



# ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

**pour les femmes  
enceintes et les  
tout-petits de  
familles migrantes**

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Observatoire des tout-petits, un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon.

Ce document est accessible en ligne, dans la section Publications du site Internet de l'Observatoire à l'adresse [tout-petits.org/sante-migrants](http://tout-petits.org/sante-migrants).

**DIRECTION** Fannie Dagenais

**ANALYSE** Solène Lagrange, Amandine Fillol, Margaux Fête et Valéry Ridde

**RÉDACTION** Kathleen Couillard

**RÉVISION LINGUISTIQUE** Jonathan Aubin

**CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE** GB Design Studio

**GESTIONNAIRE / PRODUCTION GRAPHIQUE ET NUMÉRIQUE** Alexandre Gosselin

**DIFFUSION** Marilou Denault

**NOS PLUS SINCÈRES REMERCIEMENTS À TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPÉ À LA RÉVISION DE CE DOCUMENT :**

**Julie Brousseau**  
*CHU Sainte-Justine*

**Christine Carron**  
*Cabinet Norton Rose Fulbright*

**Janet Cleveland**  
*Centre de recherche  
Sherpa - CIUSSS Centre-Ouest-  
de-l'Île-de-Montréal*

**Simon Derome**  
*Avenir d'enfants*

**Hélène Desrosiers**  
*Institut de la statistique du Québec*

**Jérôme Di Giovanni**  
*Alliance des communautés culturelles  
pour l'égalité dans la santé  
et les services sociaux (ACCÉSSS)*

**Amandine Fillol**  
*Institut de recherche en santé publique,  
Université de Montréal*

**Véronique Houle**  
*Médecins du Monde*

**Abdoul Kader Doro**  
*Direction des politiques de financement  
et de l'allocation des ressources,  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux*

**Solène Lagrange**  
*Institut de recherche en santé publique,  
Université de Montréal*

**Marianne Leane-Welt**  
*Médecins du Monde*

**Christian Macé**  
*Direction générale de santé publique,  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux*

**Virginie Nanhou**  
*Institut de la statistique du Québec*

**Geneviève Pepin**  
*Direction générale des services  
hospitaliers, de la médecine spécialisée  
et universitaire, Ministère de la Santé  
et des Services sociaux*

**Julie Poissant**  
*Université du Québec à Montréal*

**Marie-France Raynault**  
*École de santé publique - Département  
de médecine sociale et préventive,  
Université de Montréal*

**Marie Rhéaume**  
*Réseau pour un Québec Famille*

**Valéry Ridde**  
*Institut de Recherche pour  
le Développement France, CEPED  
(IRD - Université Paris Descartes),  
Université Paris Sorbonne Cité,  
ERL INSERM SAGESUD, Institut  
de recherche en santé publique  
de l'Université de Montréal*

**Adina Ungureanu**  
*Alliance des communautés culturelles  
pour l'égalité dans la santé  
et les services sociaux (ACCÉSSS)*

Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement celles des personnes ou des organisations qui ont participé à la révision.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

**POUR CITER CE DOCUMENT :**

Observatoire des tout-petits. *Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes*, Montréal, Québec, Observatoire des tout-petits, 2019.

**DISTRIBUTION**

**Observatoire des tout-petits**

2001, avenue McGill College, bureau 1000

Montréal (Québec) H3A 1G1

Téléphone : 514 380-2001

info@tout-petits.org

© Fondation Lucie et André Chagnon

Dépôt légal (version imprimée) - 2<sup>e</sup> trimestre 2019

Dépôt légal (PDF) - 2<sup>e</sup> trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-924875-35-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-924875-36-0 (PDF)



# TABLE DES MATIÈRES

- 4** \_ Faits saillants
- 6** \_ Est-ce que tous les enfants ont accès facilement à des soins de santé au Québec avant la naissance et pendant la petite enfance ?
- 14** \_ Qui a accès à l'assurance maladie au Québec ?
- 20** \_ Quelles sont les répercussions de ne pas avoir accès à des soins de santé pendant la grossesse, lors de l'accouchement et durant la petite enfance ?
- 30** \_ Quels sont les coûts des soins de santé lorsqu'on n'est pas assuré ?
- 34** \_ Qui sont les femmes enceintes et les enfants qui n'ont pas accès à la RAMQ ?
  - 36** \_ Qui sont les femmes enceintes sans assurance de la RAMQ rencontrées dans le cadre des enquêtes ?
  - 40** \_ Qui sont les tout-petits sans assurance de la RAMQ dont il est question dans l'enquête ?
- 42** \_ Pourquoi est-il urgent d'agir ?
- 48** \_ Comment aider les femmes enceintes et les tout-petits migrants sans assurance maladie ?
  - 49** \_ Agir sur le plan légal
  - 52** \_ Agir sur les facteurs sociaux de vulnérabilité
- 59** \_ Conclusion
- 60** \_ Références

# Faits saillants

Bien que le Québec dispose d'un système public universel de services de soins de santé, plusieurs enfants habitant sur son territoire, dont certains sont nés ici et n'ont jamais vécu ailleurs qu'au Québec, n'y ont pas accès, notamment en raison de leur statut d'immigration ou de celui de leurs parents.

Nous ne disposons pas de données sur le nombre de familles touchées par cette situation à travers le Québec. À titre indicatif, en 2017-2018, 56 nouveaux enfants sans carte soleil se sont présentés à la clinique destinée aux migrants à statut précaire de Médecins du Monde. Parmi eux, 25 étaient nés au Québec.

Pourtant, pour favoriser un développement optimal des tout-petits, ceux-ci doivent avoir accès facilement et rapidement à des soins médicaux de qualité, et ce, dès la naissance. Le suivi de grossesse est aussi important puisqu'il permet de prévenir plusieurs complications pouvant avoir des répercussions sur la santé de la mère ou du bébé. Les enfants qui ne peuvent pas bénéficier de services de santé, ou dont la mère n'a pas pu recevoir un suivi médical pendant la grossesse, sont plus à risque de vivre différents problèmes de santé et de développement qui peuvent persister tout au long de leur vie.

La situation des femmes enceintes et des tout-petits migrants qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est d'autant plus préoccupante que les migrants à statut précaire sont une population particulièrement vulnérable. Des recherches ont en effet démontré que ces familles vivent généralement dans des conditions de vie plus difficiles : logements parfois insalubres, revenus faibles, conditions de travail difficiles. Les barrières d'accès aux soins de santé rendent d'ailleurs ces familles vulnérables encore plus vulnérables, ce qui peut devenir un enjeu pour la société québécoise. En effet, l'absence de soins de santé préventifs engendre davantage de complications médicales qui sont ensuite plus complexes à traiter et plus coûteuses pour le système, et donc pour la société.

Il est possible d'agir pour améliorer l'accès aux soins de santé des femmes enceintes et des tout-petits migrants sans assurance maladie. Toutefois, pour y arriver et agir sur l'ensemble des barrières d'accès aux soins, des actions doivent être entreprises à plusieurs niveaux.

Il serait notamment possible d'agir sur le plan légal. Par exemple, le Protecteur du citoyen recommande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de s'assurer que son interprétation de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* est en accord avec l'intention des législateurs qui souhaitaient permettre aux enfants nés au Québec d'avoir accès à la RAMQ, peu importe le statut d'immigration de leurs parents. Pour les enfants nés à l'extérieur du Canada qui demeurent sur le territoire québécois, il serait possible de s'inspirer d'une mesure mise en place dans le domaine de l'éducation. En effet, depuis 2017, la *Loi sur l'instruction publique* donne droit à la gratuité scolaire à toute personne qui n'est pas résidente du Québec au sens de cette *Loi*, mais dont le titulaire de l'autorité parentale y demeure de façon habituelle.

Enfin, des interventions préventives visant d'autres déterminants de la santé peuvent aussi avoir une influence positive sur la vie de ces enfants. Par exemple, faciliter l'intégration socioprofessionnelle et sociale des parents, l'intégration des enfants dans les services de garde et la réduction de l'insécurité alimentaire constitue des pistes de solutions.



**Comme l'immigration est une réalité au Québec, il importe de prendre soin adéquatement des familles immigrantes, notamment des enfants et des femmes enceintes. Ces enfants contribueront activement à bâtir la société de demain.**



# Est-ce que tous les enfants ont accès facilement à des soins de santé au Québec avant la naissance et pendant la petite enfance ?

L'accès à des soins de santé pour les mères pendant la grossesse et pour leurs enfants pendant la petite enfance est indispensable au développement optimal des tout-petits. Bien que le Québec dispose d'un système public universel de services de soins de santé, certains enfants habitant sur son territoire n'y ont pas accès, notamment en raison de leur statut d'immigration ou de celui de leurs parents.

Les enfants qui ne peuvent pas bénéficier de services de santé sont plus à risque de connaître différents problèmes de développement qui les suivront tout au long de leur vie et qui constituent également un coût pour la société. Cette situation crée ainsi des iniquités et des injustices.

Une couverture universelle pour les soins de santé des jeunes enfants n'est donc pas atteinte sur le territoire canadien. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « **l'accès à la santé et aux soins de santé des individus, indépendamment de leur statut et de leur pays d'origine, est un droit fondamental** ». Le Canada consacre d'ailleurs des fonds pour tenter d'améliorer l'organisation ou la qualité des soins de santé ailleurs dans le monde. Entre 2017 et 2019, le gouvernement du Canada prévoit dépenser environ 2 milliards de dollars pour la santé des enfants à l'extérieur du pays<sup>(1)</sup>.

Puisque les femmes enceintes et les tout-petits migrants sans accès à des soins de santé gratuits fréquentent peu les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, nous ne disposons pas de données administratives à leur sujet. Par ailleurs, aucune enquête populationnelle n'a été menée à l'échelle de la province auprès de ces familles. Il est donc difficile de déterminer combien de femmes ou d'enfants sont touchés et de dresser un portrait représentatif de leur situation.

Le but de ce dossier est donc de mieux comprendre les enjeux entourant l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits migrants, grâce aux données disponibles dans la littérature scientifique et dans certaines enquêtes menées localement.



# Qu'entend-on par personne migrante ?

Un migrant est une personne qui se déplace, ou qui s'est déplacée dans le passé, vers un autre pays que celui de sa résidence habituelle. Cette désignation inclut à la fois...



## **les immigrants**

qui sont en processus de déplacement et qui arrivent dans un nouveau pays.



## **les immigrés**

qui sont déjà installés dans leur pays d'accueil.





### **les émigrants**

qui sont en processus de déplacement pour quitter leur pays d'origine.



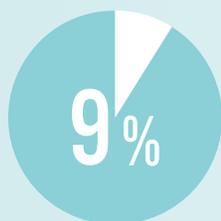
### **les émigrés**

qui ont déjà quitté leur pays d'origine.

**Une même personne est à la fois émigrée (du point de vue de son pays d'origine) et immigrée (du point de vue du pays d'accueil).**



Entre 2007 et 2017, le Québec a accueilli en moyenne **4 700** immigrants de 5 ans et moins par année. Il s'agit d'une augmentation notable par rapport aux six années précédentes (2001-2007) durant lesquelles 3 700 enfants de 0 à 5 ans en moyenne ont été accueillis.



Les tout-petits représentent **environ 9 %** de tous les nouveaux arrivants.



