



PORTRAIT DES FEMMES ENCEINTES SANS COUVERTURE SANTÉ AU QUÉBEC

RÉGIE DE

L'ASSURANCE MALADIE

DU QUÉBEC

28 juin 2022



RAMQ AU SERVICE DU CITOYEN

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE.....	4
MANDAT.....	6
DÉMARCHE.....	6
PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE.....	7
Cadre juridique relatif à l’admissibilité au régime d’assurance maladie du Québec.....	7
Clientèles non admissibles à la couverture du régime et leurs caractéristiques.....	9
Portrait des femmes enceintes sans couverture santé.....	10
Volumétrie.....	11
Coûts des services liés à la grossesse.....	14
Mesures de soutien destinées aux femmes enceintes sans couverture santé.....	16
Comparatif – Autres gouvernements canadiens.....	16
Comparatif – Autres pays.....	17
Autres ministères et organismes gouvernementaux.....	18
PRÉSENTATION DES SOLUTIONS ENVISAGEABLES.....	19
Solution 1 : Maintenir le statu quo.....	20
Solution 2 : Éliminer la surcharge de 200 % pour les services entourant le suivi de grossesse, l’accouchement et les soins post-partum.....	20
Solution 3 : Permettre aux femmes enceintes sans couverture santé qui respectent les critères d’admissibilité aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) :	21
Solution 4 : Offrir la gratuité des services médicaux et des médicaments requis pour la grossesse, l’accouchement et les soins post-partum par l’entremise d’une circulaire ministérielle.....	23
CONCLUSION.....	25
ANNEXE 1 : Ministères et organismes consultés.....	26
ANNEXE 2 : Clientèles inadmissibles.....	28
ANNEXE 3 : Autres gouvernements canadiens.....	30
ANNEXE 4 : Tableau comparatif autres pays.....	31

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

En raison du cadre législatif actuel, certaines femmes enceintes ne bénéficient pas de la couverture santé offerte par le gouvernement du Québec. De fait, certaines catégories de personnes présentes sur le territoire québécois et possédant un permis de séjour temporaire au Canada ne sont pas couvertes par le régime public d'assurance maladie (Régime). Il s'agit de visiteurs et de touristes¹, de certains travailleurs détenant un permis de travail ouvert² et d'étudiants en provenance d'un pays avec lequel le Québec n'a pas conclu d'entente de sécurité sociale³. À ce jour, l'état de santé d'un individu n'est pas un critère qui permet d'accéder au régime d'assurance maladie du Québec. Il n'est donc pas possible pour la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) d'offrir une couverture uniquement pour certains types de soins.

Depuis plusieurs années, des groupes d'intérêt, dont Médecins du Monde (MdM) en partenariat avec plusieurs autres organisations et professionnels ainsi que l'Observatoire des tout-petits (Otp), ont formulé des revendications et publié divers documents qui, en plus de porter une attention particulière à la situation des enfants nés de parents à statut migratoire précaire, ont souligné la difficulté pour certaines femmes d'obtenir des soins de santé durant leur grossesse. C'est en 2019 que la ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors a mandaté un comité interministériel afin d'examiner la possibilité d'offrir une couverture de soins de santé aux enfants de parents au statut migratoire précaire et d'évaluer la possibilité d'élargir la couverture des soins de santé liés à la grossesse et à l'accouchement des femmes enceintes qui n'ont pas accès à une couverture santé en raison de leur statut migratoire. Suivant des consultations et une démarche d'analyse, la RAMQ, en collaboration avec d'autres ministères et organismes (MO), a déposé un rapport intitulé *La couverture des enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire*⁴. Cependant, en raison de l'absence de données probantes sur la situation des femmes enceintes sans couverture santé, et dans l'attente des résultats de travaux entamés par le gouvernement fédéral, ce rapport présentait uniquement des recommandations sur la situation des enfants. Il a donné lieu au projet de loi n° 83, sanctionné par le gouvernement en juin 2021⁵.

Les divers groupes d'intérêt considèrent comme *personne au statut migratoire précaire* toute personne présente au Canada dont le statut migratoire n'est pas régularisé de façon permanente. Ainsi, toute personne qui ne possède ni la citoyenneté canadienne ni le statut de résident permanent est considérée comme un migrant au statut précaire. Outre les citoyens canadiens et les résidents permanents au Canada, plusieurs autres catégories de personnes au statut migratoire précaire sont prévues au cadre législatif de la RAMQ et sont par conséquent admissibles au régime d'assurance maladie du Québec.

La situation des femmes enceintes présentes au Québec sans assurance maladie n'ayant pas fait l'objet de l'étude dans le cadre du projet de loi n° 83, plusieurs intervenants continuent à ce jour d'exprimer leurs préoccupations concernant leur absence de couverture des services obstétricaux.

¹ Le touriste est autorisé à être sur le territoire canadien pour une durée de 6 mois ou moins alors que le visiteur est autorisé à y demeurer plus de 6 mois et doit faire la demande d'un permis de visiteur (aussi appelé Fiche de visiteur).

² Un permis de travail ouvert est non spécifique à un employeur au Québec. Aucune obligation de travailler au Québec n'est liée à ce type de permis. Certains détenteurs de permis de travail ouvert sont admissibles au régime offert par la RAMQ en vertu du pouvoir discrétionnaire du ministre de la Santé et des Services sociaux prévu à l'art. 10.1 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit des personnes post-diplôme, des travailleurs en parcours de demande de résidence permanente et des détenteurs de permis de travail ouvert transitoire.

³ Tout pays autre que : Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie, Serbie et Suède.

⁴ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rapport-couverture-enfants-migrants.pdf>.

⁵ <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2021C23F.PDF>.

Selon certains groupes d'intérêt et intervenants œuvrant dans le domaine de la santé des femmes migrantes au Québec, la pauvreté, la barrière linguistique, la difficulté à trouver un médecin, la mauvaise compréhension du réseau de la santé et la peur d'être dénoncées aux services d'immigration compliqueraient l'accès aux soins de santé. Selon eux, l'absence de suivi médical et l'absence de mesures préventives pendant la grossesse constitueraient des facteurs de risque significatifs augmentant les risques de grossesse compliquée et de naissance prématurée, et pourraient avoir de graves conséquences sur l'état de santé du nouveau-né et celui de la mère.

Toujours selon ces groupes d'intérêts et ces intervenants, les femmes n'ayant pas la capacité de payer pour leur suivi de grossesse et leur accouchement seraient plus susceptibles de ne pas consulter durant leur grossesse et de se présenter à la dernière minute à l'urgence pour accoucher afin d'éviter de devoir défrayer à l'avance une partie ou la totalité des coûts. Cette situation mettrait leur santé à risque ainsi que celle de l'enfant à naître et exercerait une pression sur le personnel soignant qui ne dispose pas de l'historique de grossesse et des antécédents (médicaux ou autres) de ces dernières.

On rapporte aussi dans la littérature qu'un suivi prénatal régulier et précoce pendant la grossesse permet de réduire la mortalité maternelle ainsi que le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, de bébé de petit poids, de bébé mort in utero ou de mortalité infantile inexplicée⁶. Également, chez les femmes sans couverture santé, on note un taux supérieur à la moyenne de césariennes pour détresse fœtale et de réanimations néonatales à la naissance⁷.

Le Programme national de santé publique 2015-2025⁸ du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit par ailleurs les orientations suivantes, qui rejoignent la problématique des femmes enceintes sans couverture d'assurance maladie :

- Contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé.
- Porter une attention particulière aux populations vivant en contexte de vulnérabilité, dans le but de ne pas accroître les inégalités sociales de santé, et ce, dans tous les programmes, services et actions réalisés en santé publique.
- Intensifier les efforts de mise en œuvre des services auprès de populations vulnérables pour répondre à leurs besoins particuliers.
- Mettre en place des mesures d'atténuation, au besoin, lorsque les services ont un impact négatif sur des populations vulnérables et qu'ils peuvent accentuer les inégalités sociales de santé.

