



Le droit à la santé des enfants selon les normes internationales : le Québec doit faciliter l'accès aux soins de santé gratuits à tous les enfants, sans condition.

Mémoire pour la Commission de la santé et des services sociaux, projet de loi n°83 sur 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.

Audience : 21 avril à 16h20

Contact : Guillaume Landry, Directeur général
g.landry@ibcr.org



Le Bureau international des droits des enfants

Le Bureau international des droits des enfants est une organisation non gouvernementale agissant pour les droits de l'enfant depuis plus de 25 ans, au Québec et dans plus de 50 pays d'Afrique, d'Asie, des Amériques et du Moyen-Orient. Par une approche participative et durable, nous œuvrons avec nos partenaires sur le terrain, à la promotion et à la protection des droits de l'enfant, qu'il soit en contact avec le système de justice ou confronté à une situation de crise humanitaire, causée par un conflit armé ou un désastre naturel. Nous veillons également à prévenir toute forme d'exploitation, de violence, d'abus et de négligence envers les enfants, notamment à des fins sexuelles.

L'écoute, la participation et la protection de l'enfant sont au cœur de toutes nos actions

- 3 bureaux dans le monde
- Environ 40 personnes employées de manière permanente
- Plus de 61 200 professionnelles et professionnels formés aux droits de l'enfant
- Les droits de plus de 2,5 millions d'enfants mieux protégés grâce à nos actions

Contexte

Le Bureau international des droits des enfants travaille selon une approche axée sur les droits de la personne et à partir du fait que les enfants, notamment les plus vulnérables d'entre eux, doivent être considérés comme des sujets de droit à part entière, sans aucune autre considération ni condition. Ainsi, l'IBCR s'intéresse depuis de longues années à la question de l'accès aux soins de santé pour les enfants au Québec, et en particulier aux lacunes législatives de la province empêchant certains enfants, dont ceux nés dans la province, donc citoyens canadiens, de bénéficier d'une couverture publique des soins de santé en raison de la difficulté, voire de l'impossibilité, d'obtenir une carte d'assurance maladie. L'IBCR s'engageait sur ce sujet dès 2017 aux côtés de Médecins du Monde en diffusant une note d'information basée sur son expertise. Cet engagement se poursuit aujourd'hui avec ce mémoire destiné à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi n°83.



Résumé

Dans le cadre de la consultation sur le projet de loi n°83 concernant 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, le Bureau international des droits des enfants (IBCR) souhaite faire part de ses préoccupations sur le sujet et partager son expertise en matière de droit international relatif à l'accès des enfants aux soins de santé.

Les enfants établis au Québec ne possèdent pas tous les mêmes chances d'être et de rester en bonne santé. Actuellement, certains ne peuvent être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en raison de leur état civil, de leur statut migratoire ou de celui de leurs parents. Les droits de l'enfant ayant pour vocation de protéger l'enfant en tant qu'être humain à part entière, **l'enfant sujet de droit doit pouvoir jouir de tous les droits qui lui sont reconnus, au-delà de toute considération de citoyenneté ou de statut migratoire. Il ne devrait ainsi jamais être assujéti aux droits d'une autre personne, mais traité de façon autonome.**

En suivant cette logique, tous les enfants présents au Québec devraient pouvoir jouir de leur droit à la santé, sans condition. En ce qui concerne l'accès à la RAMQ, tous les enfants résidant au Québec – au sens du Code civil de la province – devraient être couverts, peu importe leur lieu de naissance. Pour l'IBCR, le projet de loi présenté pour faire évoluer la RAMQ reste opaque et complexe, et ne va pas assez loin au regard des droits de l'enfant tels qu'énoncés dans les normes internationales, auxquelles le Canada, et donc le Québec, a pourtant souscrit.

Dans ce mémoire, l'IBCR se focalise sur l'admissibilité des enfants canadiens issus des parents migrants à statut précaire au régime de santé publique géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'emploie à vérifier la conformité ou non de cette pratique au regard du droit international auquel le Canada souscrit ainsi que l'effet discriminatoire de l'absence de couverture médicale pour ces enfants. Pour ce faire, ce mémoire va parcourir le droit international, pour ensuite examiner brièvement la jurisprudence nationale, puis les recommandations des Nations Unies et de ses agences spécialisées sur la matière, et finalement des études de cas pour terminer avec ses conclusions et recommandations.