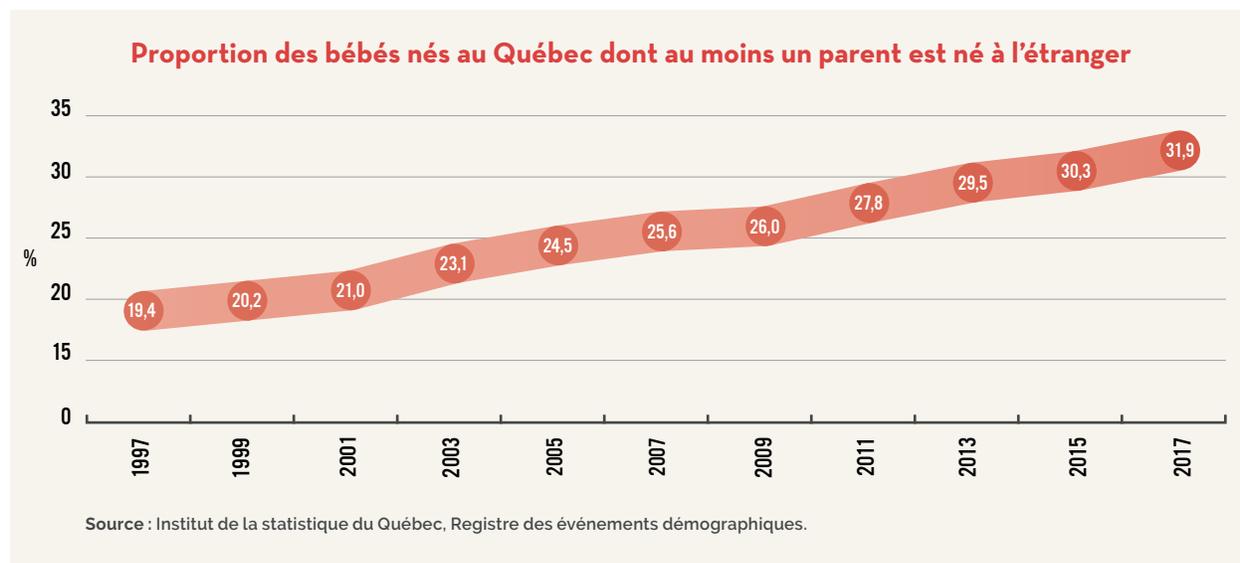
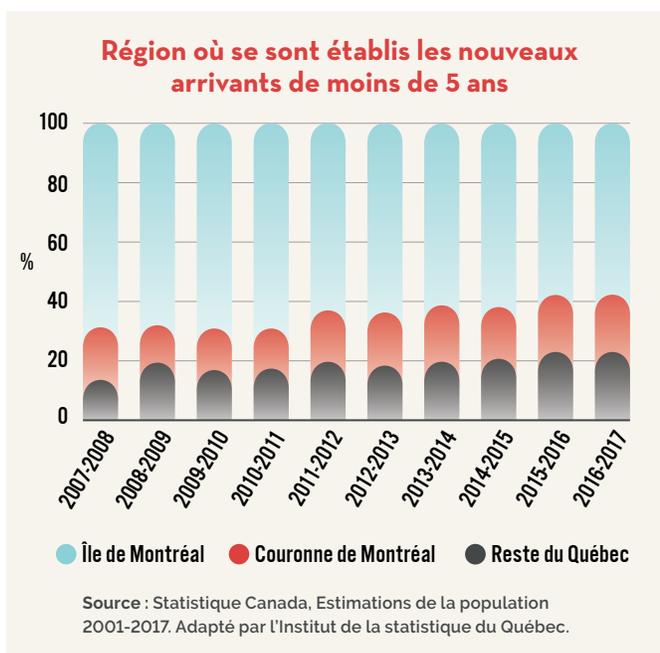
En 2016-2017, le Québec a admis **53 000** immigrants, tous âges confondus.



## Les tout-petits et l'immigration au Québec

Environ 80 % de ces tout-petits se sont établis dans la région métropolitaine (RMR) de Montréal, dont environ 60 % dans l'île de Montréal. Dans les dernières années, la proportion des nouveaux arrivants de 0 à 5 ans qui s'est installée sur l'île de Montréal a toutefois diminué au profit de la couronne de Montréal.

Par ailleurs, la proportion de bébés nés au Québec dont au moins un parent est né à l'étranger a connu une augmentation au cours des 20 dernières années. En 2017, cette proportion se situait à 32 %, comparativement à 19 % en 1997.



En 2016, la proportion de bébés nés de parents immigrants était beaucoup plus élevée à Montréal (67 %) et à Laval (54 %). L'Outaouais et la Montérégie suivaient avec des proportions de 24 % et de 22 % respectivement.

## Les différents statuts migratoires

Lorsqu'une personne migrante arrive au Canada, elle peut se trouver dans différentes situations. C'est ce qu'on appelle le statut migratoire. Par la suite, ce statut peut passer d'une catégorie à l'autre selon le dépôt d'une demande de résidence ou d'asile, ou l'expiration du permis de séjour.\*



### Résident temporaire

Le résident temporaire dispose d'un visa (permis de séjour) d'une durée prédéterminée à titre de visiteur, de travailleur temporaire ou d'étudiant étranger. D'ici l'expiration de son visa, la personne peut faire une demande de renouvellement. Si elle répond aux conditions, elle peut également soumettre une demande de résidence permanente.

Si la personne demeure au Canada après expiration de son visa, elle est considérée comme étant en situation irrégulière.

Demande de résidence permanente

### Résident permanent

Le résident permanent a le droit de demeurer au Canada pour une période indéterminée. Il bénéficie des mêmes droits et avantages qu'un citoyen, à quelques exceptions près (ex. : droit de vote). Ultimement, le résident permanent peut demander la citoyenneté canadienne.

Les principales catégories de résident permanent sont :

- les immigrants économiques;
- les familles de résidents permanents ou de citoyens (parrainage familial);
- les réfugiés et motifs humanitaires.

Demande acceptée

Demande de résidence permanente

\* Document permettant d'entrer au Canada et d'y demeurer pour une période déterminée.

Dépôt d'une  
demande d'asile

### **Demandeur d'asile**

Le demandeur d'asile demande l'autorisation de demeurer au Canada au motif qu'il serait en danger s'il était renvoyé dans son pays. En attendant la décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR), le demandeur d'asile est un résident temporaire légal.

Si la demande d'asile est accueillie, la personne a le statut de réfugié (statut de personne protégée) et peut demander la résidence permanente. En cas de refus définitif de sa demande, elle est considérée comme étant en situation irrégulière.

Demande refusée

Dépôt d'une  
demande d'asile

### **Situation irrégulière**

La personne qui demeure sur le territoire canadien après que son permis de séjour a expiré ou qui a outrepassé un ordre de renvoi du Canada est considérée comme étant en situation irrégulière ou sans statut. Dans certains cas, la personne peut régulariser son statut, par exemple, en demandant la résidence permanente pour motifs humanitaires ou encore en étant parrainée par un conjoint qui est citoyen ou résident permanent.

Une personne qui entre sur le territoire canadien clandestinement, sans avoir soumis une demande d'asile, sera considérée comme en situation irrégulière.



**QUI A ACCÈS**  
à l'assurance maladie  
au Québec ?



Au Québec, c'est la *Loi sur l'assurance maladie* et le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec* qui déterminent les personnes qui peuvent recevoir des soins de santé payés par l'assurance maladie.

Selon la *Loi*, une personne est assurée si elle est résidente du Québec et si elle est inscrite auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Pour être reconnu comme résident du Québec, un individu doit résider de façon générale au Québec et satisfaire l'une des conditions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance maladie*, telle qu'être citoyen canadien ou résident permanent au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.

Par conséquent, une proportion non négligeable de personnes ayant un statut de résident temporaire ou étant en attente d'une décision concernant leur statut migratoire n'ont pas accès à la RAMQ. Il en est de même pour les résidents permanents pendant les 3 premiers mois après leur arrivée, en raison du délai de carence. Les demandeurs d'asile ont toutefois droit à la couverture de leurs soins de santé grâce au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)\* offert par le gouvernement du Canada.

 Une proportion non négligeable de personnes ayant un statut de résident temporaire ou étant en attente d'une décision concernant leur statut migratoire n'ont pas accès à la RAMQ. 



### LE DÉLAI DE CARENCE

Une personne qui arrive d'un autre pays ou qui s'est absentée du Québec pendant plus de 183 jours doit **attendre jusqu'à 3 mois après son arrivée (ou son retour) pour pouvoir bénéficier de la RAMQ**, et ce, même si elle est citoyenne canadienne ou résidente permanente<sup>†</sup>. Aucune exception n'est faite pour les enfants mineurs.

En 2013, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec concluait que le délai de carence portait atteinte au droit à la sûreté, à l'intégrité et à la dignité des personnes et qu'il pourrait être considéré comme « une mesure rétrograde contrevenant aux engagements internationaux du Québec en matière de droits économiques, sociaux et culturels et en particulier en ce qui concerne le droit à la santé<sup>(2)</sup> ».

\* La couverture du PFSI est similaire à la couverture de la RAMQ. Cependant, de nombreuses cliniques refusent les patients avec le PFSI.

† Certains services de santé peuvent toutefois être rendus gratuitement pendant le délai de carence. C'est le cas des soins nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle, des soins liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse, de la vaccination avec les vaccins prévus au Programme québécois d'immunisation ou lors de campagnes de vaccination spéciales et des soins nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.



## Couverture des soins de santé pour les enfants nés au Québec dans une famille migrante

Selon la *Loi sur l'assurance maladie*, pour être couverte, une personne doit résider au Québec et donc y être domiciliée. Cependant, il est difficile de déterminer si un enfant a l'intention de s'établir dans un endroit précis et d'y installer sa résidence. Pour cette raison, on considère généralement qu'un enfant mineur est domicilié chez ses parents. Pour établir si un enfant a droit à l'assurance maladie, la RAMQ se fie donc à la situation des parents.

Selon la RAMQ, un enfant né au Québec a droit à la couverture de l'assurance maladie, ou peut faire une demande, seulement si :

- au moins un de ses parents a droit à la RAMQ ou au PFSI (soutien temporaire offert par le gouvernement fédéral);
- au moins un de ses parents a soumis une demande de résidence permanente au palier fédéral.

**La RAMQ refuse ainsi d'admettre au régime d'assurance maladie les enfants nés au Québec, et donc citoyens canadiens, si aucun de leurs parents n'a de couverture RAMQ ou PFSI.**

Selon un rapport du Protecteur du citoyen\* publié en 2018, cette façon de procéder constitue toutefois une interprétation trop restrictive de la *Loi* par la RAMQ. En effet, des modifications apportées à la *Loi sur l'assurance maladie* en 2001 « avaient précisément pour but de permettre l'admissibilité de l'enfant né au Québec au régime public de santé, indépendamment du statut migratoire de ses parents ». L'étude des débats parlementaires qui ont eu lieu en 1999 sur le projet de loi n° 83 (*Loi modifiant la Loi sur l'assurance maladie et d'autres dispositions législatives*) démontre d'ailleurs l'intention des parlementaires de distinguer l'enfant né au Québec du statut migratoire de ses parents<sup>(3)</sup>.

\* Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens.

En bref, l'admissibilité à l'assurance maladie varie selon le statut migratoire. Les informations de ce tableau s'appliquent autant aux enfants qu'aux adultes.