Enfin, le gouvernement du Québec s'est déclaré lié à 11 instruments internationaux en matière de droits de la personne, dont plusieurs traitent du droit à la santé. Le Québec a ainsi des obligations découlant de ses engagements, bien qu'il possède une marge d'appréciation discrétionnaire dans le choix des mesures spécifiques qu'il met en œuvre pour donner effet au droit à la santé.

⁶ Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey Y Debessai , C Costania , M Roy , M El-Sayed2 and H Tamim, *Journal of Perinatology* (2016) 36, 420–426; doi:10.1038/jp.2015.218; published online 21 January 2016.

⁷ Perinatal Outcomes of Uninsured Immigrant, Refugee and Migrant Mothers and Newborns Living in Toronto, Canada Karline Wilson-Mitchell and Joanna Anneke Rummens, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10, 2198-2213; doi:10.3390/ijerph10062198.

⁸ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.

C'est donc dans ce contexte qu'en juin 2021, suivant les observations, revendications et recommandations émises par différents groupes d'intérêt œuvrant dans le domaine de la santé des femmes migrantes, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté la RAMQ, en collaboration avec le MSSS, pour identifier des pistes de solution qui pourraient permettre d'améliorer l'accès à des soins de santé aux femmes enceintes ayant un statut migratoire précaire sans aucune couverture d'assurance maladie.

MANDAT

Le mandat consistait à mettre en place un comité interministériel chargé de broser un portrait global de la situation des femmes enceintes sans assurance maladie au Québec et de rédiger un rapport présentant des recommandations qui prennent en considération :

- les avenues potentielles pour améliorer l'accès à des soins de santé des femmes enceintes sans assurance maladie;
- les enjeux éthiques et légaux liés à une offre de service basée sur une condition médicale spécifique (grossesse);
- tout autre élément pouvant éclairer le gouvernement sur le sujet.

Il était également demandé de prendre en compte les résultats des travaux menés par le gouvernement fédéral sur le tourisme obstétrique de même que les pratiques développées par les autres gouvernements canadiens et internationaux.

DÉMARCHE

Afin de répondre au mandat, différents MO ont participé aux travaux du comité interministériel coordonné par la RAMQ, soit :

- le MSSS;
- le ministère des Relations internationales et de la Francophonie (MRIF);
- le ministère de la Famille;
- le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS);
- le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI);
- le Secrétariat de la condition féminine (SCF);
- Retraite Québec;
- la Commission des normes, de l'équité, de la santé et sécurité au travail (CNESST);
- la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Le comité a tenu des ateliers de travail afin de mettre en commun les pratiques et expériences des différents MO et de documenter les éléments suivants :

- Les caractéristiques des femmes enceintes sans couverture santé visées par le mandat et le recensement des problèmes rencontrés par celle-ci.

- Les données de volumétrie relatives à cette clientèle.
- Les enjeux d'une couverture d'assurance maladie offerte en fonction de l'état de santé.
- Les conséquences financières et juridiques de la couverture en assurance maladie des femmes enceintes non admissibles au régime offert par la RAMQ ainsi qu'à tout autre régime fédéral ou privé.
- Les modes de pratique touchant ces mêmes clientèles à l'extérieur du Québec.

Outre les membres du comité interministériel, on a également consulté d'autres organismes, établissements et experts en fonction de leurs compétences respectives afin d'obtenir des renseignements complémentaires relatifs à ces mêmes thèmes. Le détail de ces renseignements se trouve à l'annexe 1.

PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE

Cadre juridique relatif à l'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec

Les conditions d'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec sont déterminées par la Loi sur l'assurance maladie (LAM)⁹ et le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAIP)¹⁰. Les personnes pouvant bénéficier du Régime sont divisées en deux catégories, soit les personnes qui résident au Québec de façon permanente et les personnes qui y séjournent temporairement. Les conditions de base permettant de bénéficier du Régime sont les suivants :

- **Avoir l'un des statuts d'immigration prévus à la LAM ou au RAIP.**
- **Être domicilié au Québec (pour les personnes qui y résident seulement).**
- **Être présent au Québec plus de 6 mois :**
 - par année civile pour les personnes qui résident;
 - document d'immigration émis pour plus de 6 mois pour les personnes qui séjournent.

D'autres clientèles sont également admissibles au Régime à titre de personnes qui séjournent temporairement au Québec. Ces dernières sont prévues à la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (LMSSS)¹¹ et admissibles en vertu d'une entente de sécurité sociale ou encore d'une entente ou d'un accord avec une organisation internationale. Les conditions d'admissibilité, également liées au statut d'immigration et à la présence au Québec, de même que l'étendue des services offerts, sont spécifiques à chaque entente.

⁹ <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/A-29.pdf>.

¹⁰ <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/A-29,%20R,%201.pdf>.

¹¹ <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-19.2>.

Lorsqu'une personne respecte ces conditions, elle peut bénéficier de l'ensemble des services assurés prévus à l'article 3 de la LAM ainsi que des programmes administrés par la RAMQ¹². Puisque l'état de santé ne fait pas partie des critères d'admissibilité pour bénéficier du Régime, il n'est pas possible pour la RAMQ d'offrir une couverture uniquement pour certains types de soins.

Principes de l'assurance et enjeux de la couverture d'assurance maladie offerte en fonction de l'état de santé

De façon générale, l'assurance est un dispositif collectif de partage des contributions qui permet à des personnes de se protéger contre les conséquences financières lorsque survient un dommage. Le fait d'assurer une condition de santé avérée, au moment de sa survenue, est contraire au principe de l'assurance. Le fait de couvrir des personnes seulement au moment où elles nécessitent des soins soulève un enjeu d'équité et pourrait avoir des répercussions sur la pérennité du régime.

De plus, il importe de préciser qu'il incombe aux personnes non admissibles au régime public, dont les femmes enceintes choisissant d'accoucher au Québec, d'assumer une part de responsabilité à laquelle l'État ne peut se substituer, notamment le fait de souscrire une assurance privée pour la durée de leur séjour.

Condition de présence au Québec pour limiter le tourisme médical et obstétrique

La raison d'être de l'exigence de la présence de plus de 6 mois et de l'application d'un délai de carence¹³ (d'une durée maximale de trois mois précédant l'admissibilité d'un nouvel arrivant au Québec) est le contrôle du risque de payer des coûts relatifs aux soins de santé de personnes qui seraient de passage à titre de touristes, par exemple.

Certaines femmes enceintes étrangères pourraient être tentées de venir au Québec uniquement dans le but d'accoucher sans avoir à en payer le coût et, de surcroît, obtenir la citoyenneté canadienne pour leur enfant. Cet attrait pourrait être augmenté par l'entrée en vigueur du PL n° 83, qui fait en sorte que la plupart des enfants qui naissent au Québec ou en dehors du Canada obtiennent un accès au régime de la RAMQ, indépendamment du statut migratoire de leurs parents.

Bien qu'il n'y ait pas de définition officielle du tourisme médical (aussi appelé tourisme de santé), la littérature décrit ce phénomène comme à le fait de se faire soigner dans un pays autre que celui où l'on réside par économie ou pour bénéficier des soins qui ne sont disponibles qu'à l'étranger.

Le phénomène du tourisme obstétrique réfère quant à lui au fait, pour une femme en fin de grossesse, de faire un voyage prétendument touristique, mais dans le but intentionnel d'accoucher dans le pays visité, de manière à obtenir la citoyenneté de ce pays pour son enfant¹⁴. Ce qui caractérise le tourisme obstétrique est le fait que la femme n'a aucune intention d'habiter au Québec et qu'elle quitte le Québec peu après l'accouchement.

