 3

Les signataires du mémoire demandent au gouvernement du Québec de garantir les éléments suivants lors de la mise en œuvre de ces changements :

- **Information et communication des changements apportés :**
 - **Que la RAMQ communique publiquement l'adoption des nouvelles mesures** ainsi que leur mise en œuvre, qu'elle communique cette décision à l'ensemble des professionnels de la santé et qu'elle veille à ce que ces derniers soient informés des nouvelles mesures, à ce qu'ils reçoivent une formation adéquate à ce propos et à ce que les mesures soient appliquées ;
 - **Qu'un programme de communication sur les nouvelles mesures, adapté aux différents bénéficiaires en termes de littératie et de langue, soit 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 ;
 - **Qu'un contrôle de la mise en œuvre des nouvelles mesures soit effectué :** qu'un mécanisme de suivi et 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.
- **Accueil, accompagnement et services adéquats :**
 - Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que des services et des organismes soient mandatés, financés et soutenus dans les différentes



régions du Québec afin d'accueillir ces clientèles en situation de vulnérabilité, de les accompagner et de leur offrir des soins adaptés et efficaces ;

- Qu'une offre de formation à l'intention des personnels médicaux et administratifs des établissements du RSSS soit développée afin de garantir un accueil et des services adéquats et adaptés.
- **Respect de la confidentialité** : que les mêmes règles de confidentialité établies dans l'article 4 de la *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 et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie*¹⁴¹ soient applicables à tout élargissement de la couverture des régimes publics de santé.

¹⁴¹ C. M. Dubé, 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 et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie (titre modifié), Recueil annuel des lois, Assemblée nationale du Québec, chapitre 23, 2021, en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-83-42-1.html>.

« Je suis médecin bénévole chez Médecins du Monde à Montréal. La clinique de cet ONG offre des services médicaux aux populations en situation de précarité n'ayant pas accès à la RAMQ. J'écris ce message suite à un drame survenu chez une des patientes suivies par la clinique. La jeune femme (en santé, d'ailleurs) a subi des complications durant sa grossesse qui ont malheureusement menées au décès du fœtus à 36 semaines. La patiente a accouché d'un mort-né à la fin [du mois de juin 2021]. Des complications avaient été notées au début du troisième trimestre, et nécessitaient des examens et une prise en charge que nous ne pouvions pas offrir à la clinique et que cette patiente, comme la majorité de celles qui demandent nos soins, ne pouvaient pas se payer. Je crois fermement que si elle avait reçu des soins appropriés, comme ceux reçus normalement par les patients qui ont accès à la RAMQ, son bébé serait en vie aujourd'hui.

La patiente est une migrante à statut précaire et dispose de moyens financiers très limités. Elle ne bénéficie pas de l'assurance de la RAMQ et n'a pas d'autres services d'assurance médicale. Pourtant, elle travaille (quand elle peut obtenir un permis), paie ses impôts ici et a accouché d'un enfant au Québec. Sa situation est commune parmi la population que nous desservons.

Nous savons tous qu'une enfance en santé commence par une grossesse en santé et c'est pour cette raison que je dénonce l'absence de couverture médicale complète pour les femmes migrantes "sans statut" vivant au Québec. Je crois qu'en tant que population ayant fait le choix de vivre dans un régime d'assurance médicale publique accessible à tous les citoyens, il est de notre devoir de fournir à ces femmes une prise en charge médicale de leur grossesse complète et gratuite. »

Noémie Johnson,
Médecin de famille bénévole à
Médecins du Monde



« Il y a quelques mois, j'ai reçu deux demandes le même jour de la part de deux femmes nécessitant une IVG, toutes deux dans des situations très précaires et dans l'incapacité de payer 800 à 1000\$ pour obtenir la procédure dans une clinique. L'une d'entre elles peinait déjà à rembourser une dette d'hôpital importante liée à l'accouchement de son premier enfant. Ces deux femmes se sont retrouvées avec un statut migratoire précaire en raison de circonstances hors de leur contrôle, notamment pour des délais de traitements de dossier très longs. Une de nos cliniques partenaires a pu offrir une seule procédure d'IVG gratuitement, en raison de leurs ressources limitées. Nous avons donc dû faire un choix déchirant entre ces deux femmes. Pour la seconde, nous avons finalement pu trouver une autre clinique qui a accepté de financer une partie de la procédure, lui demandant de payer la balance restante de 250\$, ce qui reste une somme importante pour une personne avec très peu de moyens. La décision de choisir parmi les deux femmes a été humainement déchirant. Souvent, dans ce genre de situation, les personnes coupent dans les dépenses liées à leur nourriture ou à tout autre besoin de base pour pouvoir payer une IVG. Dans ce cas-ci, tout était malheureusement une question de timing. Si la seconde femme s'était présentée à quelques semaines d'intervalles, les choses auraient pu être différentes. L'accès aux soins de santé ne devrait pas être aléatoire. Il devrait être un droit fondamental. »