## ONT-ILS ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE ?

STATUT	COUVERTURE PAR LA RAMQ
<b>Citoyen canadien</b>	<b>OUI</b> ~, si résident (domicilié) au Québec. Toutefois, la RAMQ refuse d'admettre certains enfants citoyens en raison du statut migratoire de leurs parents.
<b>Résident permanent</b> → Ex. : immigrant économique*, regroupement familial†, réfugié	<b>OUI</b> ^
<b>Résident temporaire</b> → Étudiants étrangers dont le pays d'origine a une entente avec la RAMQ‡ → Travailleurs étrangers avec un permis fermé§ de plus de 6 mois, avec un permis de travail postdiplôme ou étant travailleur agricole	<b>OUI</b> ^
→ Étudiants dont le pays d'origine n'a pas d'entente avec la RAMQ → Visiteurs → Travailleurs étrangers temporaires avec un permis ouvert ou un permis fermé§ de moins de 6 mois	<b>NON</b> , dans la plupart des cas.
<b>Demandeur d'asile</b>	<b>NON</b> , couverture grâce au PFSI (grâce au gouvernement fédéral).
<b>Migrant en situation irrégulière</b> → Personnes sans statut	<b>NON</b>

~ En cas d'absence prolongée du Québec, l'admissibilité à la RAMQ peut être suspendue (voir la p. 16).

^ Sujet à un délai de carence de 3 mois (voir la p. 16).

\* Personne qui change de pays afin d'entreprendre un travail ou afin d'avoir un meilleur avenir économique.

† Personne qui se déplace afin de retrouver des membres de sa famille qui sont déjà installés dans le pays d'accueil.

‡ Le gouvernement du Québec a conclu des ententes de réciprocité en matière de sécurité sociale avec certains pays (Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie et Suède). Les étudiants (de même que leurs conjoint et enfants à charge) provenant de ces pays peuvent ainsi avoir droit à l'assurance maladie du Québec et bénéficier des dispositions de ces ententes.

§ Un permis de travail ouvert est un permis de travail qui n'est pas lié à un emploi donné. Un permis de travail fermé est lié à un employeur donné. Il contient donc des conditions associées au travail telles que le nom de l'employeur, la durée de la période de travail et le lieu de travail.

## Barrières à l'accès aux soins de santé pour les migrants

Selon une étude réalisée<sup>(4)</sup> auprès du personnel de différents établissements de santé montréalais, outre le statut migratoire, plusieurs facteurs peuvent rendre difficile l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits sans couverture médicale. Le personnel interrogé mentionne entre autres :

- la langue;
- la difficulté à trouver un médecin;
- une mauvaise compréhension du réseau de la santé;
- la peur d'être dénoncé aux services d'immigration.

Une autre étude réalisée auprès de femmes enceintes non couvertes par une assurance médicale révèle qu'elles faisaient preuve d'une grande méfiance envers les professionnels de la santé, et que cela pouvait les dissuader de consulter en cas de besoin<sup>(5)</sup>.

Par ailleurs, une enquête effectuée auprès du personnel d'établissements de santé met en lumière l'attitude parfois négative de certains employés du réseau de la santé envers les personnes qui cherchent à recevoir des soins de santé sans disposer de la couverture de la RAMQ. En effet, moins de la moitié (49,2%) du personnel des hôpitaux serait favorable à un accès complet ou plus large aux soins de santé pour enfants et femmes enceintes sans statut. Cette proportion était toutefois plus élevée (68,5%) pour le personnel des CLSC sondés<sup>(4)</sup>.

« En 2017-2018, 56 nouveaux enfants sans carte soleil se sont présentés à la clinique destinée aux migrants à statut précaire de Médecins du Monde. Parmi eux, 25 étaient nés au Québec. »

— Rapport annuel 2017-18, Médecins du Monde Canada





# QUELLES SONT LES RÉPERCUSSIONS

de ne pas avoir accès à des soins  
de santé pendant la grossesse,  
lors de l'accouchement et durant  
la petite enfance ?



## Chez la femme enceinte

Le suivi de grossesse est très important, autant pour la santé de la mère que pour celle de l'enfant à naître. Selon l'OMS, des soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement pourraient notamment prévenir un grand nombre de décès de femmes et de bébés.

Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, notamment les conditions socioéconomiques dans lesquelles la mère se trouve. Le suivi de grossesse est donc important puisqu'il permet d'agir sur plusieurs facteurs de risque. D'ailleurs, les bienfaits d'un suivi et de soins pendant la grossesse peuvent se faire sentir à plusieurs niveaux et sont très bien démontrés par la recherche<sup>(6)</sup>.



### **SANTÉ DE LA MÈRE**

Les soins prénataux permettent de détecter et de prévenir des maladies pouvant avoir des conséquences sur la santé et le bien-être de la mère. Les rendez-vous de suivi sont aussi une occasion de reconnaître les mères avec des problèmes de santé (physique ou mentale) ou celles victimes de violence conjugale et d'intervenir.



### **COMPLICATIONS À L'ACCOUCHEMENT**

Les rendez-vous médicaux, les tests et les échographies réalisés pendant la grossesse permettent de détecter les grossesses multiples, les anomalies fœtales ou d'autres conditions pouvant mener à des complications lors de l'accouchement.



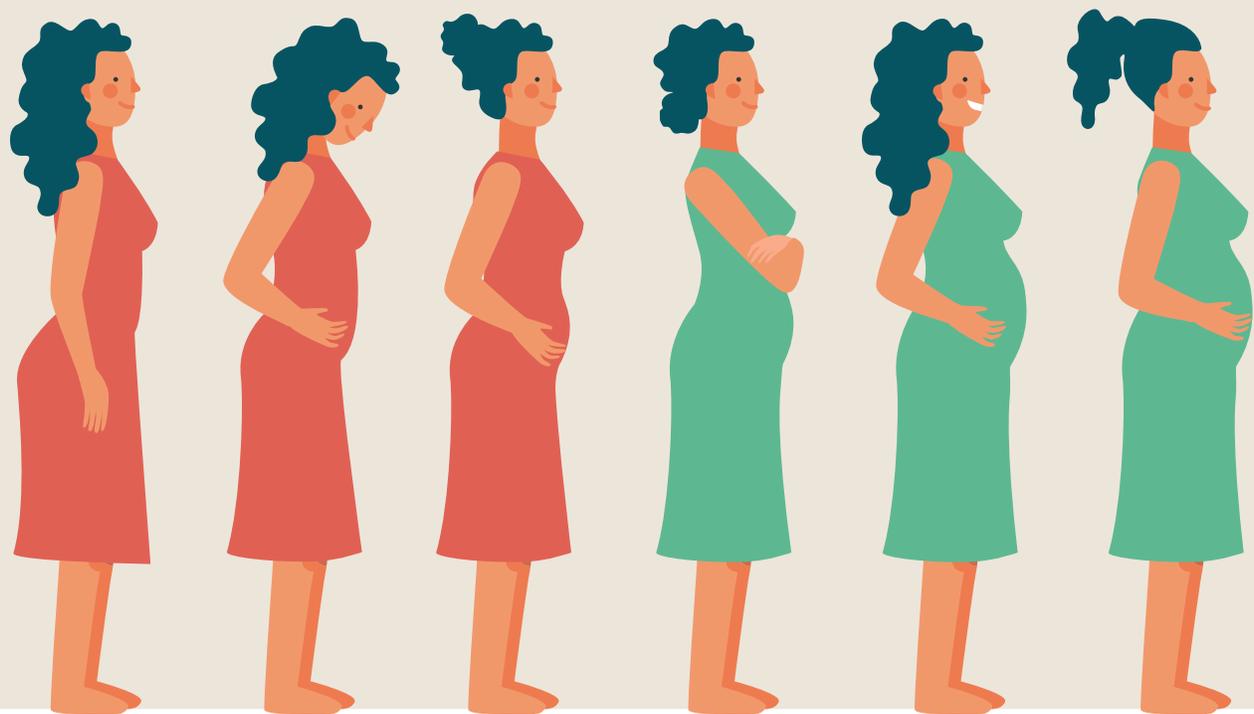
### **SANTÉ DU BÉBÉ**

Une augmentation de la fréquence des consultations prénatales est associée à une plus faible probabilité de décès à la naissance.

Puisqu'elles sont une occasion d'offrir des recommandations concernant différents comportements de santé chez la mère, les rencontres prénatales peuvent influencer positivement sur le développement de l'enfant pendant et après la grossesse.

L'OMS recommande d'offrir aux femmes enceintes au moins huit consultations prénatales<sup>(6)</sup>.

Au Québec, un suivi de grossesse normal devrait compter en tout une douzaine de visites chez le médecin ou la sage-femme<sup>(7)</sup>.



#### **PREMIER TRIMESTRE**

##### **1 visite**

Cette première visite permet de détecter les grossesses à risque et ainsi d'agir pour éviter les complications.

#### **DEUXIÈME TRIMESTRE**

##### **Environ 3 visites**

Une visite toutes les 4 à 6 semaines



La grossesse doit être une expérience positive pour toutes les femmes, qui doivent bénéficier de soins dans la dignité.



– D<sup>r</sup> Ian Askew, directeur du Département Santé reproductive et recherche de l'OMS<sup>(8)</sup>



### TROISIÈME TRIMESTRE

#### **Environ 8 visites**

Une visite toutes les 2 à 3 semaines, puis une visite par semaine à partir de 37 semaines de grossesse.

## Chez les tout-petits

Pour favoriser un développement optimal des tout-petits, ceux-ci doivent avoir accès facilement et rapidement à des soins médicaux. Un tout-petit devrait donc pouvoir consulter un médecin lorsqu'il est malade ou lorsqu'il se blesse. Des visites préventives sont également essentielles à sa santé.

Les visites préventives de suivi permettent en effet de s'assurer que l'enfant reçoit les vaccins selon le calendrier proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, de dépister les troubles physiques et les retards de développement et de soutenir les parents dans leurs habiletés parentales.

Selon le rapport du Protecteur du citoyen publié en 2018, un enfant sans assurance maladie ne reçoit pas les soins de santé de routine et de prévention dont il a besoin pour bien se développer. Sa santé pourrait aussi être mise en danger s'il ne reçoit pas les soins nécessaires en cas d'urgence. « Les conséquences peuvent être physiques autant que psychologiques, et nuire à l'intégration de ces enfants au service de garde, à l'école et, plus largement, à la communauté. »

### Ainsi, si un enfant n'a pas accès à des soins de santé...



Il pourrait vivre avec des handicaps, des troubles du développement ou des maladies chroniques non dépistées, ce qui pourrait avoir des répercussions sur sa vie future.



En cas de blessure ou de maladie, il pourrait voir son état s'aggraver, car il ne reçoit pas les soins nécessaires.



Ses parents ne recevront peut-être pas les informations nécessaires en matière de prévention (activité physique, alimentation, temps passé devant un écran), ce qui peut nuire à sa santé globale et à son développement.

Au Québec, un enfant devrait rencontrer le médecin pour un rendez-vous de suivi au moins une dizaine de fois entre la naissance et l'âge de 5 ans. Cela ne comprend toutefois pas les visites dans une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence si l'enfant est malade ou se blesse.