¹² Les services rendus par un professionnel de la santé, les programmes d'aide financière (hébergement et aide à domicile) ou technique (audition et vision et appareils et vêtements spécialisés) ainsi que les médicaments et les chirurgies sous certaines conditions.

¹³ Période maximale de 3 mois précédant l'admissibilité au régime offert par la RAMQ. Les services sont non assurés durant cette période, à l'exception des services suivants : nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle; liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse; liés à la vaccination avec les vaccins prévus au Programme québécois d'immunisation et selon le Protocole d'immunisation du Québec ou lors de campagnes de vaccination spéciales; nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

¹⁴ Définition de l'Office de la langue française du Québec.

Depuis 1947, le Canada octroie la citoyenneté canadienne de naissance à toute personne née en sol canadien, sans égard au statut d'immigration des parents. Par ailleurs, le Canada fait partie des rares pays¹⁵ développés dans le monde où le droit de sol est appliqué sans condition. Plusieurs pays appliquent le droit de sol avec conditions, par exemple l'exigence que l'un des deux parents soit né sur le territoire afin que soit accordée la nationalité à l'enfant qui y est aussi né. Au Canada, la seule exception concerne les enfants nés de parents représentants étrangers qui jouissent d'un statut spécial en vertu de la *Loi sur les missions étrangères et les organisations internationales* et visés par le paragraphe 3 (2) de la *Loi sur la citoyenneté*. En effet, les enfants de diplomates, d'agents consulaires, de représentants d'un gouvernement étranger ou de fonctionnaires internationaux travaillant pour une organisation internationale gouvernementale établie au Canada n'acquièrent pas la citoyenneté canadienne du seul fait de naître sur le territoire canadien.

Au cours des dernières années, certains médias ont fait état de la pratique du tourisme obstétrique et des revendications ont été adressées aux instances gouvernementales demandant qu'on prévienne la venue au Canada de ressortissantes étrangères voyageant dans le seul but d'accoucher au pays pour que leur enfant obtienne la citoyenneté canadienne. À titre d'exemple, une pétition électronique¹⁶ a été présentée en 2016 par une ancienne députée conservatrice de la Colombie-Britannique demandant au gouvernement du Canada d'éliminer complètement la citoyenneté par naissance sans condition au Canada. Le gouvernement fédéral a reconnu le besoin de mieux comprendre l'étendue de cette pratique et a commandé des recherches additionnelles sur le sujet. Ces dernières sont toujours en cours, et aucun résultat n'a encore été dévoilé.

D'après les données de Statistiques Canada, il y aurait eu une hausse du nombre de naissances chez les mères non résidentes au cours de la dernière décennie, mais il est difficile de déterminer combien de ces naissances sont attribuables au tourisme obstétrique¹⁷.

Clientèles non admissibles à la couverture du régime et leurs caractéristiques

Les clientèles qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance maladie offert par le Québec sont les suivantes :

- les détenteurs d'un permis de visiteur, peu importe la durée;
- certains détenteurs d'un permis de travail ouvert¹⁸, peu importe la durée;
- les détenteurs de permis d'études (sauf exception¹⁹), peu importe la durée;
- les personnes présentes au Québec moins de 6 mois, sans égard à leur statut d'immigration;
- les demandeurs d'asile²⁰;
- les personnes sans statut légal au Canada (ex. : statut d'immigration expiré, présence illégale sur le territoire, entrée illégale, traite de personne, attente d'un statut, etc.).

¹⁵ Le droit de sol sans condition est appliqué dans les pays du continent américain hormis Cuba et la Colombie ainsi qu'au Pakistan, Tchad, Tanzanie, Lesotho, Fidji et Tuvalu.

¹⁶ <https://petitions.noscommunes.ca/fr/Petition/Details?Petition=e-397>.

¹⁷ La citoyenneté canadienne : pratiques et politiques, Publication n° 2020-64-F, 14 août 2020.

¹⁸ Un permis de travail ouvert est non spécifique à un employeur au Québec. Aucune obligation de travailler au Québec n'est liée à ce type de permis. Certains détenteurs de permis de travail ouvert sont admissibles au régime offert par la RAMQ en vertu du pouvoir discrétionnaire du ministre de la Santé et des Services sociaux prévu à l'art. 10.1 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit des personnes post-diplôme, des travailleurs en parcours de demande de résidence permanente et des détenteurs de permis de travail ouvert transitoire.

¹⁹ Les étudiants en provenance d'un des pays avec lesquels le Québec a conclu une entente de sécurité sociale sont admissibles au Régime offert par la RAMQ, soit : Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie, Serbie et Suède.

²⁰ Ces personnes sont couvertes par le Programme fédéral de santé intérimaire.

Ainsi, toute personne adulte, dont les femmes enceintes, se trouvant dans l'une ou l'autre de ces catégories n'est pas admissible au régime d'assurance maladie offert par la RAMQ.

À noter que parmi les femmes enceintes qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance maladie du Québec, certaines sont couvertes par d'autres types d'assurance : les étudiantes et les jeunes participantes au Programme Expérience internationale Canada ont l'obligation de détenir une assurance maladie et hospitalisation privée pour toute la durée de leur séjour au Québec en vertu du Règlement sur l'immigration au Québec (RIQ)²¹ et les demandeuses d'asile sont prises en charge par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). De plus, certaines femmes qui occupent un emploi au Québec pourraient avoir accès à une assurance collective offerte par leur employeur ou encore être admissibles à l'assurance collective de leur conjoint. Finalement, elles pourraient détenir une assurance privée comportant une garantie maternité, même si elles n'en ont pas l'obligation.

Les femmes visées par le présent mandat sont celles dont le statut d'immigration ou la durée de présence au Québec ne leur donne pas droit à l'assurance maladie provinciale (RAMQ) ou fédérale (PFSI) et qui ne détiennent pas d'assurance privée. Les caractéristiques de chacune des clientèles non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec sont détaillées à l'annexe 2.

Portrait des femmes enceintes sans couverture santé

Comme ces femmes enceintes migrantes forment un groupe hétérogène, il n'existe à ce jour aucune mesure probante permettant d'établir un portrait fiable de leur situation. Les conditions socioéconomiques et psychosociales des femmes dont le statut migratoire ou la situation économique ne permet pas l'accès à une couverture santé provinciale, fédérale ou privée sont en effet très variables, allant des femmes bien nanties et éduquées, qui peuvent aisément subvenir à tous leurs besoins, jusqu'à celles qui ont connu des conditions de vie difficiles, ont été victimes de violence dans leur pays d'origine ou ont vécu une trajectoire migratoire difficile. De la même façon, si certaines viennent délibérément accoucher en sol québécois et paient en totalité les frais afférents, d'autres sont présentes sur le territoire, avec ou sans statut d'immigration, et vivent dans un contexte de grande vulnérabilité les empêchant de souscrire une assurance privée. La documentation actuellement disponible ne permet pas de quantifier le phénomène ni de dresser un tableau exhaustif à l'échelle provinciale.

Néanmoins, le rapport de l'Otp publié au printemps 2019²² ainsi que le mémoire publié par MdM en mars 2022²³ permettent d'établir une représentation générale des femmes enceintes migrantes de la région de Montréal. Ces écrits rapportent notamment que ces femmes vivraient une situation économique plus difficile que le reste de la population et qu'elles n'auraient souvent aucune couverture médicale.

L'aspect financier constituerait la principale barrière à l'obtention des soins de santé reliés à leur grossesse, ce qui aurait pour conséquence que certaines ont un suivi de grossesse tardif, voire totalement absent. Les données du statut d'immigration de ces femmes sont par ailleurs peu fiables notamment parce qu'elles reposent sur des informations déclarées par ces dernières, et non sur la présentation d'un document d'immigration.

²¹ <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-0.2.1.%20r.%203>.

²² Observatoire des tout-petits (2019), Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de famille migrantes.