**Laurette Wissler,
stagiaire en travail social à
Médecins du Monde Canada**





« Le médecin qui me suivait à la Clinique de Médecins du Monde m'avait dit que mon accouchement devait être déclenché, sinon les conséquences pouvaient être graves pour moi et mon enfant. Suivant ses conseils, je me suis rendue au service de maternité d'un hôpital montréalais, mais on exigeait un dépôt de 5045 dollars car je n'avais pas la carte RAMQ. Je suis donc partie car je n'avais pas cet argent. Quelques jours plus tard, Médecins du Monde m'a convaincue d'aller aux urgences et là, on m'a enfin fait entrer à la maternité à cinq heures du soir. Un médecin est venu et a demandé à l'infirmière de commencer la procédure pour me déclencher, sans me dire un mot. J'ai perdu les eaux vers trois heures du matin sans voir le médecin, et j'ai dû attendre jusqu'à sept heures du matin qu'un autre médecin vienne me voir. Mais celui-là m'a tout de suite demandé 1000 dollars comptant avant de me faire accoucher. J'étais désespérée, mais mes proches ont réussi à rassembler l'argent pour payer le médecin. L'accouchement s'est bien déroulé, mais jusqu'au moment où j'ai pu tenir mon bébé dans les bras, j'avais tellement peur pour sa vie. Au total, ma facture s'élève à 10 000 dollars. Je paie 200 dollars tous les mois ayant signé une entente de paiement avec l'hôpital. Toute cette peur et ce stress pour une question d'argent. On ne peut pas jouer comme ça avec la vie d'un être humain juste parce qu'il n'a pas d'argent.»

Alicia, patiente à la Clinique de Médecins du Monde, actuellement en attente d'une résidence permanente pour considération humanitaire.

« Je reçois une patiente de 54 ans, originaire de la Grenade qui vit et travaille au Canada sans statut depuis 30 ans comme aide domestique. Elle ne possède aucune couverture médicale. Elle a eu 10 ans auparavant une intervention chirurgicale pour une dysplasie du col utérin.

Elle n'a pas eu le suivi nécessaire pour détecter la persistance de la maladie et l'apparition précoce d'un cancer du col utérin à un stade facilement traitable. En effet, elle a souffert pendant cette période d'autres problèmes de santé, notamment d'ordre cardiaque, qui lui ont coûté des sommes considérables. Elle n'avait donc pas les moyens de payer des soins préventifs de base supplémentaires pourtant nécessaires.

En janvier 2019 à la Clinique de Médecins du Monde, on a détecté un cancer du col utérin avancé mais localisé. Elle a aussitôt été référée à un hôpital universitaire spécialisé. Cependant, à cause de multiples délais administratifs pour obtenir toutes les autorisations nécessaires, elle n'a pu commencer le traitement de son cancer seulement qu'en juin 2019. Elle a reçu par la suite tous les traitements de radiothérapie et chimiothérapie requis.

Mais il était déjà trop tard. Au cours de 2021, on a constaté une propagation de son cancer aux poumons et à différentes parties de son abdomen. En juin, après une brève hospitalisation, elle a été référée aux soins palliatifs avec un pronostic de vie très limité. »

Dr Welt, Médecin bénévole à Médecins du Monde





BIBLIOGRAPHIE

Assemblée générale des Nations Unies – Conseil des droits de l’homme, 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, 2019, en ligne : https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/41/34/Add.2.

Association of Ontario Midwife, “Information for Uninsured Clients Regarding Midwifery Care”, en ligne : <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/Handout%20for%20Uninsured%20Clients.pdf>

Association pour la santé publique du Québec, « Inégalités de genre : Impact de la pandémie de covid-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec », 2020.