**PREMIÈRE ANNÉE DE VIE**  
**5 visites**

**DEUXIÈME ANNÉE**  
**2 visites**



**DE 2 ANS À 5 ANS**  
**4 visites (1 par année)**



Le Protocole d'immunisation du Québec stipule que les vaccins qui font partie du Programme québécois d'immunisation sont «**accessibles gratuitement à toute personne vivant au Québec, sans égard à son statut ou à sa couverture d'assurance, y compris les personnes en attente d'un statut légal**».

Pourtant, selon une enquête réalisée en 2016 par Médecins du Monde auprès de 94 centres de santé (cliniques sans rendez-vous, CISSS ou CIUSSS, GMF), seulement 43 % d'entre eux acceptaient de vacciner des enfants sans assurance médicale et 38 % d'entre eux exigeaient des frais allant de 10 \$ à 205 \$.

En 2017, à la suite de cette enquête, la Direction régionale de santé publique de Montréal a publié un communiqué pour rappeler aux établissements que la vaccination est gratuite au Québec pour tous les bébés, peu importe leur admissibilité à l'assurance maladie.



# QUELS SONT LES COÛTS

des soins de santé  
lorsqu'on n'est  
pas assuré ?

## Coût d'un suivi de grossesse et d'un accouchement sans assurance maladie

Il est difficile d'établir le coût exact d'un suivi de grossesse pour les femmes enceintes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie. En principe, les établissements ont reçu la directive de facturer les tarifs prévus par les circulaires ministérielles. Les coûts d'hospitalisation peuvent toutefois varier énormément d'un hôpital à l'autre, tout comme les tarifs des médecins.

### EXEMPLE DES COÛTS À PAYER LORS D'UN SUIVI DE GROSSESSE POUR UNE FEMME SANS ASSURANCE MALADIE

<b>Suivi de grossesse optimal (12 rendez-vous) :</b>	1 494 à 2 960 \$*
Coût du médecin accoucheur	2 700 \$ pour un accouchement vaginal et 4 600 \$ pour une césarienne†
Hospitalisation de deux jours après l'accouchement	Entre 4 740 et 9 720 \$*
<b>Total pour une grossesse et un accouchement sans complication</b>	<b>Entre 8 934 et 17 280 \$</b>

### TARIFS INDIVIDUELS DE CERTAINS ÉLÉMENTS DU SUIVI DE GROSSESSE

<b>Consultation pour une rencontre de suivi prénatal</b>	124,50 à 246,70 \$*
<b>Analyses (tests sanguins, tests de dépistage)</b>	450 à 600 \$†
<b>Échographie</b>	150 à 300 \$†

 Je priais pour donner naissance naturellement, parce que je n'avais pas d'argent pour payer l'épidurale. Je priais pour ne pas avoir de complications. 

— Femme interviewée dans le cadre d'une étude réalisée à Montréal sur l'expérience de soins périnataux chez des femmes avec un statut précaire<sup>(5)</sup>

\* Ces tarifs ont été établis en consultant la circulaire ministérielle qui fixe les tarifs des services rendus en externe et des hospitalisations. Ces montants comprennent déjà une surcharge de 200% (voir la p. 33).

† Ces tarifs proviennent des informations recueillies par les intervenants de Médecins du Monde et du témoignage des mères interrogées dans le cadre de l'enquête *Migrants sans assurance médicale à Montréal (MSAM)*, présentée plus loin.

## Coûts des soins de santé pour un enfant sans assurance maladie

Pour qu'un enfant sans assurance maladie reçoive un suivi de routine conforme aux recommandations mentionnées dans la section précédente, c'est-à-dire 10 rencontres avec un médecin dans les 5 premières années de sa vie, ses parents sans assurance devront déboursier environ 1 845 \$.

À ce montant s'ajouteront les visites dans une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence si l'enfant est malade ou se blesse. Voici d'ailleurs le coût de quelques services pour les tout-petits.

	TARIF*
<b>Séjour d'un nouveau-né (en pouponnière ou en cohabitation) à l'hôpital</b>	2 475 \$ par jour
<b>Séjour en néonatalogie</b>	8 604 \$ par jour
<b>Visite en clinique médicale</b>	124,50 \$ par visite (+ les frais du médecin d'environ 60 \$)
<b>Visite à l'urgence de l'hôpital</b>	716,25 \$ par visite (+ les frais du médecin qui se situent entre 150 et 200 \$)
<b>Chirurgie mineure en salle d'opération</b>	716,25 \$
<b>Chirurgie d'un jour</b>	4 155 \$ par jour
<b>Hospitalisation</b>	4 881 \$ par jour



Dans plusieurs hôpitaux, ces services sont payables avant d'avoir reçu les soins.

Généralement, ces tarifs n'incluent pas les frais pour des tests comme les échographies, les radiographies, les prises de sang, etc.

Par ailleurs, certains hôpitaux de Montréal spécifient sur leur site Internet qu'ils offriront des services aux patients non assurés par une assurance maladie provinciale en cas d'urgence seulement. Ils ne mentionnent toutefois pas ce qui constitue une urgence.

\* CHU Sainte-Justine : [https://www.chusj.org/fr/soins-services/services-connexes/Comptes-clients-\(Bureau-des-comptes\)/Non-residents-Liste-de-prix](https://www.chusj.org/fr/soins-services/services-connexes/Comptes-clients-(Bureau-des-comptes)/Non-residents-Liste-de-prix) et Centre universitaire de santé McGill : <https://muhc.ca/homepage/node/47267>. Ces montants comprennent déjà une surcharge de 200% (voir la p. 33).



## Des tarifs plus élevés pour les personnes sans assurance de la RAMQ

L'annexe 1 de la circulaire 2018-021 publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui s'adresse aux directeurs généraux des centres hospitaliers, des CLSC, des CISSS ou CIUSSS, des CHSLD et des centres de réadaptation demande de majorer les tarifs de 200 % pour les non-Canadiens ou les Canadiens non résidents du Québec.

Les médecins et établissements privés sont libres de suivre ou non cette directive, mais elle s'applique par contre aux institutions de santé de l'État.

---

« La semaine passée, je me suis rendue à l'hôpital avec mon fils. Il était malade. (...) La dame dit : « Tu n'as pas de carte d'assurance maladie ? On ne peut pas te recevoir. » (...) Ils m'ont dit de payer 600 \$ sur place, sinon ils ne peuvent pas prendre mes enfants. »

— Carole, originaire de la Côte-d'Ivoire  
Témoignage recueilli dans le cadre de l'enquête MSAM

A close-up photograph of a pregnant woman's midsection. She is wearing a brown, long-sleeved, form-fitting dress. Her hands are gently resting on her belly, one above the other. She has white nail polish and a ring on her left hand. The background is a plain, light-colored wall.

# QUI SONT LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS

qui n'ont pas accès  
à la RAMQ ?

Les migrants sans assurance médicale forment un groupe très hétérogène, et il est donc difficile d'en faire un portrait représentatif. Cependant, des études réalisées dans différents pays ont pu mettre en évidence quelques caractéristiques communes<sup>(9)</sup>. Par exemple, ils vivent généralement dans de moins bonnes conditions de vie que l'ensemble de la population du pays d'accueil. La pauvreté est d'ailleurs plus importante pour ces familles. Les migrants à statut précaire occupent également plus souvent des emplois risqués et moins bien payés.

Puisqu'il n'existe pas de données représentatives des migrants sans assurance maladie au Québec, il faut se tourner vers des études locales de plus petite envergure pour en apprendre davantage sur ces familles.



L'enquête « Migrants sans assurance médicale à Montréal (MSAM) » a été conduite par des chercheurs de l'Université de Montréal en 2016-2017 auprès de **871 personnes migrantes sans assurance médicale** dans la région de Montréal.

44%

Comme 44% des participants à l'enquête MSAM ont été recrutés à la clinique destinée aux migrants à statut précaire de Médecins du Monde, l'échantillon pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble de la population migrante sans accès à des soins de santé au Québec. Il est donc important de souligner que certaines familles migrantes sans assurance maladie pourraient avoir un profil différent de celui présenté dans ce dossier. Par ailleurs, l'enquête sous-estime certainement le nombre d'enfants migrants dans cette situation. Il faut donc tenir compte de ces limites dans l'interprétation des résultats présentés.



Une enquête a également été réalisée à Montréal entre 2014 et 2017 sur l'expérience vécue de soins prénataux, postnataux et liés à l'accouchement par

**72 femmes enceintes migrantes** recrutées à la clinique destinée aux migrants à statut précaire de Médecins du Monde Canada (MdM).

Bien que ces deux enquêtes n'offrent pas d'informations pouvant être généralisées à l'ensemble des familles migrantes sans assurance maladie, elles peuvent nous donner un aperçu des conditions de vie de certaines d'entre elles. Ce portrait, bien qu'incomplet, rappelle également la nécessité de mieux documenter le phénomène pour mieux comprendre comment venir en aide à ces familles.

## Qui sont les femmes enceintes sans assurance de la RAMQ rencontrées dans le cadre des enquêtes MSAM et MdM ?

Parmi les participantes à ces deux enquêtes, on retrouvait un certain nombre de femmes enceintes migrantes sans assurance maladie :

→ 45 pour l'enquête MSAM

→ 72 pour l'enquête MdM

### Quels sont leur statut d'immigration et leur situation socioéconomique ?

→ **36%** des femmes rencontrées disposaient de **moins de 1 000 \$ par mois pour vivre avec leur famille** **MSAM**

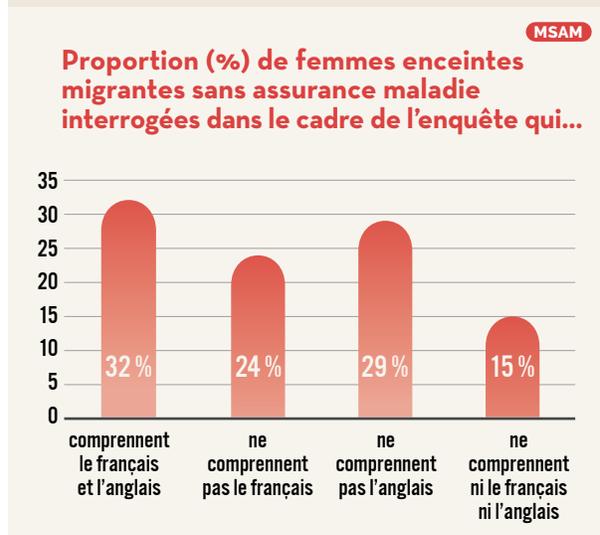
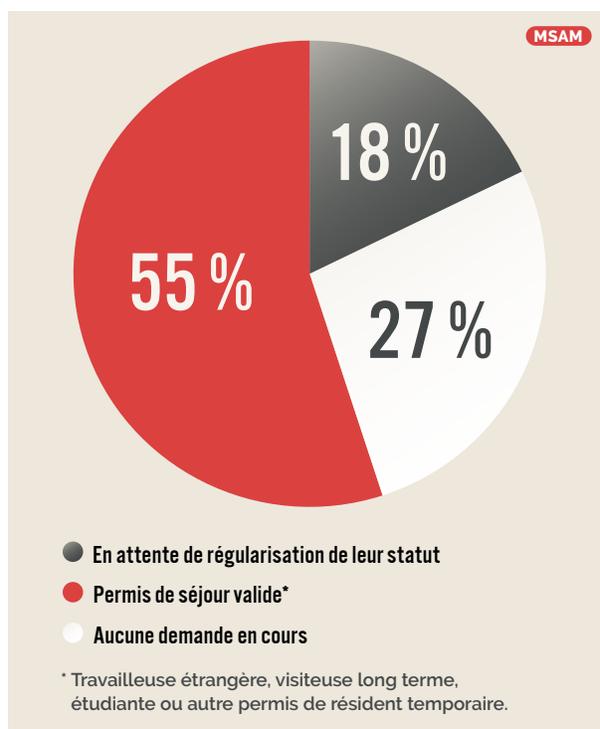
→ **1/3** de ces femmes avaient un **revenu insuffisant pour subvenir à leurs besoins fondamentaux** (alimentation, logement, transport, soins de santé) **MSAM**

→ **1/5** de ces femmes déclaraient **avoir déjà manqué de nourriture** depuis leur arrivée au Québec **MSAM**



**MSAM** Enquête Migrants sans assurance médicale à Montréal (MSAM)

**MdM** Enquête Médecins du Monde Canada (MdM)





## POURQUOI ONT-ELLES IMMIGRÉ ?

Dans une étude réalisée entre 2010 et 2012 à Montréal auprès de femmes enceintes migrantes sans couverture de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), celles-ci ont été interrogées sur les raisons de leur présence au Canada. Elles ont mentionné notamment : fuir la violence politique ou familiale dans leur pays d'origine, rejoindre leur conjoint résidant déjà au Canada et vouloir offrir à leurs enfants de meilleures chances d'un point de vue économique et une meilleure vie<sup>(5)</sup>.