²³ Médecins du Monde (2022), Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec – L'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes, peu importe leur statut migratoire.

Malgré tout, il semble prudent d'affirmer qu'environ la moitié de celles-ci détiendraient un statut leur permettant de demeurer sur le territoire. Il importe toutefois de préciser que du fait de la mission respective des deux organismes qui ont produit ces études, qui est de garantir l'accès aux soins de santé des personnes en situation de vulnérabilité (MdM) et de promouvoir l'accès aux conditions qui assurent le développement des tout-petits (Otp), il existe un biais de sélection dans les données rapportées.

Volumétrie

Données en provenance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Dans le cadre de son mandat, le comité interministériel a questionné certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin d'obtenir des informations sur les femmes enceintes migrantes. La grande majorité des établissements interrogés ont affirmé avoir reçu des femmes sans couverture publique pour un accouchement. Les établissements des grands centres urbains dénombrent la majorité des cas (tableau 1), bien que des femmes sans couverture RAMQ accouchent aussi dans les autres régions du Québec. L'analyse qui peut être faite des données reçues demeure toutefois limitée.

En effet, la manière de colliger ces informations est propre à chaque établissement et ne permet donc pas d'établir clairement le portrait de ces femmes. Par ailleurs, les données recueillies permettent de constater que les frais hospitaliers encourus sont majoritairement remboursés par le PFSI ou un assureur privé, ou payés directement par la femme enceinte ou sa famille. Il arrive aussi que l'établissement conclut une entente financière avec la femme ou sa famille afin que soient acquittés en tout ou en partie, sur une période déterminée, les frais encourus. Enfin, dans certains cas, les frais ne sont pas remboursés et sont alors calculés dans les mauvaises créances des établissements. En ce qui concerne les frais pour les services professionnels, les données sont plus difficiles à interpréter. Étant donné qu'ils sont généralement payables directement aux professionnels, il est difficile d'établir si les montants sont effectivement payés et dans quelle mesure. Cela dit, il est raisonnable d'avancer que les sources de paiement mentionnées plus haut puissent être les mêmes. Ce portrait, résolument incomplet, rappelle la nécessité de mieux documenter le phénomène et met en lumière l'importance d'utiliser, voire de développer, des outils standardisés afin de mieux comprendre comment venir en aide à ces femmes.

Tableau 1. Nombre d'accouchements recensés en 2019, 2020 et 2021 de femmes non couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec et sources de paiement²⁴

	CHU de Québec-Université Laval	CIUSSS de l'Estrie-CHUS	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Mtl	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Mtl	CIUSSS du Centre de l'Ouest-de-l'Île-de-Mtl	CIUSSS du Centre Sud-de-l'Île-de-Mtl	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Mtl	CUSM	CHUM	CHU Ste-Justine	CISSS de l'Outaouais	CISSS de la Montérégie-Est	CISSS de la Montérégie-Ouest	CISSS de la Montérégie-Centre	CISSS de Laval	
Nombre d'accouchements recensés pour des femmes non couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec en 2019, 2020 et 2021	418	75	839	2 080	899	ND	624	596	ND	209	116	150	53	140	217	
Nombre de ces femmes qui sont demandeuses d'asile	ND	27	181	555	654	ND	ND	166	ND	129	41	100	15	72	115	
Qui a payé pour les soins ? X majoritairement x autre(s) payeur(s)	La femme ou ses proches	x	x	x	X	x	S.O.	x	x	S.O.	x	x	x	X	X	X
	Assurance privée	X	x	x		x	S.O.	x	X	S.O.	X	x	x	x	x	x
	Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)	x	X	X	x	X	S.O.	X	x	S.O.	x	X	x	x	x	x
	Autre (militaire, milieu carcéral etc.)	x					S.O.	x		S.O.			x	x		x
	Mauvaises créances	x	x	x	x	x	S.O.	x	x	S.O.	x	x	X	x	x	x

Données en provenance de la RAMQ

Afin de pallier le manque de données probantes, la RAMQ a recouru à son propre système d'information. De manière générale, la RAMQ ne détient pas de données concernant les personnes non admissibles aux régimes qu'elle administre. Cependant, au sujet des femmes enceintes, elle reçoit des informations du Directeur de l'état civil pour chaque enfant né au Québec, y compris ceux qui sont nés de mères non admissibles à l'assurance maladie. Ainsi, pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2021, il a pu être établi que 9 917 femmes ayant accouché au Québec étaient non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec au moment de leur accouchement (tableau 2). Par ailleurs, le déclin du nombre de femmes non admissibles au moment de l'accouchement qui s'observe à partir de l'année 2020 pourrait être imputable aux répercussions de la pandémie de COVID-19, comme la fermeture des frontières.

Cette donnée regroupe toutes les femmes sans égard à leur situation, incluant celles n'ayant jamais eu le projet de s'établir au Québec et celles dont la seule intention était de venir accoucher au Québec. Il est également à noter qu'il n'y a aucun moyen de connaître la proportion des femmes et des familles qui ont déboursé pour les soins reçus ni de connaître leur statut migratoire au moment de l'accouchement.

²⁴ Synthèse des données reçues des établissements qui ont été questionnés dans le cadre du mandat; réponses reçues en avril et mai 2022.

Tableau 2. Nombre de femmes non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec au moment de leur accouchement²⁵

Années (1 ^{er} jan. au 31 déc.)	Nbre de femmes non admissibles au moment de l'accouchement
2015	765
2016	707
2017	1 025
2018	1 796
2019	2 283
2020	1 978
2021	1 363
Total	9 917

Bien qu'il puisse paraître raisonnable de penser que certaines d'entre elles aient régularisé leur statut d'immigration au fil des années, il n'est pas possible de suivre précisément l'évolution de leur parcours migratoire ni de savoir si ces femmes sont encore sur le territoire québécois à ce jour. La complexité et les délais des processus d'immigration, par ailleurs exacerbés par la crise sanitaire, constituent sans doute un frein pour celles qui désirent régulariser leur statut.

Par ailleurs, il importe de souligner que des dizaines de milliers d'immigrants seraient sur le territoire canadien même si leur demande de statut au Canada a été refusée. Ces personnes sont donc sans statut légal au Canada. Selon l'enquête²⁶ menée en 2018-2019 par le Vérificateur général du Canada sur le renvoi d'immigrants refusés, environ 50 000 mesures de renvoi exécutoires s'étaient accumulées dans le registre de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), ce qui a empêché l'expulsion de ces personnes. L'enquête ne précise pas combien d'entre elles se trouvent au Québec.

Malgré les recherches et les consultations effectuées, aucune donnée probante n'a pu être obtenue concernant le nombre de femmes enceintes présentes au Québec et sans couverture santé pouvant se trouver parmi l'une ou l'autre des clientèles non admissibles mentionnées précédemment. Il y a également peu d'informations disponibles sur leur situation socioéconomique, la raison de leur présence au Québec et leur intention d'y demeurer ou non à long terme. L'état de santé d'une personne, en l'occurrence la grossesse, n'est pas une donnée comptabilisée par les autorités fédérales et provinciales de l'immigration.

²⁵ Données extraites du Fichier d'inscription des personnes assurées de la RAMQ en date du 4 mai 2022.

²⁶ https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202007_01_f_43572.html

Données issues des demandes de dérogation auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux

En vertu de l'article 10.1 de la LMSSS, le ministre a le pouvoir, malgré toute disposition législative ou réglementaire, de permettre à une personne qui n'est pas admissible au régime d'assurance maladie du Québec, de bénéficier, aux conditions qu'il détermine, de la totalité ou d'une partie des services de santé prévus dans cette loi. Cette mesure, qui constitue une demande de dérogation, concerne des demandes exceptionnelles faisant état de situation humanitaire.