Le droit à la santé de l'enfant selon le droit international

Les principaux instruments en droit international en matière du droit à la santé sont le **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)**¹ et la **Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)**². Le Canada a ratifié le PIDESC en 1976³ et la CDE en 1991⁴. Par conséquent, les dispositions dans ces deux conventions internationales sont contraignantes pour le Canada et ce dernier est obligé de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits qui y sont énoncés⁵.

Le PIDESC énonce le droit à la santé dans l'article 12 de la manière suivante :

Art. 12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:
 - a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
 - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
 - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
 - d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Le **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR)** des Nations Unies est un organisme constitué d'experts qui contrôle la mise en œuvre du PIDESC par les États parties et qui publie son interprétation des dispositions relatives au PIDESC sous la forme d'observations générales. Bien qu'elles ne soient pas contraignantes pour les États parties, les observations générales donnent un éclairage sur les obligations des États et servent en tant que lignes directrices pour l'application des droits énoncés dans le PIDESC.

Le CESCR interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme « *un droit global, dans le champ duquel [...] [se trouve] la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun* »⁶. Selon le Comité, le droit à la santé suppose l'existence d'éléments essentiels, dont la

¹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).

² Convention Relative aux Droits de l'Enfant. Nations Unies (1989).

³ <http://canada.pch.gc.ca/fra/1448633333982/1448633333984>.

⁴ Idem

⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14 : Le droit du meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Doc off CERD NU, 22e sess, Doc NU E/C.12/2000/4 (2000) aux paras. 34-37.

⁶ Idem au para. 11.



disponibilité de services et des programmes fonctionnels, ainsi que **l'accessibilité sur le plan physique sans motifs de discrimination**⁷. Plus particulièrement, le Comité énonce l'obligation d'accès « à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie » sans discrimination aux installations, biens et services en matière de santé tout en mettant l'accent sur l'importance de **garantir cet accès aux populations vulnérables ou marginalisées telles que les enfants et les adolescents**⁸. En matière de discrimination, le PIDESC la proscrit dans ses articles 2 (2) et 3 sur la base (entre autres) d'origine nationale ou sociale, la naissance et la situation civile, politique ou autre⁹.

La CDE énonce le droit à la santé dans l'article 24 de la manière suivante :

Art. 24

1. Les États parties 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'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

[...]

La CDE énonce également dans l'article 4 que les États parties doivent prendre toutes les mesures d'ordre législatif, administratif ou autre, qui sont appropriées pour **mettre en œuvre les droits de l'enfant sans discrimination**.

De manière similaire au CESCR, le **Comité des droits de l'enfant (CRC)** des Nations Unies contrôle la mise en œuvre de la CDE et publie des observations générales. Le CRC énonce comme obligation la revue du cadre juridique et du cadre de politique générale au niveau national et sous-national ainsi que la modification des lois et des politiques si nécessaire afin de garantir le droit de l'enfant à la santé¹⁰. Plus particulièrement, **le CRC recommande aux États de revoir les lois pour évaluer tout effet discriminatoire potentiel et tout obstacle à la réalisation du droit de l'enfant à la santé**, et les abroger si nécessaire¹¹.

Des principes cruciaux de la CDE pour le respect des droits de l'enfant sont la prohibition de discrimination et l'intérêt supérieur de l'enfant, énoncés respectivement aux articles 2 et 3.

⁷ Idem au para. 12.

⁸ Idem

⁹ Idem au para. 18.

¹⁰ Comité des droits de l'enfant, *Observation générale no 15 : Droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* (art. 24), Doc off CRC NU, CRC/C/GC/15 (2013) au para. 73.

¹¹ Idem au para. 94.



L'article 2 (2) stipule clairement que **l'enfant doit être « effectivement protégé contre toutes formes de discrimination par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents¹² »**. L'intérêt supérieur de l'enfant énoncé à l'article 3 est un principe qui oblige les États parties à la Convention à tenir compte de l'effet des actions prises sur l'enfant concerné ou sur l'ensemble des enfants. L'intérêt supérieur de l'enfant doit s'accorder avec les autres droits de l'enfant, comme ceux relatifs à sa protection ou à son droit de vivre dans la dignité. Pour respecter l'intérêt supérieur de l'enfant, il faut considérer la totalité des droits de l'enfant en accordant une attention particulière à ce qui est le plus approprié à son développement à long terme.