### Quel est leur état de santé physique et psychologique ?

- **38 %** d'entre elles estimaient être en mauvaise santé\* **MSAM**
- **68 %** se situaient à un niveau élevé ou très élevé de détresse psychologique **MSAM**
- **16 %** disaient n'avoir personne avec qui elles pouvaient partager leurs préoccupations **MSAM**
- **75 %** avaient ressenti le besoin d'obtenir des soins de santé sans pouvoir les recevoir **MdM**
- **87 %** des femmes qui ont renoncé à des soins de santé l'ont fait en raison de barrières financières **MSAM**

\* Comme une portion de l'échantillon provient d'une population clinique, il est possible que les femmes interrogées aient davantage de problèmes de santé.



## Comment la situation de ces femmes se compare-t-elle à celle des autres femmes québécoises ?

*Pour diverses raisons méthodologiques, il est difficile de trouver des statistiques qui peuvent être utilisées pour comparer la situation des femmes rencontrées dans le cadre de ces enquêtes à celle des autres femmes québécoises. Cependant, les données suivantes sont proposées à titre indicatif pour mettre en contexte les résultats des enquêtes MSAM et MdM.*

- Au Québec, en 2016, le revenu mensuel moyen après impôt des familles avec enfants de 0 à 5 ans était de 7 058 \$<sup>(10)</sup>.
- En 2014-2015, 10,7 % des femmes québécoises de 15 ans et plus considéraient leur santé comme mauvaise ou passable<sup>(11)</sup>.
- Au Québec, en 2006-2007, la proportion de femmes n'ayant eu du soutien que « rarement » ou « jamais » pendant leur grossesse était de 9,1 %<sup>(12)</sup>.
- En 2006-2007, interrogées sur le niveau de stress ressenti au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé, 9,8 % des femmes québécoises ont répondu que la plupart des jours étaient très stressants<sup>(12)</sup>.

## Comment s'est déroulé le suivi de grossesse des femmes rencontrées ?

**35%** des femmes rencontrées n'ont pas été suivies par un professionnel de la santé pendant leur grossesse **MSAM**

Parmi les femmes rencontrées qui ont bénéficié d'un suivi de grossesse :

**48%** ont commencé leur suivi entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> mois de grossesse **MSAM**

**69%** n'ont eu accès qu'à 2 rendez-vous de suivi ou moins et moins de 10% ont eu 4 consultations ou plus **MSAM**

**20%** ont rapporté avoir eu une mauvaise ou très mauvaise expérience avec les soins prénataux **MdM**

En moyenne, les femmes de l'enquête ont déclaré avoir déboursé **1 150 \$** pour leur suivi de grossesse **MSAM**



Au Québec, un suivi idéal de grossesse est composé d'une douzaine de visites, et la première a lieu avant la fin du premier trimestre.

## Comment s'est déroulé leur accouchement ?

Seulement **34%** des femmes disent avoir eu une expérience très positive de leur accouchement MdM

**24%** n'ont pas eu de suivi médical après l'accouchement MdM



## Comment la situation de ces femmes se compare-t-elle à celle des autres femmes québécoises ?

*Pour diverses raisons méthodologiques, il est difficile de trouver des statistiques qui peuvent être utilisées pour comparer la situation des femmes rencontrées dans le cadre de ces enquêtes à celle des autres femmes québécoises. Cependant, les données suivantes sont proposées à titre indicatif pour mettre en contexte les résultats des enquêtes MSAM et MdM.*

- Dans une enquête réalisée en 2006-2007, toutes les femmes québécoises interrogées avaient eu au moins une consultation prénatale. La proportion des femmes ayant consulté quatre fois seulement ou moins durant leur grossesse se situait autour de 1 %<sup>(12)</sup>.
- En 2006-2007, les femmes québécoises avaient bénéficié de 12 consultations pour soins prénataux, en moyenne<sup>(12)</sup>.
- En 2006-2007, 93 % des femmes québécoises avaient commencé leur suivi de grossesse avant la fin du premier trimestre. La première consultation avait eu lieu autour de 9 semaines de grossesse, en moyenne<sup>(12)</sup>.
- En 2006-2007, 56 % des femmes québécoises disaient avoir eu une expérience globale très positive du travail et de l'accouchement<sup>(12)</sup>.

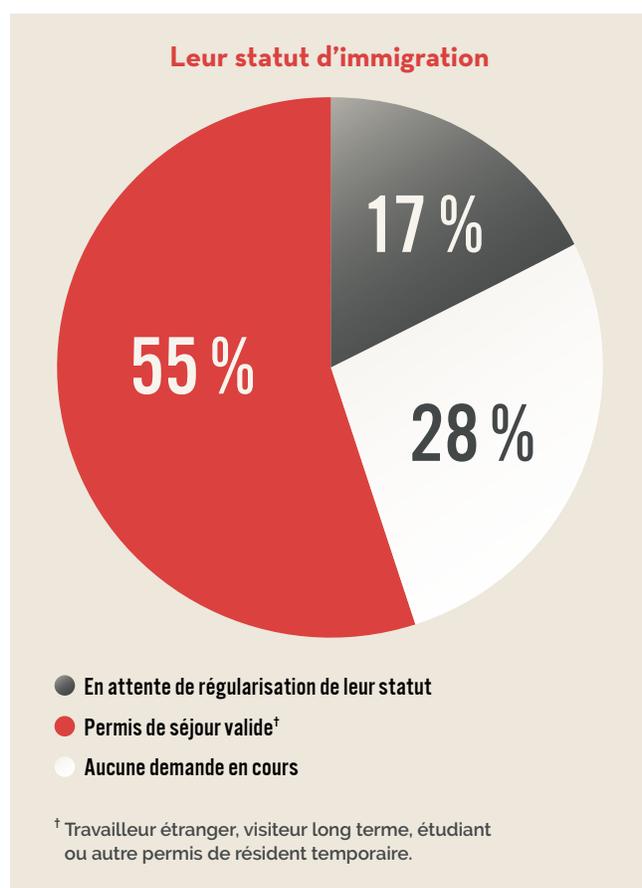
Par ailleurs, il est également important de souligner que, selon un rapport du directeur de santé publique de Montréal, les femmes démunies, peu importe leur statut migratoire, sont généralement moins suivies pendant leur grossesse<sup>(13)</sup>.

## Qui sont les tout-petits sans assurance de la RAMQ dont il est question dans l'enquête MSAM?

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête « Migrants sans assurance médicale à Montréal (MSAM) », on trouve 130 parents avec des enfants de moins de 6 ans. Vingt-neuf d'entre eux ont rapporté qu'aucun de leurs enfants n'avait accès à la RAMQ. Selon l'enquête, 39 enfants de moins de 6 ans étaient ainsi sans assurance de la RAMQ.

### Quelles sont les caractéristiques des familles des tout-petits sans assurance de la RAMQ dans l'enquête MSAM?

Parmi les 29 parents de l'enquête MSAM qui avaient au moins un enfant de moins de 6 ans et qui ont déclaré qu'aucun de leurs enfants n'avait accès à la RAMQ...\*



 Parmi les parents qui avaient au moins un enfant de moins de 6 ans, 72% avaient eu de la difficulté à obtenir des soins de santé.

- **72 %** étaient **mariés** et **10 %** vivaient en **union libre**
- **48 %** déclaraient pouvoir **subvenir seulement un peu ou pas du tout** aux **besoins de base** de leur famille
- Ils étaient âgés de **33 ans** en moyenne
- **58,5 %** avaient un diplôme de niveau **universitaire**
- **66 %** ont dû renoncer à des soins de santé
- **45 %** étaient en détresse psychologique élevée ou très élevée
- **45 %** ont déclaré qu'aucun de leurs enfants n'allait à la garderie
- Ils **vivaient au Québec depuis 31/2 ans** en moyenne

\* Attention, petit échantillon : 39 enfants entrent dans cette catégorie.





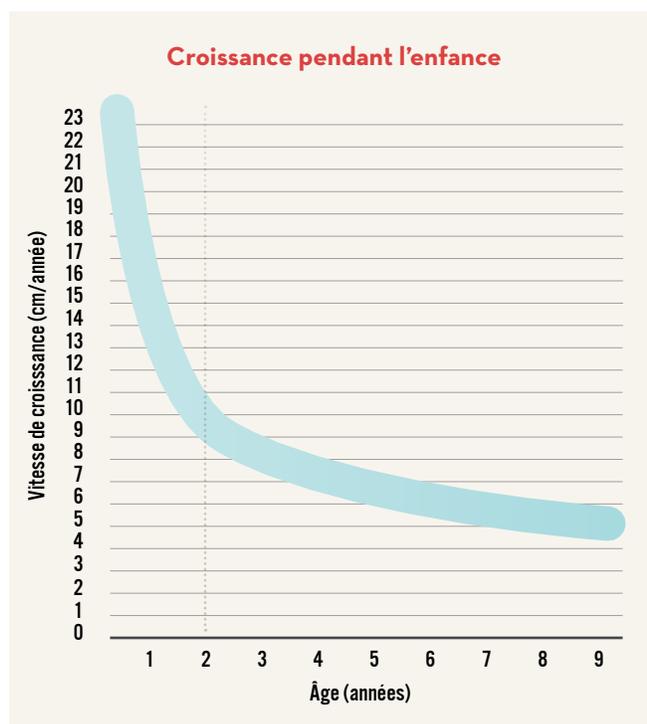
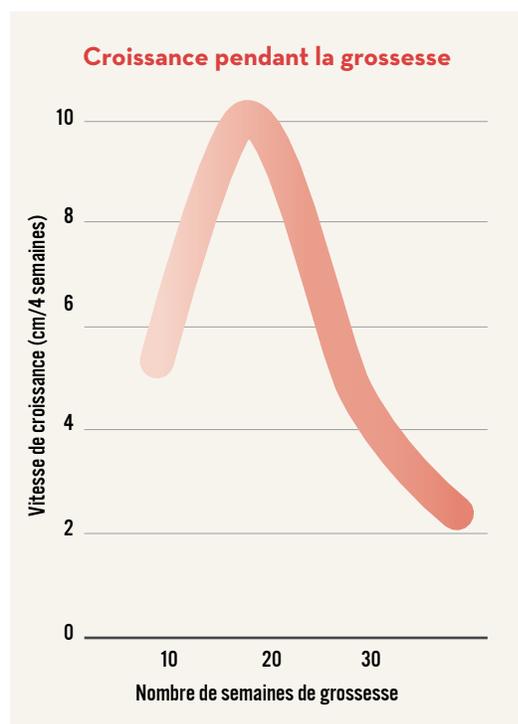
Pourquoi est-il  
**URGENT  
D'AGIR ?**

La situation des femmes enceintes et des tout-petits migrants qui ne sont pas couverts par la RAMQ est préoccupante pour de nombreuses raisons :

- La grossesse et la petite enfance sont des périodes clés du développement humain ;
- Les migrants à statut précaire sont une population particulièrement vulnérable ;
- La population migrante est en constante augmentation depuis un demi-siècle ;
- La situation a un coût pour l'ensemble de la société.