A. 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, en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

A. Castello et al., “Differences in Preterm and Low Birth Weight Deliveries between Spanish and Immigrant Women: Influence of the Prenatal Care Received,” *Ann Epidemiol*, 22 (3), 2012.

A. 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, en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9267-2>.

A. Ricard-Guay, J. Hanley, Montgomery, F. Meloni et C. Rousseau, « Être sans papier et devenir mère au Québec : comment accéder aux soins de santé nécessaires », dans Faisal Kanouté et Gina Lafortune (éd.), *L’intégration des familles d’origines immigrantes*, Montréal, PUM, 2014.

Cabinet de la ministre déléguée à l’Éducation et ministre responsable de la Condition féminine, « Journée internationale des droits des femmes - La ministre Isabelle Charest annonce un plan d'action pour contrer les impacts de la pandémie sur les femmes », 2021. Récupéré sur Gouvernement du Québec : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/journee-internationale-des-droits-des-femmes-la-ministre-isabelle-charest-annonce-un-plan-daction-pour-contrer-les-impacts-de-la-pandemie-sur-les-femmes>

Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – Équipe de recherche et intervention transculturelles, « Rapport de recherche : l’accès aux soins de santé pour les enfants et femmes enceintes à statut migratoire précaire » (document de travail), Centre affilié universitaire, Université McGill, Montréal, 2012.

Clinique internationale de défense des droits humains de l’UQAM, Médecins du Monde Canada, « 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 », 2015, en ligne : https://ciddhu.uqam.ca/fichier/document/Lacc%C3%A8s_aux_soins_p%C3%A9rinataux_pour_toutes_les_femmes_au_Qu%C3%A9bec_Mythes_ou_r%C3%A9alit%C3%A9.pdf

C. Carvalho et al., “Delays in Obstetric Care Increase the Risk of Neonatal Near-Miss Morbidity Events and Death: A Case-Control Study,” *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, n° 1, 2020, en ligne: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03128-y>

C. Schoenborn, M. de Spiegelaere et J. Racape, “Measuring the Invisible: Perinatal Health Outcomes of Unregistered Women Giving Birth in Belgium, a Population-Based Study,” *BMC Pregnancy Childbirth*, 21:733, 2021, en ligne: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9>.

C. G. Victora et al., “Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital,” *Lancet*, 371 (9609), 2008.

C. Jarvis, M. Munoz, L. Graves, R. Stephenson, V. D’Souza et V. Jimenez, “A Retrospective Review of Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Group of Uninsured Pregnant Women,” *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(3), 2011.

C. M. Dubé, *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 et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie (titre modifié)*. Récupéré sur Assemblée Nationale du Québec: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-83-42-1.html>

Direction de l’information légale et administrative (Premier ministre), « Qu’est-ce que l’aide médicale de l’État (AME) ? », Service public de la République française, 17 janvier 2022, en ligne : [https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079#:~:text=L’aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l’%C3%89tat%20\(AME\)%20est,de%20r%C3%A9sidence%20et%20de%20ressources.&text=Une%20fois%20attribu%C3%A9e%20l’AME,doit%20%C3%AAtre%20demand%C3%A9%20chaque%20ann%C3%A9e](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079#:~:text=L’aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l’%C3%89tat%20(AME)%20est,de%20r%C3%A9sidence%20et%20de%20ressources.&text=Une%20fois%20attribu%C3%A9e%20l’AME,doit%20%C3%AAtre%20demand%C3%A9%20chaque%20ann%C3%A9e).

D. Nakache, *Access to Health Care for Precarious Migrants: A Cross-Jurisdictional Analysis*. Rapport rédigé à la demande de Médecins du Monde, 2021.

E. D. Benito, “Undocumented migrants in Spain will have universal healthcare from day one”, *El País*, 17 juillet 2018.

European Council on Refugees and Exiles, “Spain: Undocumented immigrants regain the right to health”, 14 septembre 2018, en ligne: <https://ecre.org/spain-undocumented-immigrants-regain-the-right-to-health/>

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, en ligne: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>

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

F. H. Morriss, “Increased Risk of Death among Uninsured Neonates,” *Health Serv Res.*, 48 (4), 2013.

Gouvernement du Québec (Cabinet de la ministre déléguée à l’Éducation et ministre responsable de la Condition féminine, mars 2021, Journée internationale des droits des



femmes – La ministre Isabelle Charest annonce un plan d'action pour contrer les impacts de la pandémie sur les femmes, gouvernement du Québec, en ligne :

<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/journee-internationale-des-droits-des-femmes-la-ministre-isabelle-charest-annonce-un-plan-daction-pour-contrer-les-impacts-de-la-pandemie-sur-les-femmes>.