Le CRC fait valoir l'obligation des États vis-à-vis le droit de l'enfant à la non-discrimination et à son intérêt supérieur. Concernant la discrimination, le CRC affirme que **la naissance ou toute autre situation de l'enfant, de ses parents ou de ses représentants légaux sont des motifs de discrimination prohibés dans l'article 2 de la CDE¹³**. Concernant l'intérêt supérieur de l'enfant, le CRC déclare que ce principe doit être observé dans toutes les décisions concernant la santé des enfants en tant qu'individus ou en tant que groupe¹⁴. Les États doivent aussi orienter l'élaboration des politiques visant à réglementer les décisions ayant des répercussions négatives sur l'environnement physique et social dans lequel les enfants vivent selon leur intérêt supérieur¹⁵.

Bien que le Canada n'ait pas promulgué une loi spécifique mettant en œuvre la CDE en droit interne, cette dernière influence l'interprétation et l'application du droit canadien. En effet, il existe en *common law* une présomption interprétative selon laquelle **toute loi adoptée au Canada respecte les obligations juridiques internationales en l'absence de loi interne promulguée¹⁶**. La Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Baker c. Canada*¹⁷ a cité un passage de l'ouvrage *Driedger on the Construction of Statutes* en ce qui a trait à la CDE afin d'établir qu'il est « préférable d'adopter des interprétations qui correspondent » aux valeurs et aux principes contenus dans le droit international, coutumier et conventionnel¹⁸. De même, « [c]es principes font partie du cadre juridique au sein duquel une loi est adoptée et interprétée »¹⁹. De cette manière la Cour suprême a statué que **le principe directeur de l'intérêt supérieur de l'enfant contenu dans la CDE aurait dû s'appliquer dans le cas particulier de cet arrêt pour les décisions touchant les enfants**. Selon *Baker*, les instruments internationaux en matière des droits de la personne ont une « incidence cruciale sur l'interprétation de l'étendue des droits garantis par la Charte²⁰ ». Au niveau de la province, le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant se retrouve dans l'article 33 du Code civil du

¹² Convention des droits des enfants, article 2 (2).

¹³ Comité des droits de l'enfant, *Observation générale no 15 : Droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* (art. 24), Doc off CRC NU, CRC/C/GC/15 (2013) au para. 8.

¹⁴ Idem au para. 12.

¹⁵ Idem au para. 13.

¹⁶ Sénat du Canada, *Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants*, 2007 au Chapitre 4, disponible sur : <https://sencanada.ca/content/sen/committee/381/huma/rep/rep19nov05part1-f.htm>.

¹⁷ *Baker c. Canada (ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* [1999] 2 R.C.S. 817.

¹⁸ Ruth Sullivan, *Driedger on the Construction of Statutes* (3e éd. 1994), p. 330. [traduction]

¹⁹ Idem.

²⁰ *Baker c. Canada* au para.



Québec²¹ « Les décisions concernant l'enfant doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits. »

Le droit à la santé selon les objectifs pour le développement durable et l'Organisation mondiale de la santé

En septembre 2015, les 193 États membres des Nations Unies ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ce programme demande aux états de se concentrer sur la mise en œuvre des 17 objectifs pour le développement durable (ODD), dont le troisième est consacré à la santé : « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** ». D'après le Conseil canadien pour la Coopération internationale (CCCI), la santé garde une place importante parmi les ODD, car c'est un droit fondamental essentiel à la réussite sur les plans économique, social et environnemental²².

Les cibles pour atteindre l'ODD 3 et qui concernent tous les pays sont :

- D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
- D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

Selon l'information disponible sur le site internet du Gouvernement du Canada, le Programme 2030 est un cadre d'action mondiale axé sur les populations, la planète, la prospérité, la paix et le partenariat pour les 15 prochaines années. Ce Programme universel vise à éradiquer la pauvreté et à veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Le gouvernement du Canada stipule être déterminé à faciliter la mise en œuvre de ces objectifs mondiaux²³.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) établit que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁴. Le droit à la santé implique que soient réunis un ensemble de critères sociaux

²¹ Source Légis Québec <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>

²² Conseil canadien pour la Coopération internationale. Transformer notre monde : Perspectives canadiennes sur les objectifs de développement durable. 2016.

²³ Gouvernement du Canada. Programme de développement durable à l'horizon 2030. http://international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/agenda-programme.aspx?lang=fra&menu_id=291

²⁴ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946.



favorables à l'état de santé de tous. La réalisation du droit à la santé est étroitement liée à la réalisation d'autres droits de l'Homme, y compris le **droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible**²⁵.