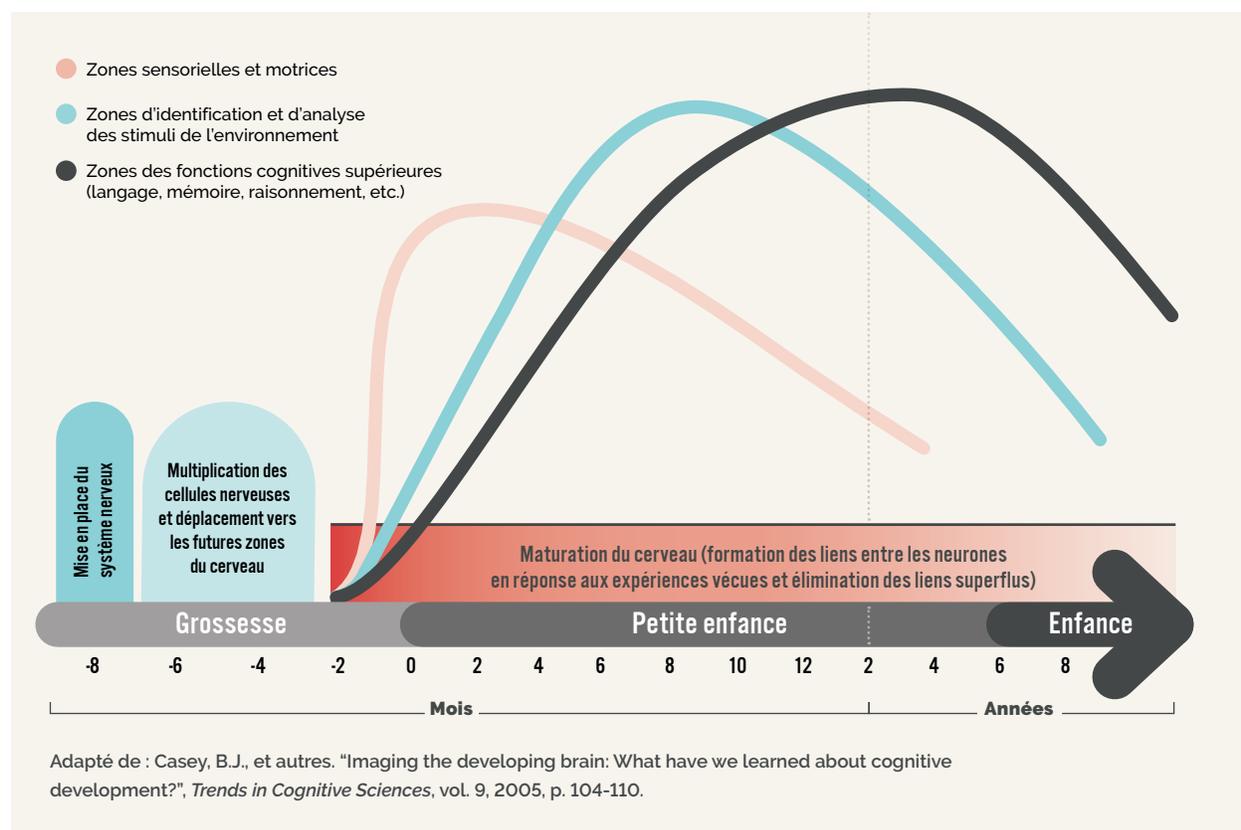
## La grossesse et la petite enfance sont des périodes clés du développement humain

Les études scientifiques montrent bien que les 1 000 premiers jours de vie, c'est-à-dire la grossesse et les deux premières années de l'enfant, sont cruciaux pour le développement humain. Pendant cette période, la croissance est très rapide. Par exemple, jusqu'à 20 semaines de grossesse, le fœtus grossit de 2,5 cm par semaine. À partir de la naissance, le bébé grandit de 24 cm par année. Cette vitesse de croissance diminue progressivement pour atteindre moins de 10 cm par année à 2 ans.



\* Adapté de : Tanner, J.M. *Fœtus into Man*, Cambridge [MS], Harvard University Press, 1978, p. 250 ; et Tanner, J.M., R.H. Whitehouse et M. Takaishi. "Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity : British children", *Archives of Disease In Childhood*, vol. 41, n° 219, 1966, p. 454-471 (partie 1) et vol. 41, n° 220, 1966, p. 613-635 (partie 2).

Par ailleurs, le cerveau traverse d'importantes phases de développement, autant lors de son séjour dans l'utérus que dans les premières années suivant la naissance<sup>(14)</sup>.



Enfin, l'environnement dans lequel l'enfant grandit de même que les expériences qu'il vit vont influencer la façon dont ses gènes s'expriment. Tout comme l'enfance et l'adolescence sont des périodes clés pour le développement, ce qui se passe durant la petite enfance peut laisser des traces qui pourraient entraîner des problèmes plus tard.

Pour toutes ces raisons, l'impossibilité d'avoir accès à des soins de santé pendant la grossesse ou la petite enfance peut avoir des conséquences importantes et néfastes pour ces jeunes enfants et pour les adultes québécois qu'ils deviendront.

## Les migrants à statut précaire constituent une population particulièrement vulnérable

Le simple fait de quitter leur pays d'origine et de s'adapter à leur société d'accueil est une source de stress importante pour les migrants à statut précaire. Ils se trouvent souvent coupés de leurs réseaux de soutien et peuvent vivre de l'isolement.

Des études ont démontré que les familles migrantes à statut précaire vivent dans des conditions de vie plus défavorables<sup>(15)</sup> :



Elles vivent dans des **logements parfois insalubres**<sup>(16)</sup>



Leurs **revenus sont plus faibles**<sup>(17)</sup>



Elles connaissent des **conditions de travail difficiles**<sup>(18)</sup>



### Elles ne bénéficient souvent pas d'aide sociale et financière de l'état

D'importantes restrictions existent quant à l'admissibilité aux services d'aides gouvernementales, tels que l'aide sociale discrétionnaire et les allocations familiales pour enfants, rendant leur accès ardu ou impossible pour nombre de personnes migrantes à statut précaire, y compris ceux en situation de grande vulnérabilité.

Ces migrants à statut précaire vivent donc dans la majorité des cas dans des conditions de vie difficiles qui peuvent affecter leur santé<sup>(19)</sup>. En effet, la science indique que les enfants de familles défavorisées sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé physique, des difficultés cognitives et des troubles socioaffectifs<sup>(20)</sup>. De plus, en raison de leur situation financière, il est plus difficile pour ces familles de payer pour des soins de santé.



## La population migrante est en constante augmentation depuis un demi-siècle

Avec la mondialisation, l'instabilité politique et les changements climatiques qui s'observent partout dans le monde, de plus en plus de personnes choisissent de quitter leur pays pour refaire leur vie ailleurs<sup>(21)</sup>.

Selon le gouvernement du Canada, 67 % de l'accroissement de la population du pays serait lié à l'immigration internationale. Le nombre de femmes enceintes et d'enfants migrants pourrait donc augmenter au Québec.



Selon l'ONU, l'impact du réchauffement climatique pourrait potentiellement déplacer entre 150 et 250 millions de personnes d'ici 2050<sup>(22)</sup>.



Au Canada\* :  
en 2017,  
**144 859**  
demandes de résidence  
permanente ont été  
enregistrées et 91 %  
ont été acceptées ;



en 2016,  
**1 536 917**  
demandes de résidence  
temporaire ont été  
comptabilisées et 80 %  
ont été acceptées.

## La situation a un coût pour l'ensemble de la société

L'absence de soins de santé préventifs engendre davantage de complications médicales qui sont ensuite plus complexes à traiter et plus coûteuses pour le système. Par exemple, une étude publiée en 2015 et réalisée en Allemagne, en Grèce et en Suède concluait que l'accès à des soins prénataux pour les femmes enceintes avec un statut irrégulier permettait à l'État de diminuer les dépenses en soins de santé<sup>(23)</sup>.

Par ailleurs, selon une étude réalisée en Californie et publiée en 2000, l'État épargnerait 58 millions de dollars américains s'il ne subventionnait pas les suivis prénataux des femmes migrantes à statut précaire, mais cela se traduirait par une augmentation de la prématurité et des naissances de faible poids. Par conséquent, cette mesure entraînerait des dépenses supplémentaires de 194 millions de dollars en soins immédiatement après l'accouchement. À cela s'ajouteraient 211 millions de dollars en coût de soins de santé pour d'autres problèmes médicaux qui devraient être traités plus tard dans la vie de l'enfant<sup>(24)</sup>.

Enfin, les habitants d'un pays, quelle que soit leur nationalité ou leur origine, ont un apport social, économique et culturel pour le territoire sur lequel ils s'installent lorsqu'ils sont en bonne santé physique et mentale. Une bonne intégration permet aussi de valoriser ces apports et d'éviter l'apparition de problèmes sociaux et de santé.

\* Sources : *Permanent Resident: EDW (PR Datamart)*, en date du 20 août 2017 et *Temporary Resident: EDW (TR Datamart)* en date du 20 août 2017.

« Alors que l'on sait qu'une société s'enrichit de l'apport de citoyens et citoyennes aptes à prendre une part active à la collectivité, on amoindrit les chances de certains de prendre leur place au sein de leur environnement. »

— Rapport du Protecteur du citoyen, 2018.





# COMMENT AIDER

les femmes enceintes  
et les tout-petits migrants  
sans assurance maladie ?

Il est possible d'agir pour améliorer l'accès aux soins de santé des femmes enceintes et des tout-petits migrants sans assurance maladie. Toutefois, pour y arriver et agir sur l'ensemble des barrières d'accès aux soins, des actions doivent être entreprises à tous les niveaux de la société. Il est possible d'agir :

- sur le plan légal ;
- sur les facteurs sociaux de vulnérabilité.

## Agir sur le plan légal

Plusieurs chartes et conventions, autant au Québec qu'ailleurs dans le monde, soulignent l'importance d'assurer aux individus un accès aux soins de santé, sans aucune forme de discrimination.



### DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME DES NATIONS UNIES (1948)<sup>(25)</sup>

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour **assurer sa santé**, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, **les soins médicaux** ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. (...) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. »

Selon l'organisme Amnistie internationale, une décision récente du Comité des droits de l'homme des Nations unies confirme que la protection du droit à la vie exige des États qu'ils assurent l'accès aux soins de santé essentiels aux personnes à statut précaire ou aux personnes migrantes<sup>(26)</sup>.

### CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT (1989)<sup>(27)</sup>

« Les États reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible

et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'accès à ces services. »

### CHARTÉ CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS (1982)<sup>(28)</sup>

La Charte canadienne des droits et libertés ne fait pas mention d'un droit fondamental à la santé, mais mentionne qu'une fois établi, un programme gouvernemental ne peut avoir un effet discriminatoire, et doit être administré sans distinction notamment de race, de religion, de nationalité, d'origine ethnique, de couleur, de sexe, d'âge ou de déficiences mentales ou physiques. Selon la Cour suprême du Canada, la Charte interdit également la discrimination en fonction des liens familiaux ou du statut des parents.

### CHARTÉ QUÉBÉCOISE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE (1975)<sup>(29)</sup>

La Charte québécoise des droits et libertés de la personne stipule que tout être humain a droit à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté et au droit au secours. La Charte dénonce, entre autres, la discrimination basée sur l'âge et la filiation.

## Que peut-on faire au Québec ?

### Les enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire

Dans son rapport de 2018, le Protecteur du citoyen déplore que des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire soient « privés des soins de santé de routine et de prévention dont ils ont besoin pour bien se développer si leurs parents ne sont pas en mesure d'en assumer les frais<sup>(3)</sup> ».

Le Protecteur du citoyen recommande à la RAMQ de revoir son interprétation de la *Loi sur l'assurance maladie* et de son règlement d'application pour qu'un enfant soit considéré comme admissible s'il :

- est né au Québec ;
- y demeure de façon habituelle ;
- y est présent plus de 183 jours par année civile.

### Les autres enfants migrants à statut précaire et les femmes enceintes migrantes à statut précaire

Pour être en accord avec les conventions internationales et les principes des chartes canadiennes et québécoises des droits et libertés, il faudrait que tous les mineurs domiciliés au Québec aient accès à la RAMQ ou à des dispositifs de soins et de délivrance de médicaments gratuits, quel que soit le statut d'immigration des parents, c'est-à-dire sans discrimination. Une exception pourrait aussi être faite pour les femmes enceintes.



#### UN PRÉCÉDENT DANS LE MONDE DE L'ÉDUCATION

Une mesure de ce type a été adoptée en 2017 dans le monde de l'éducation. En effet, une modification à la *Loi sur l'instruction publique* « élargit le principe du droit à la gratuité au service de l'éducation préscolaire et aux services de l'enseignement primaire et secondaire notamment à toute personne qui n'est pas résidente du Québec au sens de cette *Loi* et dont le titulaire de l'autorité parentale demeure de façon habituelle au Québec<sup>(30)</sup> ».

En conférence de presse, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport expliquait « qu'il ne peut pas y avoir de la réussite pour tous si tous ne fréquentent pas l'école ou ont accès à un système éducatif<sup>(31)</sup> ».



#### AILLEURS DANS LE MONDE...

**En Espagne**, les migrants avec un statut régulier ont un accès universel sans aucune condition aux soins de santé. Pour ce qui est des migrants avec un statut irrégulier, les femmes enceintes (pour la grossesse, l'accouchement et les soins prénataux) et les mineurs ont accès au système national de santé.

**En France**, les femmes enceintes et les enfants migrants avec un statut régulier ont accès à une couverture maladie particulière et ceux avec un statut irrégulier ont accès sans condition à des soins de santé grâce à des structures mises en place au sein des hôpitaux publics pour les migrants sans statut ou à très faibles ressources.



## Faciliter l'accès aux soins de santé pour les migrants : une porte ouverte aux abus ?

Comme bien d'autres systèmes, le réseau de la santé n'est pas à l'abri de gens qui seraient tentés d'en profiter. Toutefois, selon le Protecteur du citoyen, « **la Loi et les règles en matière d'accès aux soins de santé fournissent à l'administration les outils nécessaires pour contrer les situations d'illégalité et d'abus** ». Par exemple, la législation actuelle encadre la durée maximale d'une absence hors Québec.

De plus, une étude a été réalisée en 2013 dans trois hôpitaux pédiatriques de Montréal et de Toronto auprès d'enfants qui se présentaient à l'urgence sans être couverts par une assurance maladie provinciale. **Les résultats ont révélé que seulement entre 1,1 et 11,5 % de ces enfants ne résidaient pas au Canada<sup>(32)</sup>**. Cette proportion semble raisonnable étant donné que des visiteurs en sol canadien peuvent avoir besoin de soins de santé et être prêts à en payer les frais sans qu'il s'agisse de tourisme médical.

Lorsqu'on parle d'accès aux soins de santé, la problématique du tourisme médical est en effet souvent soulevée. **Cependant, les études semblent démontrer que le tourisme médical est un phénomène qui touche beaucoup moins qu'on le croit les pays occidentaux**. Les rares cas de touristes médicaux originaires de pays du Sud qui choisissent de se faire soigner dans les pays occidentaux sont constitués de personnes disposant de moyens financiers très importants, principalement de chefs d'État et de diplomates. En fait, les voyageurs provenant d'Amérique du Nord et d'Europe qui se rendent dans des pays du Sud (ex. : Algérie, Inde, Thaïlande et Brésil) pour recevoir des soins sont beaucoup plus nombreux et constitueraient un marché en croissance exponentielle<sup>(33)</sup>. Par conséquent, **faciliter l'accès aux soins de santé pour les migrants domiciliés au Québec ne faciliterait vraisemblablement pas le tourisme médical**.

# Agir sur les facteurs sociaux de vulnérabilité

## 1) Agir sur les déterminants de la santé chez les migrants

La difficulté d'accès aux soins de santé peut bien sûr avoir une incidence sur la santé des enfants. Cependant, il ne s'agit pas du seul facteur influant sur la santé des tout-petits migrants. Par exemple, avoir un faible revenu, vivre dans un logement insalubre, manquer de nourriture ou avoir peu de soutien social ont des conséquences négatives sur la santé.

Pour cette raison, des interventions préventives visant d'autres déterminants de la santé peuvent aussi avoir une influence positive sur la vie de ces enfants.

### Intégration professionnelle et sociale

Des services pour aider les parents migrants à décrocher un emploi peuvent améliorer la situation socioéconomique des tout-petits migrants. Par exemple, le Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi (PRIIME) offre du soutien pour la rédaction d'un CV et d'une lettre de présentation ainsi que de la formation à la recherche d'emploi. Selon une évaluation du programme, 66 % des utilisateurs du service ont réussi à décrocher un emploi<sup>(34)</sup>.

Cependant, ce type de programme oriente ses services vers les personnes les plus susceptibles de trouver un emploi, et non vers les populations les plus vulnérables, dont font partie les femmes migrantes en attente de régularisation de leur statut.

Lutter contre la discrimination à l'emploi et faciliter la reconnaissance des diplômes sont également indispensables pour aider ces familles<sup>(35)</sup>.

Enfin, plusieurs emplois précaires, comme les postes offerts par les agences de location de personnel, sont occupés par des personnes migrantes. Selon un rapport du directeur de santé publique, environ le tiers des travailleurs des agences du Québec est né à l'extérieur du Canada. Améliorer les conditions d'emploi pour ces travailleurs constitue un autre enjeu important.



### UN RÔLE POUR LES MUNICIPALITÉS

Les villes peuvent mettre en place des ressources pour les familles migrantes à statut précaire. Par exemple, le Bureau d'intégration des nouveaux arrivants à Montréal (BINAM) offre, entre autres, de l'information sur les soins de santé à Montréal aux familles migrantes.

La Ville de Montréal a récemment annoncé son intention de mettre en place une politique « d'accès sans peur » aux services municipaux. Cela inclura la reconnaissance d'une attestation de résidence (sans obligation de fournir d'adresse) pour les fins de l'inscription aux services municipaux et un mécanisme permettant aux victimes d'actes criminels de dénoncer l'agression sans être questionnés sur leur statut.



### **Intégration des enfants dans les services de garde**

Les services de garde constituent un environnement favorable pour les jeunes enfants migrants. Toutefois, les parents migrants sont parfois réticents à y envoyer leurs enfants, et l'intégration de ces derniers peut être difficile.

Les services éducatifs à la petite enfance peuvent agir pour faciliter l'intégration des tout-petits migrants à la société d'accueil grâce à des initiatives variées : activités de découvertes culturelles, initiatives favorisant les discussions entre les parents, programmes favorisant les activités multiculturelles en services de garde, recrutement de personnel de différentes origines ethniques. De telles initiatives existent actuellement au centre de la petite enfance (CPE) Côte-des-Neiges.

Cependant, les CPE ne sont pas tous accessibles aux enfants qui ont un statut irrégulier. En fait, les migrants sans statut et les demandeurs d'asile n'ont pas accès aux CPE et doivent donc payer le plein tarif de garderies non subventionnées. Certains autres services de garde éducatifs peuvent aussi refuser d'accueillir les enfants migrants avec un statut irrégulier.



#### **AILLEURS DANS LE MONDE...**

Des initiatives à l'international contribuent à une meilleure intégration des tout-petits migrants en milieu de garde et ont des effets positifs sur le développement des tout-petits.

Par exemple, le Westcoast Multicultural and Diversity Services à Vancouver développe des activités de découverte culturelle à partir des pratiques culinaires internationales. Pour sa part, le Westcoast Child Care Resource Centre à Vancouver a mis sur pied un service de consultation téléphonique pour les parents en trois langues.

Enfin, aux États-Unis, le programme «Early Head Start» a mis au point une approche favorisant les activités éducatives multiculturelles, le recrutement de personnel de différentes origines ethniques ainsi qu'une communication attentionnée avec les parents.

## Réduction de l'insécurité alimentaire

Les familles migrantes sont nombreuses à vivre des problèmes liés à l'insécurité alimentaire qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des tout-petits.

Selon la recherche, une cause importante de l'insécurité alimentaire est le coût trop élevé des logements. Adopter des stratégies et des politiques en matière d'habitation de même qu'investir dans des programmes de logements sociaux contribuent à réduire l'insécurité alimentaire pour ces familles<sup>(36)</sup>. Il faut toutefois noter que les programmes gouvernementaux, tels que les habitations à loyer modique, ne sont souvent pas accessibles aux personnes migrantes à statut précaire.

Par ailleurs, l'organisme Équipe mobile en sécurité alimentaire dans l'arrondissement Petite-Bourgogne offre des produits alimentaires à moindre coût et a créé un marché et un café communautaires<sup>(37)</sup>. Une évaluation a démontré que cette initiative contribue à améliorer la situation économique des familles de même qu'à favoriser l'intégration culturelle, la mixité sociale et l'*empowerment* des résidents. D'autres initiatives similaires existent, comme la banque alimentaire de Notre-Dame-de-Grâce. Seuls les résidents de ces arrondissements peuvent toutefois bénéficier du programme. De plus, les migrants à statut précaire peuvent avoir des difficultés à démontrer qu'ils sont admissibles à ce type de service puisqu'ils n'ont pas toujours en leur possession les documents demandés, ou accès à ceux-ci, pour faire part de leur situation.



Adopter des stratégies et des politiques en matière d'habitation de même qu'investir dans des programmes de logements sociaux contribuent à réduire l'insécurité alimentaire pour ces familles.