Gouvernement du Québec, « Droits de la personne », 11 juin 2021, en ligne :
<https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/droits-personne>

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Politique de périnatalité (2008-2018). Un projet porteur de vie », 2008, en ligne :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca>. Voir le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>.

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>.

I. M. Ameli, « Aide médicale de l'État et soins urgents », 7 octobre 2021, en ligne :
<https://www.ameli.fr/herault/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>.

Journal des débats de l'Assemblée nationale, « Projet de loi n° 83, Prise en considération du rapport de la commission qui en fait l'étude détaillée », version finale 42e législature, 1re session (27 novembre 2018 au 13 octobre 2021), 10 juin 2021, vol. 45, n° 201, intervention du ministre de la Santé et des Services sociaux à 11 h 40, en ligne :
<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-1/journal-debats/20210610/301325.html>.

J. Cleveland et J. Hanley, Personnes au Québec sans aucune couverture d'assurance-santé publique, Institut universitaire SHERPA, 2020, en ligne : <https://sherpa-recherche.com/publication/population-sans-couverture-dassurance-sante-au-quebec-estime/>.

J. Hanley, L. Larios, A. Ricard-Guay, F. Meloni et C. Rousseau, "Pregnant & Undocumented: Taking Work into Account as a Social Determinant of Health," *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 2020, en ligne : <https://doi.org/10.1108/IJMHS-04-2019-0046>.

J. Müllerschön et al., "Impact of Health Insurance Status Among Migrants from Sub-Saharan Africa on Access to Health Care and HIV Testing in Germany: A Participatory Cross-Sectional Survey," *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 2019, en ligne : DOI:10.1186/s12914-019-0189-3

J. Porter, J. Hanley, L. Larios, P. Cloos et L. Azari, "Pushing for Equity, Pulling at Heartstrings: Perinatal Care Access for Uninsured Migrants", soumis pour publication en février 2022.

K. Bergman et al., "Maternal Stress During Pregnancy Predicts Cognitive Ability and Fearfulness in Infancy," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 2007, en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049295/>

K. Wilson-Mitchell et J. A. Rummens, "Perinatal Outcomes of Uninsured Immigrant, Refugee and Migrant Mothers and Newborns Living in Toronto, Canada," *International Journal*



Ministère des Relations internationales et de la Francophonie, Accords et traités internationaux auxquels le Québec participe, Québec, dernière mise à jour le 11 juin 2019, en ligne : <https://www.quebec.ca/gouv/politiques-orientations/droits-personne>.

M. C. Lu et al., “Elimination of Public Funding of Prenatal Care for Undocumented Immigrants in California: A Cost/Benefit Analysis,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 2000.

M. Gaucher et L. Larios, “Birth Tourism and the Demonizing of Pregnant Migrant Women”, 17 janvier 2020, en ligne: <https://policyoptions.irpp.org/magazines/january-2020/birth-tourism-and-the-demonizing-of-pregnant-migrant-women/>.

M. Miszkurka et al., “Antenatal Depressive Symptoms among Canadian-Born and Immigrant Women in Quebec: Differential Exposure and Vulnerability to Contextual Risk Factors,” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (10), 2012.

M. S. Cardwell, “Stress: Pregnancy Considerations,” *Obstetrical & Gynecological Survey* 68, n° 2, 2013, en ligne: <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31827f2481>.

Nations Unies – Conseil économique et social, E/C.12/2000/4, Observation générale n° 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d’être atteint, 2000.

Nations Unies, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Vol. 993), New York, 1966.

Nations Unies, Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (Vol. 1249), New York, 1979.

Nations Unies, Convention relative aux droits de l’enfant (Vol. 1577), New York, 1989.

N. C. Gieles et al., “Maternal and Perinatal Outcomes of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe: A Systematic Review,” *The European Journal of Public Health*, vol. 29, n° 4, 2019, p. 721.