L'OMS dès sa constitution a insisté sur la nécessité d'étudier les populations en détail et d'adapter le droit à la santé selon les risques et la vulnérabilité propre à ces populations. « Les groupes vulnérables²⁶ et en marge de la société sont souvent moins susceptibles de jouir du droit à la santé »²⁷. En effet, la vulnérabilité des enfants est plus importante lorsque s'ajoutent d'autres conditions telles que : une situation de handicap, la migration, le déplacement forcé et, au Québec, être enfant de parents migrants à statut précaire. Malheureusement, la proportion des problèmes de santé parmi ces populations vulnérables est considérable et un nombre important de ces disparités trouvent leur origine dans des inégalités sociales et structurelles fondamentales²⁸. Les déterminants sociaux de la santé qu'il faut aborder sont nombreux et le défi est de s'attarder également aux déterminants structurels. **En l'espèce, tous les enfants nés de parents migrants à statut précaire, qu'ils soient nés au Canada ou non, font face à la discrimination sociale et structurelle.**

Études de lois et systèmes dans certains pays

D'après l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), exclure [les personnes pour leur condition migratoire] est une pratique de santé publique peu satisfaisante²⁹. **Cela accroît la vulnérabilité, crée ou amplifie la discrimination et les inégalités sur le plan sanitaire, augmente les dépenses de santé et constitue d'une manière générale une violation de leurs droits**³⁰. C'est justement le cas en l'espèce des enfants nés de parents migrants à statut précaire qui se trouvent au Québec.

Dans certains pays ou régions, y compris le Québec, le statut juridique des parents migrants peut entraver l'accès de leurs enfants aux soins de santé. Lorsque les non-nationaux n'ont pas droit aux soins de santé, il en va généralement de même pour leurs enfants. C'est un fait avéré, les enfants de personnes migrantes qui ont pourtant la nationalité du pays d'accueil se heurtent à des obstacles en matière d'accès aux soins, en particulier si leurs parents sont en situation irrégulière, et, de ce fait, hésitent à les faire soigner de crainte que leur statut d'immigration ne soit

²⁵ Santé et droits de l'homme. Organisation mondiale de la santé. 12 – 2015.

²⁶ La Commission plénière du CICR signalait que les catégories spécifiques de personnes vulnérables sont : les femmes, les enfants, les personnes âgées, les handicapés, les réfugiés et les personnes déplacées. « Stratégie de partenariat pour améliorer les conditions de vie des personnes vulnérables » Rapport de la Commission plénière de la Croix-Rouge et Croissant-Rouge. Genève. 1999.

²⁷ Idem

²⁸ Organisation mondiale de la santé. Contribution à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée. 2001.

²⁹ Migration internationale, santé et droits de l'homme. OIM. OMS. Haut-Commissariat des NU aux droits de l'homme. 2013

³⁰ Idem.



découvert³¹. Cette réalité préoccupante est d'autant plus répandue pour les enfants résidant dans le pays d'accueil, mais nés à l'étranger.

En novembre 2018, M. Dainius Pūras, Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, visitait le Canada et constatait dans son rapport la difficulté d'accès à une couverture de santé publique par le biais de la carte d'assurance maladie pour certains enfants³².

Au Québec, les femmes migrantes à statut précaire n'ont pas accès au régime d'assurance maladie provincial, pas plus qu'au programme fédéral de santé intérimaire. En plus de devoir composer avec des conditions socio-économiques difficiles, leur expérience de grossesse est semée d'embûches, et parfois de maltraitance, particulièrement dans le contexte des soins périnataux. Médecins du Monde rapportait entre autres des cas d'humiliations, d'agressions verbales, ou encore des refus de se voir administrer des médicaments contre la douleur. Ces exemples d'agressions constituent une violation des droits des femmes migrantes à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination³³. **À l'instar des enfants, les femmes enceintes devraient avoir accès aux soins de santé sans discrimination de statut.**

En Ontario, la couverture de l'Assurance maladie est immédiatement offerte aux bébés nés en territoire ontarien qui sont de nationalité canadienne³⁴. Afin d'être admissible à l'Assurance maladie de l'Ontario, un enfant né sur le territoire ontarien doit obligatoirement avoir sa résidence principale permanente en Ontario ainsi qu'être présent sur le territoire pendant au moins 153 jours au cours d'une période 12 mois³⁵. Rappelons que, **selon le gouvernement canadien, si un enfant est né au Canada, il est considéré comme citoyen canadien et a le droit de recevoir gratuitement des prestations de soins de santé**³⁶.