Certaines demandes de dérogation reçues concernent des femmes enceintes. L'analyse des dossiers permet de constater qu'il s'agit de femmes provenant de partout dans le monde et aux statuts migratoires variés. Il en ressort qu'une proportion importante de femmes enceintes sont détentrices de permis de travail ouvert (avec ou sans emploi). Ces femmes accompagnent leur conjoint venu étudier ou travailler au Québec ou elles rejoignent leur conjoint citoyen canadien vivant au Québec. Dans certains cas, il s'agit de femmes seules. Pour la plupart d'entre elles, la demande de dérogation ne fait pas mention de complications liées à leur grossesse.

Les demandes de dérogation relatent des situations différentes les unes des autres. Les délais d'obtention de document d'immigration et les changements de statut migratoire sont souvent cités comme des facteurs ayant mené les personnes à demander une dérogation. En changeant de statut migratoire, il arrive que la femme enceinte ne réponde plus aux critères la rendant admissible à la couverture offerte par la RAMQ. Une très faible proportion de femmes mentionnent détenir une assurance privée, mais découvrent, une fois qu'elles sont enceintes, que la couverture des frais de maternité et d'accouchement n'est pas incluse.

Les coûts associés au suivi obstétrique sont également mentionnés comme une des raisons ayant mené à une demande de dérogation. Certaines personnes ont déjà payé certains coûts et, au vu des montants s'accumulant, décident de demander une dérogation. D'ailleurs, certaines femmes enceintes réclament un remboursement de leur facture après l'accouchement, alors que d'autres demandent un accès au régime d'assurance maladie du Québec avant d'accoucher.

Coûts des services liés à la grossesse

En moyenne, au Québec, un suivi de grossesse comporte une douzaine de visites prénatales. Le nombre de visites peut néanmoins varier; des consultations plus rapprochées pouvant être nécessaires en fonction des problèmes de santé vécus par la femme enceinte. Le suivi de grossesse peut être effectué par une sage-femme, un médecin omnipraticien ou un médecin spécialiste. Les coûts fluctuent donc selon le niveau de complexité de la grossesse, le professionnel qui prodigue les soins et, ultimement, le lieu d'accouchement. Le tableau 3 donne une approximation des coûts des services liés à la grossesse.

Tableau 3. Coûts moyens des soins de grossesse et de l'accouchement

		Coûts	Total†
Parcours centre hospitalier	Suivi de grossesse Md omnipraticien*	641 \$ [†]	3 446 \$ - 5 241 \$ [†]
	Suivi de grossesse Md spécialiste*	489 \$ [†]	
	Accouchement par voie naturelle (services professionnels)	468 \$ - 1 731 \$ [†] (coût moyen 953 \$ [†])	
	Accouchement pas césarienne (services professionnels)	507 \$ - 1 751 \$ [†] (coût moyen 955 \$ [†])	
	Péridurale (services professionnels)	360 \$ [†]	
	Frais hospitaliers moyens	2 489 \$	
Surcharge 200 %	Frais hospitaliers moyens	2 489 \$ + 200 %	7 467 \$
Parcours / maison de naissance ^{††}	Suivi de grossesse sage-femme*	812 \$	3 156 \$
	Accouchement	2 344 \$	

* Le calcul repose sur l'hypothèse d'un suivi optimal de 12 visites prénatales.

† Les coûts indiqués sont une estimation réalisée à partir des codes d'acte facturables pour ces services selon les différents modulateurs inscrits aux différentes ententes des médecins.

†† Le parcours complet en maison de naissance pourrait être assujéti à la surcharge de 200 %. Étant donné qu'une minorité de femmes choisit ce type de parcours et qu'il est impossible d'en savoir le nombre, c'est la donnée des centres hospitaliers qui a servi à estimer les conséquences financières potentielles des solutions.

Ce tableau ne reflète en aucun cas les situations où les conditions de santé de la femme enceinte nécessitent un suivi médical plus serré, voire une hospitalisation, et ne tient pas compte des soins concernant le post-partum et du coût des médicaments.

Surcharge de 200 %

La circulaire ministérielle 2014-029 intitulée « Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau » vise les ressortissants étrangers, les Canadiens considérés non résidents au sens de la LAM ainsi que les citoyens canadiens résidents d'une autre province ou territoire qui ne peuvent démontrer qu'ils sont assurés par le régime de cette province ou territoire.

La surcharge est également applicable aux personnes en délai de carence. Ainsi, toute personne non admissible au régime d'assurance maladie provincial (RAMQ) ou fédéral (PFSI) requérant des soins de santé dans un établissement public de santé et de services sociaux ou dans un établissement privé conventionné exploitant une mission en centre hospitalier se voit imposer une surcharge de 200 %²⁷ sur le coût des services décrits à l'annexe 1 de la circulaire 2017-021 (03.01.42.19).

²⁷ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2017-2018/2017-2018-1050-Document.pdf.

Cette majoration ne s'applique pas aux coûts des médicaments et des fournitures médicales et ne s'applique pas non plus aux services professionnels lorsque le médecin est rémunéré à l'acte. Les professionnels rémunérés à l'acte sont tenus de facturer selon les montants prévus à leurs ententes respectives pour les personnes assurées au régime public seulement.

Mesures de soutien destinées aux femmes enceintes sans couverture santé

Au Québec, aucun programme ne couvre les frais d'accouchement des femmes ne disposant pas d'une couverture santé.

Toutefois, certains organismes comme La Maison Bleue et MdM ont pour mission de réduire les inégalités sociales en aidant les femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Dans certains quartiers de Montréal, La Maison Bleue offre des services d'évaluation et de suivi psychosocial ainsi que des services psychoéducatifs pour les enfants de 0 à 5 ans. Cet organisme offre également des services médicaux gratuits liés en suivi de grossesse et en suivi postnatal aux femmes qui n'ont pas accès au régime d'assurance maladie de la RAMQ ou u PFSI. De même, des montants sont consentis pour les tests diagnostiques (tests sanguins, échographies).

MdM, pour sa part, offre des soins de médecine générale à sa clinique de Montréal destinés exclusivement aux personnes migrantes à statut précaire qui ne sont pas couvertes par un régime public (fédéral ou provincial) d'assurance maladie ou par une assurance privée et qui n'ont pas les moyens de payer les soins dont elles ont besoin. La clinique est ouverte deux à trois journées par semaine pour des consultations confidentielles et gratuites. L'une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes ou venant d'accoucher et à leurs enfants.

En avril 2022, la Fondation Olo, qui œuvre auprès de familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, a invité ses membres²⁸ qui mettent en œuvre l'intervention Olo sur le terrain à remettre à la clientèle sans couverture RAMQ ou PFSI des coupons échangeables dans les épiceries, dépanneurs et pharmacies du Québec contre des œufs, du lait et des légumes surgelés ainsi que des vitamines prénatales. Par cette invitation, la Fondation encourage ses membres à soutenir ces femmes enceintes et ces familles, et ce, peu importe le contexte dans lequel les coupons sont remis.

Comparatif – Autres gouvernements canadiens

Un sondage mené auprès des gouvernements provinciaux canadiens a démontré que, tout comme le Québec, les autres provinces et territoires n'octroient pas de couverture d'assurance maladie basée sur l'état de santé, notamment le fait d'être enceinte. Pour bénéficier des services offerts par le régime provincial ou territorial, les femmes enceintes doivent répondre aux conditions basées sur le statut et sur la présence ou le domicile prévues au cadre législatif de la province ou du territoire où elles résident.

²⁸ 14 CISSS, 9 CIUSSS, 2 organismes communautaires et 2 communautés des Premières nations.

Dans plusieurs provinces et territoires, les étudiantes et les détentrices de permis de travail ouvert sont admissibles au régime d'assurance maladie. Cependant, la plupart exigent que les étudiantes aient un permis d'études d'une durée de 12 mois et que les travailleuses soient en mesure de démontrer qu'elles occupent un emploi de plus de 6 mois dans la province où elles demeurent. Un tableau résumant les pratiques des provinces et territoires canadiens est présenté à l'annexe 3.