N. Ives et al., “Transnational Elements of Newcomer Women’s Housing Insecurity: Remittances Newcomer Women’s Housing Insecurity: Remittances and Social Networks,” *Transnational Social Review: social networks. A Social Work Journal*, 4: 2-3, 2014

N. Bergin et al., “Maternal Vaccination as an Essential Component of Life-Course Immunization and Its Contribution to Preventive Neonatology,” *J. Environ Res Public Health*, 15(5), 2018.

N. Vignier, Profils de santé des migrants en France. *Rev Prat*. 69(5):555-560. PMID: 31626467, 2019, en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31626467/>.

Organisation mondiale de la Santé, Promotion de la santé des migrants – Rapport du Secrétariat, 12 décembre 2016, en ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-fr.pdf.

Parlement du Canada, Publications de recherche, La citoyenneté canadienne : pratiques et politiques, en ligne : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/202064E?#ftn95.



P. Cloos, E. M.-B.-J., "The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study", 2020.

Radio-Canada International, « Dénoncé par Trump, le nombre de « bébés passeports » serait aussi en hausse au Canada », 23 novembre 2018, en ligne : <https://www.rcinet.ca/fr/2018/11/23/trump-canada-bebe-passeport-tourisme-naissance-statistiques/>.

Régie de l'assurance maladie du Québec, « Couverture des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire », Québec, Rapport interministériel, 2019, en ligne : rapport-couverture-enfants-migrants.pdf (gouv.qc.ca)

Régie de l'assurance maladie du Québec, « Facturation pendant le délai de carence », en ligne : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/Pages/delai-carence.aspx#:~:text=Le%20ministre%20de%20la%20Sant%C3%A9,r%C3%A9gime%20lors%20de%20situations%20particuli%C3%A8res.>

Rousseau et al., "Perinatal Health Care for Undocumented Women in Montreal: When Sub-Standard Care is Almost the Rule," *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 2014.

R. E. Fabi et H. A. Taylor, "Prenatal Care for Undocumented Immigrants: Professional Norms, Ethical Tensions, and Practical Workarounds," *The Journal of Law, Medicine & Ethics: a Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 47(3), 2019, en ligne: <https://doi.org/10.1177/1073110519876172>.

R. I. Pratka, "Health Care for All Starts in the Womb," *Birthing Magazine*, 2021.

R. Lassard et M. Reynault, « La santé publique et la pauvreté », *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 2009, en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6974288/>.

S. 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, en ligne: [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(00\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(00)00025-1).

S. Kuile, C. Rousseau, M. Munoz, L. Nadeau et M. Ouimet, "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*, vol. 3, n° 1, 2007, en ligne: <https://doi.org/10.1108/17479894200700003>.

S. Partridge et al., "Inadequate Prenatal Care Utilization and Risks of Infant Mortality and Poor Birth Outcome: A Retrospective Analysis of 28,729,765 U.S. Deliveries over 8 Years", *Am J Perinatol*, 29, 2012.

S. Pelaez, K. N. Hendricks, L. A. Marry et A. J. Gagnon, "Challenges Newly-Arrived Migrant Women in Montreal Face when Needing Maternity Care: Health Care Professionals' Perspectives", *Globalization and Health*, 13:5, 2017.

S. Tiné et al., « L'Accès aux soins et aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH sans considérer le statut d'immigration : vers une couverture sanitaire universelle au Québec », *Rapport de recherche communautaire (Coalition des organismes*



communautaires québécois de lutte contre le sida; Université de Montréal; Université du Québec en Outaouais), 2019 (révisé en 2021).

The Lancet Commissions, Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for all: The Report of the Guttmacher-Lancet Commission, Lancet 2018, 391, 9 mai 2018, en ligne: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf).

U. Stotzer, D. Elfionayi-Mäder et P. Wanner, « Mesure de satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations », Berne, Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), 2006.

World Health Organisation Regional Office for Europe, “Improving the Health Care of Pregnant Refugee and Migrant Women and Newborn Children—Technical Guidance”, World Health Organisation, 2018, en ligne: https://apps.who.int/iris/handle/10665/342289?search-result=true&query=&scope=&filtertype_0=subject&filter_relational_operator_0>equals&filter_0=maternal+health&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=6.