Dans l'Union européenne (UE), l'article 35 de la *Charte des droits fondamentaux de l'UE* garantit un droit d'accès aux soins de santé. Les enfants de personnes migrantes ressortissantes de l'UE peuvent accéder aux services sociaux et aux soins de santé de la même manière que les ressortissants nationaux à l'issue d'un délai de trois mois de résidence dans l'État d'accueil³⁷. Des droits similaires sont accordés aux enfants de ressortissants de pays tiers ayant obtenu un droit de séjour permanent dans un État membre, bien qu'ils puissent être limités aux prestations

³¹ Étude du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur les difficultés et les meilleures pratiques rencontrées dans l'application du cadre international pour la protection des droits de l'enfant dans le contexte des migrations, *A/HRC/15/29*, 5 juillet 2010, par. 63.

³² Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 24 June-12 July 2019

³³ Médecins du Monde Canada, "The system is not right, nor is it humane", 17 mai 2019

³⁴ Gouvernement de l'Ontario, <https://www.ontario.ca/fr/page/sinscrire-lassurance-sante-de-lontario-et-obtenir-une-carte-sante#section-2>

³⁵ Ministère de la Santé de l'Ontario, Assurance maladie de l'Ontario, http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/ohipfaq_mn.aspx#:~:text=Pour%20C3%AAtre%20admissible%20C3%A0%20I,pour%20conserver%20son%20Assurance%2Dsant%C3%A9

³⁶ Etablissement. Org, Immigration et citoyenneté ; <https://etablissement.org/ontario/immigration-et-citoyennete/immigrer-en-ontario/faire-une-demande-d-immigration/mon-enfant-est-ne-au-canada-puis-je-rester-au-canada/>

³⁷ Directive relative à la liberté de circulation, art. 24.



essentielles. Les États membres peuvent augmenter les avantages accordés à certains bénéficiaires de la protection internationale. Ils tiennent alors compte de la situation spécifique des personnes vulnérables dont les besoins particuliers ont été constatés à la suite d'une évaluation individuelle de leur situation. L'intérêt supérieur de l'enfant doit aussi être une considération primordiale pour l'application des règles relatives au contenu de la protection³⁸.

En **Grèce**, tous les enfants de moins de 14 ans ont accès gratuitement aux soins de santé, quelles que soient l'urgence de la situation et la régularité de leur séjour³⁹. Les soins sont dispensés dans des cliniques spécialisées pour enfants. En **Roumanie**, les soins de santé sont gratuits pour tous les enfants de moins de 18 ans, quelles que soient leur nationalité ou la couverture santé de leurs parents⁴⁰. En **Allemagne**, les enfants migrants en situation irrégulière ont accès aux soins de santé prévus pour les mineurs. Cependant, le fait qu'ils soient signalés aux services de l'immigration les retient souvent de se faire soigner, sauf en cas d'urgence⁴¹.

En **Belgique**, depuis 1996, le gouvernement garantit l'accès aux soins de santé pour les personnes sans-papiers, dont les enfants, via la procédure d'aide médicale urgente (AMU)⁴². Bien que les personnes en séjour irrégulier ou illégal sur le territoire belge n'aient pas droit à l'aide sociale de l'État, celles-ci peuvent tout de même bénéficier de l'AMU si les conditions requises sont réunies, afin de leur assurer un accès à des soins médicaux. De surcroît, les enfants en séjour irrégulier (ainsi que leurs parents par extension) bénéficient d'une aide matérielle spéciale, délivrée dans un centre géré par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (FEDASIL)⁴³.

En **France**, les enfants migrants non-accompagnés ont accès à la couverture maladie nationale, ce qui n'est pas le cas pour les enfants migrants en situation irrégulière accompagnés de leurs parents. Pour ces derniers, le pays a mis sur pied une Aide Médicale de l'État (AME), qui s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire ainsi qu'à leurs enfants⁴⁴. Contrairement aux adultes, les enfants ont droit à l'AME immédiatement, sans avoir à répondre à des critères de résidence ou de revenu ni à aucune exigence administrative, à l'exception d'une preuve de leur identité. Ils n'ont pas besoin d'attendre que leurs parents prouvent qu'ils sont

³⁸ Conseil de l'Europe. Manuel de droit européen en matière de droits de l'enfant. 2015.