On a également vérifié dans ce sondage la présence de programmes gouvernementaux, communautaires ou autres destinés aux femmes enceintes non admissibles au régime d'assurance maladie qui permettraient de leur offrir gratuitement certains services liés à la grossesse et à l'accouchement. À l'exception de l'Ontario, tous ont confirmé qu'à leur connaissance, il n'existe pas de tels programmes dans leur province ou territoire respectif.

En Ontario, des services sont offerts par des sages-femmes aux femmes enceintes résidentes sans assurance maladie provinciale, peu importe leur statut migratoire. Les sages-femmes prennent en charge gratuitement les services médicaux et prescrivent tous les tests nécessaires à une grossesse saine et normale. Le gouvernement de l'Ontario finance les tests de laboratoire et les tests diagnostiques ainsi que les frais associés aux services professionnels dispensés par un médecin dans les cas où la patiente doit être transférée vers un centre hospitalier en raison d'une condition particulière, y compris le coût d'une césarienne et d'une anesthésie. Les frais d'hospitalisation, le cas échéant, doivent être payés par la patiente.

Comparatif – Autres pays

Le MSSS et le MRIF ont effectué des recherches sur les types de couverture santé offerts dans divers pays, dont la France, l'Allemagne, la Belgique, la Suisse, le Royaume-Uni, la Suède, la Finlande et l'Australie.

En résumé, ces pays offrent tous une assurance maladie publique, privée ou mixte à leurs citoyens ainsi qu'aux travailleurs et étudiants étrangers, aux demandeurs d'asile et dans certains cas et à certaines conditions, aux personnes sans statut d'immigration légal. Comme le Canada, la plupart de ces pays accordent un accès gratuit aux services en tenant compte des notions de résidence, de présence, de nationalité et de statut migratoire. Le tableau de l'annexe 4 détaille les types de régimes offerts et les conditions applicables selon les clientèles ainsi qu'une description générale des services offerts dans chaque pays. On y trouve aussi des précisions en ce qui a trait aux services périnataux ou obstétriques lorsque cela s'applique.

La couverture offerte aux personnes sans statut légal varie grandement selon le pays. Tandis que certains permettent l'accès aux soins de santé gratuitement à certaines conditions, d'autres obligent les sans-papiers à contracter une assurance maladie aux mêmes conditions que les citoyens du pays, exigent des frais minimums par visite ou leur refusent l'accès au régime d'assurance maladie.

Finalement, contrairement à ce qui se passe au Canada, les citoyennetés française, belge, finlandaise, britannique, suisse et suédoise ne sont pas octroyées automatiquement à l'enfant qui vient de naître sur le territoire. Les enfants nés en Australie sont automatiquement citoyens si au moins un parent est un citoyen australien ou un résident permanent au moment de la naissance de l'enfant. Si aucun des parents ne l'est, l'enfant est appelé résident temporaire et détiendra le même statut de résident temporaire que ses parents. Les enfants nés en territoire allemand de parents non-citoyens obtiennent automatiquement la citoyenneté allemande si l'un des deux parents est résident permanent et réside depuis au moins 8 ans en Allemagne.

Autres ministères et organismes gouvernementaux

On a spécifiquement interrogé les membres du comité interministériel sur les quatre points suivants afin de déterminer les conséquences de la problématique des femmes enceintes sans assurance maladie sur leur ministère ou organisme respectif :

1) Problématiques recensées en lien avec le statut migratoire des femmes enceintes par rapport à l'accès aux programmes et services de leur MO

Les problèmes recensés par certains MO visent spécifiquement les demandeurs d'asile qui, rappelons-le, sont admissibles au PFSI et donc exclus de la portée du présent mandat.

2) Règles d'admissibilité qui sont liées au statut d'immigration, à la présence au Québec ou aux concepts de domicile ou de résidence

À l'exception du Secrétariat à la condition féminine (SCF), qui finance des projets dans le cadre desquels des services peuvent être offerts à toutes les femmes sans égard à leur statut migratoire, tous les MO confirment que, comme pour la RAMQ, l'admissibilité à leurs programmes respectifs dépend du statut d'immigration, de la présence au Québec ou du fait d'y être domicilié.

Le SCF précise qu'en ce qui a trait aux maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les femmes migrantes sans statut sont admissibles aux maisons de première étape (hébergement d'urgence). Au printemps 2021 a été annoncée la possible création de 100 unités²⁹ pour l'accès des victimes de violence conjugale à un logement, notamment les femmes migrantes sans statut.

3) Disponibilité de données concernant le statut migratoire des femmes enceintes qui bénéficient des services offerts par leur MO

Aucun MO ne détient de données sur le statut migratoire des femmes enceintes qui bénéficient de ses services respectifs. Le MIFI précise que les données recueillies dans le cadre de ses programmes permettent de connaître le sexe et le statut migratoire des personnes. Cependant, il ne dispose pas de données permettant d'isoler le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de services.

4) Demandes de dérogation ou plaintes en provenance d'un hôpital, d'un organisme communautaire, d'un particulier, d'un député ou autre au sujet de femmes enceintes qui ne pouvaient bénéficier de leurs services en raison de leur statut d'immigration

À l'exception du MSSS, aucun MO n'a reçu de demandes de dérogation ou de plaintes concernant des femmes enceintes ne pouvant bénéficier de leurs services en raison de leur statut migratoire. Le SCF précise toutefois que les groupes de femmes rapportent à l'occasion des enjeux quant à l'accès aux services médicaux, notamment pour les femmes enceintes qui ne sont pas couvertes par la RAMQ. Il ajoute que, contrairement aux autres « conditions de santé », la grossesse relève en théorie d'une responsabilité partagée entre le père et la mère, mais affecte uniquement la santé des femmes. Or, l'accès à la contraception peut être moindre pour les femmes migrantes, notamment pour des raisons culturelles, familiales, religieuses ou autres. Ces femmes se retrouvent donc devant une absence de choix et, par la suite, une absence de soins.

²⁹ [À travers le Programme de supplément au loyer d'urgence \(PSL U\) de la SHQ.](#)

Il précise que parmi les avantages à offrir des suivis de grossesse aux femmes migrantes, il y a le fait qu'il s'agit d'une occasion de déceler des situations de violence conjugale et d'offrir l'aide appropriée, le cas échéant. Enfin, lorsque des solutions seront mises en place, le SCF réitère l'importance de s'assurer que les femmes pourront avoir accès aux soins de santé et au suivi prénatal en toute sécurité, sans crainte que leur statut migratoire irrégulier ne soit dénoncé aux autorités.

Comme il est mentionné dans une section précédente, le MSSS reçoit des demandes de dérogation relatives à l'admissibilité au Régime de la RAMQ pour des accouchements et des soins de grossesse.

PRÉSENTATION DES SOLUTIONS ENVISAGEABLES

Bien que les données recueillies dans le cadre des travaux ne permettent pas de brosser un portrait exact de la situation des femmes enceintes présentes au Québec sans couverture santé quant à :

- leur nombre;
- leur statut d'immigration et marital;
- leur niveau de précarité socioéconomique;
- les raisons de leur vulnérabilité (combien d'entre elles sont au Québec par choix? Combien d'entre elles ne sont pas en mesure d'assumer ce choix et pourquoi?);

et que ce manque de données constitue un enjeu en ce qui a trait à l'élaboration de critères pour encadrer l'accès aux soins de santé de ces femmes, l'analyse de la situation permet néanmoins de proposer des solutions.