Z. A. Bhutta et al., “Linkages Among Reproductive Health, Maternal Health, and Perinatal Outcomes,” Seminars in Perinatology, 34, n° 6, 2010, en ligne: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.09.002>



ANNEXES

Santé des femmes migrantes à statut précaire - Données statistiques

Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire de Médecins du Monde Canada à Montréal

À propos de 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 elles ont besoin.

La Clinique est ouverte deux à trois journées par semaine pour des consultations sur rendez-vous (les rendez-vous étant exigés en raison de la pandémie de COVID-19¹⁴²), confidentielles et gratuites. Une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes. Cette journée clinique est dédiée au suivi de femmes enceintes et venant d'accoucher, mais permet aussi de traiter des problèmes de santé sexuelle et reproductive de façon plus générale.

Ces statistiques proviennent des données récoltées lors du triage, de l'évaluation sociale et des consultations médicales.

Données pluriannuelles

Information transversale entre 2018 et 2021

- En moyenne, **300 femmes MSP consultent** la Clinique MSP chaque année, soit près de 70% des consultations.
- En moyenne, **1 femme sur 4 est enceinte**.
- La plupart de ces femmes ont indiqué **ne pas avoir de couverture santé** publique ou privée.
- Près d'**1 femme sur 2 dépend économiquement de son conjoint**.

2021-2022

1er avril 2021 - 14 février 2022:

- Triage
 - Près de 20% des personnes qui appellent au triage de la clinique sont des femmes enceintes (soit 241 femmes).

¹⁴² En temps normal, les consultations sont offertes sans rendez-vous.



- La documentation concernant la grossesse au Québec (tarifs, liste d'hôpitaux, vidéos informatives MdM, suivis) constitue l'une des trois principales références transmises aux personnes qui appellent au triage.
- Parmi les 241 femmes enceintes qui ont appelé le triage, 48% n'avaient pas d'assurance maladie et 32% avaient une assurance privée qui ne couvrait pas les frais reliés aux soins de grossesse.

Triage du 1er avril 2021 au 14 février 2022	Motif de consultation
Couverture médicale des femmes enceintes	Suivi de grossesse
Assurance privée	78
Aucune	115
Autre	2
Autre/Non abordé	22
PFSI valide	14
RAMQ - en délai de carence	9
RAMQ valide (incluant carte perdue et expirée)	1
Total	241

Triage du 1er avril 2021 au 14 février 2022	Motif de consultation
Statut migratoire des femmes enceintes	Suivi de grossesse
Autre	2
Autre/ Non abordé	14
Demande d'asile	16
Demande d'asile déboutée ayant droit de séjour	2
Permis de travail fermé	1
Permis de travail ouvert	43
Permis Vacances Travail (PVT)	8
Résidence permanente	11
Sans statut	23
Statut de réfugié accepté	1
Visa de visiteur	64
Visa étudiant	56
Total	241

- Évaluation sociale
 - Les évaluations sociales ont été effectuées à 70% auprès des femmes reçues au triage.
 - Plus d'une personne sur deux évaluée auprès d'une travailleuse sociale se déclarait être sans autorisation de séjour.
- Consultations



- 250 femmes ont reçu des services à la clinique - Approximativement 70 % des patients
- 58 de ces femmes (soit 16 %) étaient enceintes
- La grossesse figure parmi les principales raisons de consultation à la clinique.
- Les prélèvements de grossesse figurent dans le top 3 des principales interventions réalisées sur les personnes rencontrées.

Avril 2021 - Septembre 2021

- Consultations
 - 7 personnes sur 10 qui consultent à la clinique sont des femmes MSP, soit 250 femmes.
 - 23 % de ces femmes étaient enceintes (soit 58 personnes).
 - Sur les 301 personnes suivies, 90% ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale.
 - 2 personnes sur 3 qui ont consulté à la clinique ont dit ne pas avoir de revenu personnel.
 - 27% des femmes déclaraient vivre dans des conditions précaires.
 - Les prélèvements de grossesse figurent dans le top 3 des principales interventions réalisées sur les personnes rencontrées.
 - La grossesse figure parmi les principales raisons de consultation à la clinique.