³⁹ Grèce, Loi n° 3386/2005 (2005), article 84 (1), via le rapport « Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union Européenne » de l'agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2011 (p.89)

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-11-002-05_migrants_fr_webres_1.pdf

⁴⁰ Roumanie, Loi sur la protection et la promotion des droits de l'enfant/272/2004, article 43 ; Loi 95/2006 sur la réforme des soins de santé, article 213 ; Cuadra, C.B. (2010), Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27: Country Report Romania, disponible sur : <http://files.nowhereland.info/670.pdf> , via le rapport « Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union Européenne » de l'agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2011 (p.89)

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-11-002-05_migrants_fr_webres_1.pdf

⁴¹ Allemagne, Loi sur les prestations aux demandeurs d'asile, Asylbewerberleistungsgesetz, BGBl. I S. 2022 (1997) ; Loi fédérale sur le séjour (Aufenthaltsgesetz), BGBl. I S. 162 (2004), article 87 (2), 88 (2) ; Règlement sur la loi sur le séjour (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG), GMBI. I S. 878 (2009), 87.1.5. et 88.2.3. via le rapport « Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union Européenne » de l'agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2011 (p.89) https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-11-002-05_migrants_fr_webres_1.pdf

⁴² Éducation Santé, *L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches*, juillet 2016

⁴³ Cabinet d'avocats du Quartier des Libertés, *Le droit à l'aide médicale urgente (MAU) pour les personnes en séjour irrégulier*, Rue du Congrès, 49, Janvier 2015.

⁴⁴ L'assurance Maladie <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>



éligibles et peuvent accéder à l'AME même si leurs parents ne sont pas éligibles⁴⁵. Également, lors des trois premiers mois du séjour en France d'une personne demandant l'asile (femmes et enfants compris), ses besoins vitaux seront pris en charge. Dès lors, les frais de leurs examens de prévention (réalisés pendant et après la grossesse) et de l'accouchement seront couverts par l'État. Par ailleurs, les soins de santé urgent des enfants mineurs dont les parents sont demandeurs d'asile présents sur le territoire français sont pris en charge le plus rapidement possible après leur arrivée⁴⁶.

En **Espagne**, sur le plan social et sanitaire, la définition d'enfant migrant est attribuée également aux enfants nés en Espagne issus de parents migrants⁴⁷. Depuis 2016, les interventions sont applicables aux enfants sans égard à leur statut ou celui de leurs parents⁴⁸. Le changement de la loi espagnole, selon les paroles du ministre de la Santé, a vu le jour, car il s'agit « d'une question de santé publique et c'est une façon de donner une meilleure utilisation aux salles d'urgence »⁴⁹. En Espagne, les enfants nés sur le territoire sont automatiquement intégrés au système de santé national pour une durée de 3 mois. Les étrangers de moins de 18 ans reçoivent des soins de santé dans les mêmes conditions que les Espagnols.

En **Suède**, les enfants et les jeunes de moins de 18 ans demandeurs d'asile ont droit aux mêmes soins de santé et dentaires que les autres enfants vivant dans le pays, soins qui sont gratuits pour les personnes de moins de 18 ans. Les soins d'accouchement, les soins en cas d'avortement, les conseils en matière de contraception, les soins de maternité et les soins de santé sont également accessibles gratuitement pour tous les demandeurs d'asile. Les médicaments pour enfants sont gratuits s'ils sont prescrits par un médecin.⁵⁰

En **Angleterre**, le Département de Santé a pris un engagement précis sur le sujet: « Assurer que la santé des enfants vulnérables n'est pas compromise par le statut ou les actions des parents ou tuteurs ». C'est important de souligner que, en général, les enfants nés sur le sol Britannique doivent avoir, au moins, un des deux parents citoyens ou résidents permanents autorisés pour qu'ils aient la citoyenneté Britannique, si cette condition n'est pas remplie, l'enfant devient une personne migrante en situation irrégulière. Les enfants dans cette situation comme tous les migrants irréguliers, ont accès de façon gratuite aux soins primaires de santé. Cependant, la maternité (accouchement et soins après la naissance) est prise en charge comme « traitement immédiatement nécessaire » et fournie sans égard au statut de résidence .

⁴⁵ Keith L, LeVoy M. et al Protecting undocumented children: Promising policies and practices from governments PICUM (February 2015) p18. Via UNICEF advocacy brief "Is child care available?"

<https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org/eca/files/UNICEF%20Advocacy%20Brief%20Health.pdf>

⁴⁶ L'assurance Maladie <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>

⁴⁷ Anales de pediatria continuada. Protocolo de atención a los niños de familias inmigrantes. 2004.

⁴⁸ Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap. Actualización del protocolo de atención a las niñas y niños inmigrantes. 2016.