## 2) Offrir des services médicaux pour les femmes enceintes et les jeunes enfants migrants

Les organismes sur le terrain, qu'ils soient non gouvernementaux, sans but lucratif ou intégrés au réseau de la santé, peuvent agir à la fois sur l'accès aux soins et sur certains facteurs de risque.

Ces services ne peuvent toutefois pas compenser, à eux seuls, le problème d'accès au réseau de la santé. En effet, les services offerts ne sont pas toujours réservés aux migrants sans assurance maladie.

De plus, ces organismes n'ont pas les ressources suffisantes pour offrir leurs services à tous les migrants sans assurance maladie dans le besoin. Par ailleurs, dans certains cas, les enfants vus dans ces services de santé pourraient avoir besoin de soins plus spécialisés (ex. : intervention chirurgicale) que ces cliniques ne sont pas en mesure d'offrir.



### AILLEURS DANS LE MONDE...

Les villes de Toronto, de Los Angeles et de San Francisco ont mis en place des initiatives offrant gratuitement le suivi de grossesse, la prise en charge de l'accouchement et des soins de santé primaires et préventifs aux tout-petits migrants sans assurance maladie. Ces initiatives permettent d'améliorer l'accès aux soins des mères et des jeunes enfants migrants.

Ces services sont toutefois souvent réservés aux résidents de la ville, et les familles migrantes qui vivent en périphérie pour des raisons financières ne peuvent pas en bénéficier. Ces initiatives dépendent également beaucoup des investissements privés.

## Quelques exemples

### MÉDECINS DU MONDE

En 2017-2018, Médecins du Monde a vu 190 femmes enceintes migrantes sans assurance médicale (MSAM).

### CLINIQUES MÉDICO-LÉGALES DANS CERTAINS HÔPITAUX

Ces cliniques permettent aux migrants de mieux comprendre le fonctionnement du réseau de la santé et de mieux connaître leurs droits en matière de santé.

**Favoriser la santé des femmes enceintes  
et des tout-petits migrants**



# **DES LEVIERS POUR AGIR**

## **LES GOUVERNEMENTS**

### **PAR LE RÉSEAU DES SERVICES SOCIAUX**

- Services d'intégration professionnelle et sociale (rédaction de CV, formation à la recherche d'emploi)
- Lutte contre la discrimination à l'emploi
- Actions pour faciliter la reconnaissance des diplômes

## **LES ORGANISMES DANS LA COMMUNAUTÉ**

- Accompagnement dans les services médicaux et légaux pour les migrants sans assurance maladie
- Offre d'information et de soutien pour les familles migrantes
- Aide à l'obtention d'un logement abordable

## **LES SERVICES ÉDUCATIFS À LA PETITE ENFANCE**

- Inclusion des tout-petits à statut précaire dans les services de garde éducatifs
- Meilleure intégration des tout-petits migrants (activités de découverte culturelle et de discussion avec les parents, personnel de différentes origines)

### **PAR LA LÉGISLATION**

- Clarifier la *Loi sur l'assurance maladie* pour les tout-petits nés au Québec de parents migrants
- Légiférer pour donner accès aux soins de santé aux tout-petits domiciliés au Québec et aux femmes enceintes

### **LES MUNICIPALITÉS**

- Partenariat avec le gouvernement et les organismes communautaires ou philanthropiques pour offrir des services médicaux gratuits aux femmes enceintes et aux tout-petits migrants
- Mise en place de ressources pour informer les familles



# CONCLUSION

Le suivi de grossesse pour les femmes enceintes puis l'accès à des soins de santé pendant la petite enfance sont essentiels pour favoriser un bon développement des enfants. Malheureusement, malgré un système public universel de soins de santé, certains enfants habitant sur le territoire québécois, dont certains sont nés ici et n'ont jamais vécu ailleurs qu'au Québec, n'y ont pas accès, notamment en raison du statut d'immigration de leurs parents.

Cette situation pourrait avoir des conséquences importantes sur la santé des tout-petits issus de familles migrantes, et donc pour l'ensemble de notre société. En effet, l'absence de soins de santé préventifs engendre davantage de complications médicales qui sont ensuite plus complexes à traiter et plus coûteuses pour le système.

Il est toutefois possible d'aider les tout-petits de familles migrantes. Agissons autant sur le plan légal que sur les facteurs de vulnérabilité pour nous assurer que tous les enfants habitant au Québec ont accès aux services de santé dont ils ont besoin.

# Références

Les informations présentées dans ce dossier proviennent d'une analyse produite par Solène Lagrange, Amandine Fillol, Margaux Fête et Valéry Ridde. Il est possible d'accéder au texte intégral de l'analyse sur le site Internet de l'Observatoire.

## Autres références

- (1) Gouvernement du Canada. *Rapport sur les plans et les priorités de 2016-2017*, Affaires mondiales Canada. Disponible en ligne : [http://international.gc.ca/gac-amc/publications/plans/rpp/rpp\\_1617.aspx?lang=fra#s2\\_3\\_2\\_2](http://international.gc.ca/gac-amc/publications/plans/rpp/rpp_1617.aspx?lang=fra#s2_3_2_2).
- (2) Carpentier, Marie. *La conformité du délai de carence imposé par la Loi sur l'assurance maladie du Québec avec les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne*, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2013.
- (3) Protecteur du citoyen. *Donner accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*, 2018.
- (4) Ruiz-Casares, Monica, et autres. "Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 15, n° 1, 2013, 292-8.
- (5) Rousseau, Cécile, et autres. "Perinatal health care for undocumented women in Montreal: When sub-standard care is almost the rule", *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 4, n° 3, 2014, p. 217-224.
- (6) Organisation mondiale de la santé. *Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment*, Communiqué, novembre 2016.
- (7) Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS. *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé : pour une amélioration dans l'offre de service de première ligne en périnatalité et petite enfance*, Organisation des services de première ligne, 2011.
- (8) Organisation mondiale de la santé. *Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment*, Communiqué, novembre 2016.
- (9) Brabant, Zoé. *Portrait de la situation des migrants à statut précaire à Montréal*, Rapport de stage de maîtrise présenté au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2008.
- (10) Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le revenu (ECR), 2016* (fichier maître) – accès à distance en temps réel (ADTR), adapté par l'Institut de la statistique du Québec.
- (11) Camirand, H., et autres. *L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois – Résultats de la deuxième édition*, Institut de la statistique du Québec, 2016. Disponible en ligne : [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf).
- (12) Agence de la santé publique du Canada. *Tableaux de données – L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, 2009.

- (13) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, Rapport du directeur de santé publique 2011.
- (14) Martorell, R. "Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health", *American Journal of Human Biology*, vol. 29, n° 2, 2017. doi : 10.1002/ajhb.22952.
- (15) Brabant, Z., et M.-F. Raynault. "Health situation of migrants with precarious status: Review of the literature and implications for the Canadian context – part A", *Social Work and Public Health*, vol. 27, n° 4, 2012, p. 330-344.
- (16) Wolff, H., et autres. "Health care and illegality: A survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva", *Social Science & Medicine*, vol. 60, n° 9, mai 2005, p. 2149-2154.
- (17) Bollini, P., et H. Siem. "No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social Science & Medicine*, vol. 41, n° 6, septembre 1995, p. 819-828.
- (18) Azaroff, L.S., et autres. "Wounding the messenger: The new economy makes occupational health indicators too good to be true", *International Journal of Health Services*, vol. 34, n° 2, avril 2004, p. 271-303.
- (19) Bas-Sarmiento, P., et autres. "Mental health in immigrants versus native population: A systematic review of the literature", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 31, n° 1, février 2017, p. 111-121.
- (20) Conger, R.D., et M.B. Donnellan. "An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development", *Annual Review of Psychology*, vol. 58, n° 1, décembre 2006, p. 175-199.
- (21) Constant, Fred. Conclusion; dans Jaffrelot, Christophe et Christian Lequesne (dir.). *L'enjeu mondial : les migrations*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2009, p. 291-306. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/L-enjeu-mondial-2--9782724611311-page-291.htm>.
- (22) Organisation des Nations unies. *Climat : 250 millions de nouveaux déplacés d'ici à 2050, selon le HCR*, décembre 2008. Disponible en ligne : <https://news.un.org/fr/story/2008/12/145732-climat-250-millions-de-nouveaux-deplaces-dici-2050-selon-le-hcr>.
- (23) European Union Agency for Fundamental Rights. *Cost of exclusion from healthcare: The case of migrants in an irregular situation*, 2015. Disponible en ligne : <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>.
- (24) Lu, M.C., et autres. "Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: A cost/benefit analysis", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 182, n° 1, partie 1, janvier 2000, p. 233-239.
- (25) Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations unies.
- (26) Amnistie internationale Canada. *Les personnes à statut précaire ont droit à l'accès aux soins de santé essentiels*, Communiqué, 15 août 2018.
- (27) Convention des droits de l'enfant.
- (28) Charte canadienne des droits et libertés.
- (29) Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

- (30) Projet de loi n° 144 (2017, chapitre 23). *Loi modifiant la Loi sur l'instruction publique et d'autres dispositions législatives concernant principalement la gratuité des services éducatifs et l'obligation de fréquentation scolaire.*
- (31) Point de presse de M. Sébastien Proulx, ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, vendredi 9 juin 2017. Disponible en ligne : [www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-41739.html](http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-41739.html).
- (32) Vanthuyne, Karine, et autres. "Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?", *Social Science & Medicine*, vol. 93, 2013, p. 78-85.
- (33) Menvielle, Loick. « Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ? », *Monde en développement*, vol. 1, n° 157, 2012, p. 81-96.
- (34) Bamba, M. *Analyse des services et stratégies d'aide en emploi des organismes communautaires auprès des nouveaux immigrants issus des minorités visibles à Montréal*, Thèse ou essai doctoral accepté, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2012. Disponible en ligne : [www.archipel.uqam.ca/5376/](http://www.archipel.uqam.ca/5376/).
- (35) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. *Les travailleurs invisibles : les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel*, Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2016.
- (36) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. *Pour des logements salubres et abordables*, Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015. Disponible en ligne : [https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89673-500-6.pdf](https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-500-6.pdf).
- (37) Fortin, J. *Évaluation des actions en sécurité alimentaire de l'organisme Équipe mobile en alimentation dans la Petite-Bourgogne*, Centre de recherche sur les innovations sociales, 2016. Disponible en ligne : [www.deslibris.ca/ID/10065720](http://www.deslibris.ca/ID/10065720).

# À CONSULTER

L'Observatoire des tout-petits a produit un dossier complet sur la question de l'accès aux soins de santé



Une **vidéo** de sensibilisation



Un rapport complet de 64 pages.



Une **brochure** regroupant les faits saillants du dossier



Des **visuels** pour vos présentations ou vos réseaux sociaux

Consultez notre dossier complet au  
**[tout-petits.org/sante-migrants](https://tout-petits.org/sante-migrants)**

# OBSERVATOIRE des tout-petits

## VEILLER POUR ÉVEILLER

L'Observatoire des tout-petits a pour mission de contribuer à placer le développement et le bien-être des tout-petits au cœur des priorités de la société québécoise. Pour y parvenir, l'Observatoire regroupe les données les plus rigoureuses en matière de petite enfance, de la grossesse à 5 ans, les communique et suscite le dialogue autour des actions collectives nécessaires dans ce domaine.

[Tout-petits.org](http://Tout-petits.org)



Fondation Lucie  
et André Chagnon