2020-2021 (1^{er} avril 2020 - 31 mars 2021)

- Triage
 - 65% des 697 personnes qui se sont présentées à la clinique étaient des femmes.
 - Près de 20% des personnes qui appellent au triage de la clinique MSP sont des femmes enceintes (soit 135 femmes).
 - La documentation concernant la grossesse au Québec (tarifs, liste d'hôpitaux, vidéos informatives MdM, suivis) constitue l'une des trois principales références transmises aux personnes qui appellent au triage.
- Évaluations sociales
 - Sur les 301 personnes vues par les travailleuses sociales, 25% étaient des femmes enceintes.
 - 69% des personnes évaluées déclaraient être soutenues financièrement par leur conjoint.e, la famille et/ou les amis.
 - 1 femmes sur 2 se déclare être sans statut lors de son évaluation social.
- Consultations
 - Sur les 268 femmes différentes qui ont été rencontrées à la clinique, MSP 33 % étaient des femmes enceintes.
 - 61 femmes enceintes ont été rencontrées par une infirmière à la Clinique :
 - 40.8% ont un enfant à charge de moins de 22 ans
 - 52.6% ont un partenaire conjugal

- Leurs revenus dépendent de leur partenaire conjugal et des autres membres de leur famille.
- 196 références ont été faites pour des femmes enceintes pour qu'elles réalisent leurs analyses de suivi de grossesses gratuitement; et 39 références ont été faites pour des femmes enceintes afin de couvrir 50% des frais de leurs analyses.
- À la clinique MSP, le service de dépistage (prélèvement à la clinique et analyse dans des laboratoires partenaires) des ITSS et de pap tests a permis de réaliser 70 dépistages ITSS auprès des femmes et 10 pap test.

2019-2020 (1^{er} avril 2019 - 31 mars 2020)

- Évaluation sociale
 - Sur les 250 femmes qui ont été évaluées par une travailleuse sociale, 33% étaient enceintes (dont près de 1% en post partum).
 - 39% ont un enfant à charge de moins de 22 ans.
 - 46% ont un partenaire conjugal.
 - La forte majorité ont indiqué ne pas avoir de statut migratoire, suivi d'une portion importante de personnes détenant un visa de visiteur.
 - Leurs pays de provenance viennent principalement d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud.
 - La plupart de ces femmes ont indiqué ne pas avoir de couverture santé publique ou privée.
 - Près de la moitié des femmes enceintes avait un partenaire conjugal et déclarait en être dépendante financièrement.
- Consultations
 - Sur les 279 personnes suivies, 30 (≈11%) étaient des femmes enceintes et 11 étaient en période post-partum (≈4%).

2018-2019 (1^{er} avril 2018 - 31 mars 2019)

- Triage
 - Sur les 1204 demandes reçues au triage :
 - 237 personnes n'avaient pas de statut (20%).
 - 863 personnes n'avaient pas de couverture médicale (72%).
 - 114 avaient une assurance privée (9%).
 - 288 étaient des femmes enceintes.
- Évaluation sociale
 - La majorité des 250 femmes qui ont été évaluées par une travailleuse sociale n'avait pas de couverture médicale.
 - 79 étaient des femmes enceintes ou en post partum :
 - 42% dépendaient financièrement de leur conjoint.e.
 - Près de 40% étaient établies au Québec depuis au moins 3 ans.
 - 34% étaient sans autorisation de séjour.



- Consultations
 - 68 femmes enceintes et 11 femmes en suivi post-partum ont eu accès à nos services.
 - La majorité d'entre elles ont entre 31 et 40 ans et connaissent leur première grossesse.
 - Dans une grande proportion, elles sont originaires d'Afrique du Nord ou subsaharienne, des Caraïbes ou d'Amérique du Sud.
 - Près de la moitié (48 %) de ces femmes disent avoir un état de santé psychologique moyen à très mauvais.
 - 42 % de ces femmes sont totalement dépendantes économiquement de leur conjoint.
 - 78 % de ces femmes vivent sous le seuil de faible revenu.
 - 42 % d'entre elles déclarent ne pas être en mesure de combler les besoins alimentaires pour elles-mêmes ou leur famille.
 - 80 % de ces femmes habitent au Québec depuis plus d'un an (6 % depuis plus de 10 ans).
 - 34 % n'ont pas de statut.
 - 61 % sont en attente de la régularisation de leur statut, ou leur situation administrative ne leur donne pas accès aux soins (visa étudiant, parrainage, demande humanitaire, etc.).



Suivez-nous sur



www.medecinsdumonde.ca