⁴⁹ Conférence de presse. Président Rajoy et Ministre de Santé Alfonso Alonso. 2015. Récupéré le 05/10/2017 du :

<http://www.20minutos.es/noticia/2420307/0/ministro-alonso/inmigrantes-irregulares/acceso-atencion-primaria/>

⁵⁰ Source : Agence de l'immigration suédoise, 2021 : <https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/While-you-are-waiting-for-a-decision/Health-care.html>



Au **Chili**, la prise en charge des services médicaux est indépendante du processus de demande de permis de résidence ou du statut migratoire des personnes migrantes. Le ministère de la santé a constaté que cette situation représentait une barrière d'accès pour la garantie des droits chez les femmes enceintes, les enfants et dans les cas des soins d'urgence. Les établissements du système public de santé fournissent tous les services de santé nécessaires aux enfants de moins de 18 ans n'ayant pas de statut de résidence légal.

Aux **États-Unis**, l'accès à l'assurance soins de santé dépend du statut d'immigration de l'enfant ainsi que des politiques au niveau fédéral et de chaque État. Les enfants nés aux États-Unis sont considérés comme des citoyens américains, quel que soit le statut d'immigration de leurs parents, et sont de ce fait éligibles à Medicaid (assurance maladie pour les familles à bas revenus) ou au Children's Health Insurance Program (CHIP – pour les familles aux revenus supérieurs non éligibles à l'assurance Medicaid, mais ne pouvant pas se payer une assurance privée) à la naissance, sans période d'attente⁵¹. Les enfants immigrés sans papiers ne sont pas éligibles pour Medicaid, CHIP ou les subventions d'assurance maladie fournies par l'Affordable Care Act (ACA). Cependant, l'Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) oblige les hôpitaux à fournir des soins à toute personne ayant besoin d'un traitement médical d'urgence, indépendamment de sa citoyenneté, de son statut légal ou de sa capacité à payer.

Conclusion et recommandations

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a défini la discrimination comme « toute distinction, exclusion, restriction ou préférence ou tout autre traitement différencié reposant directement ou indirectement sur les motifs de discrimination interdits, et ayant pour but ou pour effet d'annuler ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur un pied d'égalité, des droits énoncés »⁵². **Si le projet de loi n83 est adopté en l'espèce, la pratique de la RAMQ continuera de créer une distinction, une exclusion et une restriction pour les enfants nés au Canada de parents migrants à statut précaire en conditionnant l'accès à des démarches administratives supplémentaires, ayant pour effet d'annuler l'exercice, sur un pied d'égalité avec les autres enfants nés au Canada et résidents du Québec, du droit à la santé.** Cette distinction, exclusion et restriction repose directement sur des motifs de discrimination interdits, notamment la situation juridique des parents de ces enfants et « toute autre situation de l'enfant [ou] de ses parents » comme le mentionne le Comité des droits de l'enfant (CRC) dans son observation générale numéro 15.

⁵¹ Source American Academy of Pediatrics : <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Immigrant-Child-Health-Toolkit/Pages/Access-to-Health-Care-and-Public-Benefits.aspx>

⁵² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels*, 42^e sess (art. 2, par. 2 du Pacte), E/C.12/2009/20 (2009), à la p 3.



Le CRC a remarqué que le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant est plutôt méconnu et n'est pas suffisamment intégré et appliqué dans les procédures législatives, administratives ou judiciaires au Canada ainsi que les politiques concernant les enfants⁵³, en particulier pour les personnes demandeuses d'asile, réfugiées et immigrantes. En effet, en l'état et malgré le projet de loi, la RAMQ ne considère pas la totalité des droits des enfants de parents migrants à statut précaire et n'accorde pas d'attention particulière à leurs besoins appropriés au développement à long terme et notamment à l'accès aux soins de santé. Une pratique discriminatoire et qui ne considère pas l'intérêt supérieur de l'enfant selon les normes internationales étudiées et l'arrêt *Baker* de la Cour suprême. De plus, les enfants de parents migrants, nés ou non dans le pays d'accueil et y résidant, sont susceptibles de s'y installer durablement. En ne favorisant pas l'accès à des soins gratuits pour tous les enfants résidant au Québec, la province s'expose donc à devoir traiter des pathologies plus lourdes dans le futur, générant finalement un risque financier plus élevé.

L'engagement du Canada dans la mise en œuvre des objectifs pour le développement durable nécessite la participation de toutes les provinces à veiller à ce que l'accès à la santé soit garanti pour tous de manière égalitaire. L'OMS⁵⁴ et l'OIM ont adopté une résolution en 2008 déclarant la priorité à la surveillance de la santé des migrants et à l'adoption des lois et des pratiques nationales qui respectent le droit des migrants à la santé⁵⁵. Une séparation devrait donc exister entre les services en charge de l'immigration et ceux de la santé, pour éviter que des personnes au statut migratoire précaire – ou leurs enfants – ne se fassent pas soigner par crainte des conséquences sur leur statut migratoire.