En raison des principes généraux de l'assurance, des assises légales du régime public de santé québécois, des risques pour la pérennité du régime d'assurance maladie du Québec et d'enjeux d'équité par rapport à d'autres clientèles, il n'est pas proposé de modifier le cadre légal actuel pour y inclure le critère de l'état de santé d'une personne, en l'occurrence la grossesse. À l'exception du statu quo, il est attendu que toutes les solutions présentées seraient administrées par le MSSS et financées à même son budget. Aucune carte d'assurance maladie ne serait délivrée aux femmes admissibles à d'éventuels services médicaux liés à la grossesse. De plus, les services professionnels et les médicaments en lien avec les services découlant de l'une ou l'autre des solutions proposées ne seraient pas payés par la RAMQ.

Outre le statu quo, toutes les solutions proposées visent uniquement les femmes enceintes qui répondent aux conditions suivantes :

- ne pas avoir accès à un régime d'assurance maladie provincial, fédéral ou privé;
- être en mesure de démontrer leur intention de demeurer au Québec plus de 6 mois.

La mesure de contrôle proposée voulant que la femme enceinte soit en mesure de démontrer son intention de demeurer au Québec plus de 6 mois est calquée sur celle actuellement prévue au RAIP. Il pourrait être avisé de prévoir un moyen de contrôle plus strict dans le but de limiter davantage le phénomène du tourisme obstétrique et médical et ainsi éviter de payer des soins médicaux aux femmes enceintes sans assurance maladie qui viendraient au Québec uniquement dans le but d'accoucher.

Par ailleurs, les solutions proposées, qui offrent des services basés sur une condition particulière de santé, comme la grossesse, doivent comporter des limites rigoureuses, tant au niveau de la nature des services que de la durée de la couverture nécessaire pour améliorer cette condition. Ainsi, on a pris en compte les trois grandes phases de la grossesse, soit le suivi de grossesse prénatal, l'accouchement et le post-partum, pour déterminer la période de couverture prévue pour chaque solution, qui devrait s'échelonner du début de la grossesse jusqu'à 6 semaines³⁰ après l'accouchement.

Hormis la première (statu quo), toutes les solutions sont circonscrites aux soins et services obstétricaux et aux médicaments afférents. Ainsi, la couverture de tout autre service qui serait requis pendant la grossesse, sans toutefois y être lié, est exclue (ex. : les soins pour traiter la fracture du bras d'une femme enceinte ne seraient pas couverts).

Solution 1 : Maintenir le statu quo

Tous les services médicaux et les médicaments liés à la grossesse, à l'accouchement et aux soins post-partum demeurent non couverts pour les femmes enceintes non admissibles au régime de la RAMQ, au PFSI ou sans assurance privée.

Volumétrie annuelle estimée	S. O.
Conséquences financières annuelles potentielles	S. O.
Répercussions sur les autres MO	Aucune
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Respecte l'approche de couverture non fondée sur la condition de santé. • Limite le tourisme obstétrique.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Ne répond pas aux revendications des groupes d'intérêt. • Maintient les disparités de couverture actuelles.
Risques	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de maintenir la pression (médiatique et autre) pour faire évoluer ce dossier. • Maintient le risque de compromettre la santé des femmes en situation de vulnérabilité et de leur nouveau-né, pour lequel les frais sont alors assumés par le régime public et sont susceptibles d'être plus élevés en raison du manque de suivi pendant la grossesse. • Ne règle pas le problème des frais d'obstétrique impayés.

Solution 2 : Éliminer la surcharge de 200 % pour les services entourant le suivi de grossesse, l'accouchement et les soins post-partum

Cette solution n'offre pas la gratuité des services médicaux ni des médicaments. La femme enceinte sans couverture santé doit payer les services reçus, mais aucune surcharge n'est pas appliquée.

³⁰ Durée du post-partum, telle que définie dans la pratique médicale : <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/post-partum/pr%C3%A9sentation-du-post-partum>.

Cette solution vise toutes les femmes qui répondent aux conditions prévues énumérées précédemment, sans égard à leur niveau de vulnérabilité.

Volumétrie annuelle estimée*	2 019 femmes
Conséquences financières annuelles potentielles**	10 M\$
Répercussions sur les autres MO	Aucune
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Allège le fardeau financier des femmes. Comprend une contribution financière au système de santé.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Pourrait mener à des revendications de clientèles non admissibles nécessitant des soins pour une condition de santé autre que la grossesse.
Risques	<ul style="list-style-type: none"> Ne règle pas le problème des femmes les plus vulnérables qui évitent de consulter durant la grossesse, se présentent à l'urgence à la dernière minute pour accoucher et sont dans l'incapacité de payer les services reçus.

* Estimation faite à partir des données de la RAMQ, soit le nombre de femmes non admissibles au moment de leur accouchement pour les années 2018 à 2020. L'année 2021 a été exclue en raison de la situation pandémique.

** Le montant constitue un manque à gagner basé sur la prémisse que les 2 019 femmes paieraient la totalité de la facture.

Les coûts projetés n'incluent pas : les coûts excédentaires entraînés par les grossesses complexes (ex. hospitalisation en cours de grossesse), les coûts des médicaments et les coûts des soins post-partum.

Solution 3 : Permettre aux femmes enceintes sans couverture santé qui respectent les critères d'admissibilité aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) :

- de bénéficier des SIPPE du début de la grossesse jusqu'à 6 semaines suivant l'accouchement;
- de bénéficier du suivi Olo;
- de bénéficier gratuitement des services médicaux et des médicaments liés au suivi obstétrique et aux soins post-partum.

Reposant sur des critères d'admissibilité déjà établis des SIPPE (pauvreté, sous-scolarisation ou isolement social), cette solution permet de cibler les femmes les plus vulnérables, d'alléger le fardeau financier de leur grossesse et de leur offrir un accompagnement visant à améliorer leur santé et leurs conditions de vie, du début de la grossesse jusqu'à 6 semaines suivant l'accouchement.

Deux options sont proposées pour cette solution :

Option A

- Offrir gratuitement les suivis de grossesse et les soins post-partum ainsi que les médicaments qui s'y rattachent.
- Alléger la charge financière de l'accouchement et de toute visite³¹ ou hospitalisation d'urgence en lien avec la grossesse en éliminant la surcharge de 200 % (ces services ne sont pas gratuits).

³¹ Aux consultations externes, aux services de planification familiale, aux unités de médecine familiale, aux services de santé courants (CLSC).

Option B

- Offrir gratuitement tout service lié au suivi de grossesse, à l'accouchement et aux soins post-partum ainsi que les médicaments qui s'y rattachent.

Les coûts des SIPPE et du suivi Olo ne sont pas inclus dans les prévisions budgétaires. Des rehaussements financiers seront nécessaires dans certaines régions où la population immigrante est davantage présente. À titre indicatif, le coût du suivi Olo est estimé à 550 \$ par femme enceinte, pour toute la période prénatale. Le coût du suivi SIPPE est estimé à 3000 \$ par femme, de la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans. Les coûts de l'ensemble des services découlant de cette solution seraient financés à même le budget du programme.

Il n'est pas possible de connaître à ce moment-ci la proportion des femmes sans couverture médicale qui seraient admissibles au programme SIPPE, selon le critère principal de pauvreté. Il a donc été décidé de calculer les coûts selon le nombre maximal de femmes qui pourraient y être admises. Il est attendu que ce nombre serait revu à la baisse, une fois les critères d'éligibilité au programme SIPPE appliqués.