Suivant les normes internationales et les recommandations évoquées ci-dessus, le gouvernement du Québec devrait prendre en considération les principes de la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant et le respect des opinions de l'enfant par le biais de ses organes administratifs et établir en droit interne des lois couvrant tous les aspects de la CDE⁵⁶. De la même manière, **la RAMQ devrait orienter l'application des lois et des politiques selon l'intérêt supérieur de l'enfant sans égard à d'autres éléments que son statut de sujet de droit. L'accessibilité à la RAMQ d'un enfant ne devrait donc pas être tributaire du statut juridique de ses parents dans la province, quelle que soit sa nationalité.** Tous les enfants résidant au Québec, nés ou non au Canada, devraient ainsi être couverts par la RAMQ.

Nous saluons les annonces du gouvernement du Québec quant au projet de loi 83 visant à faire en sorte que les enfants nés sur au Canada de parents au statut migratoire précaire puissent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie et médicaments. Cette décision et, nous l'espérons, la loi qui en découlera, constituent un premier pas vers le réalignement du Québec sur les normes internationales en matière de droits de l'enfant. Cependant, pour pouvoir réellement

⁵³ Comité des droits de l'enfant, *Observations finales : Troisième et quatrième rapports périodiques du Canada*, 61^e sess, CRC/C/CAN/CO/3-4, 2012, à la p 8.

⁵⁴ Établie en 1946. Le Canada a été le troisième État membre à ratifier la Constitution de l'OMS le 29 août 1946.

⁵⁵ Organisation mondiale pour la santé et Organisation internationale pour les Migrations, Résolution 61.17, 2008, Genève.

⁵⁶ Comité des droits de l'enfant, *Observations finales : Troisième et quatrième rapports périodiques du Canada*, 61^e sess, CRC/C/CAN/CO/3-4, 2012.



se prévaloir de garantir l'ensemble des droits de l'enfant, **la province doit aller encore plus loin et permettre à tous les enfants résidant sur son territoire d'accéder à son régime d'assurance maladie, sans aucune autre condition.** La résidence étant pensée ici au sens du Code civil du Québec, c'est-à-dire une résidence de fait, et non la résidence – permanente ou temporaire – du droit canadien de l'immigration⁵⁷. Une preuve de résidence de plus de trois mois (durée normale d'un séjour touristique) pourrait être fournie par un bail ou une facture, à l'instar du vote.

De manière générale, **l'accès à la RAMQ devrait être simplifié pour les enfants résidant au Québec.** La complexité des démarches à accomplir telles que décrites dans ce projet de loi va non seulement rendre cet accès difficile pour de nombreuses personnes migrantes, mais va également être un frein du point de vue du personnel de santé, qui devra refuser les soins de personnes non enregistrées ne pouvant pas payer, c'est-à-dire l'immense majorité des personnes sans papiers.

Recommandations

- Tous les enfants, quel que soit leur statut migratoire ou leur situation, présents même temporairement au Québec, devraient avoir accès de façon gratuite aux soins primaires de santé.
- Tous les enfants résidant au Québec devraient être couverts par la RAMQ, quel que soit leur lieu de naissance ou la situation migratoire de leurs parents. La résidence doit alors être comprise au sens du Code civil du Québec, c'est-à-dire une résidence de fait, et non la résidence – permanente ou temporaire – du droit canadien de l'immigration.
- L'accès à la RAMQ devrait être simplifié, ainsi que les démarches administratives liées, pour créer un système plus accessible, tant pour les patients que pour le personnel de santé, plus performant sur le plan administratif, et plus efficace sur le plan de la santé publique.
- Le partage d'information entre les services de l'immigration, de la police et de la santé devrait être limité, pour ne pas décourager les enfants en situation irrégulière, ou dont les parents ont un statut migratoire précaire, d'avoir accès à des soins adaptés.
- Les soins de grossesse et périnataux devraient entrer en considération dans ces réflexions quant à l'accès aux soins de santé et à la couverture de la RAMQ, car la santé de l'enfant se joue dès la grossesse.

⁵⁷ Code civil du Québec, Chapitre deuxième, art. 75 : « Le domicile d'une personne, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu de son principal établissement. » <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/ccq-1991>