Volumétrie annuelle estimée [†]	2 019 femmes
Conséquences financières annuelles potentielles ^{††}	10,1 M\$ - 11,3 M\$ (option A) 16,4 M\$ - 20,6 M\$ (option B)
Répercussions sur les autres MO	Aucune
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Utilise des critères d'admissibilité existants et la structure des SIPPE pour circonscrire la clientèle visée (A et B).• Répond aux revendications des groupes d'intérêt (A partiellement et B).• Offre l'équité dans l'accessibilité aux soins et services exclusivement pour les femmes enceintes vulnérables (B seulement).• Comprend une contribution financière au système de santé (A seulement).• Permet de fournir des soins préventifs adaptés aux besoins des femmes en situation de vulnérabilité pendant des périodes clefs du développement de leur enfant (A partiellement et B).
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">• Se situe en porte-à-faux par rapport aux règles de l'immigration canadienne quant à la couverture de femmes sans statut légal au Canada (A et B).• Ne comprend aucune contribution financière au système de santé (B seulement).
Risques	<ul style="list-style-type: none">• Pourrait mener à des revendications de clientèles non admissibles nécessitant des soins pour une condition de santé autre que la grossesse (A et B).• Ne règle pas le problème des femmes qui se présentent à l'urgence à la dernière minute pour accoucher et sont dans l'incapacité de payer les services (A).• Augmente l'attrait du Québec pour le tourisme obstétrique et médical (A et B).

* Estimation faite à partir des données de la RAMQ, soit le nombre de femmes non admissibles au moment de leur accouchement pour les années 2018 à 2020. L'année 2021 a été exclue en raison de la situation pandémique.

** Les coûts projetés n'incluent pas : les coûts excédentaires relatifs aux grossesses complexes (ex. : hospitalisation en cours de grossesse), les coûts des médicaments, les coûts des soins post-partum, les coûts du programme SIPPE et les coûts du suivi Olo. Les coûts ont été projetés en fonction de l'estimation de la volumétrie. La projection comprend les conséquences financières du retrait de la surcharge de 200 %. Aucune analyse n'a été effectuée sur les potentielles conséquences en matière de prise en charge par le RSSS, qui est par ailleurs en contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Solution 4 : Offrir la gratuité des services médicaux et des médicaments requis pour la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum par l'entremise d'une circulaire ministérielle

Basée sur les exemptions déjà prévues à la circulaire ministérielle 2014-030 intitulée « Couverture de certains services de santé durant le délai de carence qui précède l'obtention de la carte d'assurance maladie » destinée aux personnes non admissibles durant le délai de carence (excluant l'interruption de grossesse), cette solution ne limite pas la couverture aux femmes en cours de délai de carence. Elle permet de couvrir toutes les femmes qui respectent les conditions énumérées précédemment, sans égard à leur niveau de vulnérabilité.

En vertu des différentes analyses effectuées, le Québec serait le seul gouvernement à offrir la gratuité des services médicaux et des médicaments requis pour la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum à toutes les femmes sans assurance maladie publique ou privée, et ce, sans égard à leur situation migratoire et socioéconomique.

Volumétrie annuelle estimée*	2 019 femmes
Conséquences financières annuelles potentielles**	16,4 M\$ - 20,6 M\$
Répercussions sur les autres MO	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Se base sur une circulaire existante (2014-030 - Couverture de certains services de santé durant le délai de carence qui précède l'obtention de la carte d'assurance maladie). • Répond aux revendications des groupes d'intérêt. • Repose sur le fonctionnement connu du réseau de la santé et des services sociaux. • Offre l'équité dans l'accessibilité aux soins et services exclusivement pour les femmes enceintes.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Ne comprend aucune contribution financière au système de santé. • Se situe en porte-à-faux par rapport aux règles de l'immigration canadienne quant à la couverture de femmes sans statut légal au Canada.
Risques	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait mener à des revendications de clientèles non admissibles nécessitant des soins pour une condition de santé autre que la grossesse. • Augmente l'attrait du Québec pour le tourisme médical.

* Estimation faite à partir des données de la RAMQ, soit le nombre de femmes non admissibles au moment de leur accouchement pour les années 2018 à 2020. L'année 2021 a été exclue en raison de la situation pandémique.

** Les coûts projetés n'incluent pas : les coûts excédentaires relatifs aux grossesses complexes (ex. : hospitalisation en cours de grossesse), les coûts des médicaments et les coûts relatifs aux soins post-partum. La projection comprend les conséquences financières du retrait de la surcharge de 200 %.

Répercussions sur les autres MO

Hormis le MSSS, l'ensemble des MO confirment que les solutions proposées n'ont pas de répercussion sur leurs clientèles, leurs programmes ou les différentes mesures en place. Cependant, quelques commentaires ont été émis par certains.

Le MTESS mentionne pour sa part que pour être admissible à une aide financière, tout adulte doit résider au Québec, au sens du règlement et dans les cas et conditions qui y sont prévus, et être, selon le cas :

1. un citoyen canadien au sens de la Loi sur la citoyenneté (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-29);
2. un Indien inscrit à ce titre aux termes de la Loi sur les Indiens (Lois révisées du Canada (1985), chapitre I-5);
3. un résident permanent au sens de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (Lois du Canada, 2001, chapitre 27);
4. une personne à qui l'asile est conféré au Canada par l'autorité canadienne compétente, conformément à la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés.

Quelle que soit la solution retenue, celle-ci ne rendra admissibles ces femmes à aucun programme d'aide financière sous la responsabilité du MTESS.

Finalement, la SAAQ souligne que bien que les solutions proposées n'aient pas d'incidence directe sur la couverture d'assurance automobile du Québec, si les soins de santé engagés par la personne accidentée de la route sont couverts par le MSSS, la Société rembourserait ces soins selon des ententes conclues avec le MSSS. Sinon, la facturation transmise à la personne accidentée de la route serait remboursée par la Société, et ce, directement à la personne accidentée. La Société a donc besoin de connaître les solutions qui seront retenues afin de bien traiter le paiement des soins qui seraient engagés par ces femmes enceintes à la suite d'un accident de la route, car il faudrait peut-être procéder à des ajustements aux ententes conclues avec le MSSS pour tenir compte des nouveaux soins couverts.

CONCLUSION

Ce rapport donne suite à l'analyse du groupe de travail interministériel chargé d'explorer les avenues envisageables pour améliorer l'accessibilité à des soins de santé aux femmes enceintes qui n'ont pas accès à une couverture santé publique ou privée.

Malgré le manque de données permettant de brosser un portrait exhaustif de la situation de ces femmes, les recherches et les analyses du groupe de travail, combinées aux recommandations des groupes d'intérêt et d'intervenants dans le domaine, ont permis de rassembler suffisamment d'éléments pour répondre au mandat et poser un regard lucide sur la situation de ces femmes.

Par ailleurs, il s'avère qu'au-delà des variables qui ont été considérées dans le cadre de cette analyse, notamment le cadre légal actuel, qui ne prévoit pas d'accorder des droits en fonction de l'état de santé, les réalités et les enjeux inhérents au système de la santé et la nécessité de prévenir les abus pour maintenir une saine gestion du régime d'assurance maladie du Québec, il importe que les solutions envisagées pour améliorer les problèmes d'accessibilité aux soins de santé de certaines femmes enceintes présentes au Québec tiennent également compte des principes d'équité, d'humanité et de dignité. De fait, le groupe de travail a dû concilier les contraintes administratives et légales, la pérennité du régime, les besoins de ces femmes et les enjeux éthiques découlant des valeurs de la société québécoise. Le comité a donc conçu ses solutions proposées en prenant soin de trouver un juste équilibre entre toutes ces variables, toutes aussi importantes les unes que les autres.

En somme, à l'exception du statu quo, l'application de n'importe laquelle des solutions proposées répondrait aux revendications des groupes d'intérêts et aux besoins de ces femmes. Par ailleurs, l'introduction de l'une de ces solutions dans le système de santé québécois, combinée aux dispositions de la loi sur les enfants de parents à statut migratoire précaire entrée en vigueur en septembre 2021 (projet de loi n° 83), ferait en sorte que le Québec serait l'administration canadienne la plus généreuse, avec les risques administratifs et financiers que comporte un tel positionnement. Conséquemment, l'attrait de venir accoucher au Québec en bénéficiant de services obstétricaux gratuits ou partiellement gratuits, combinée à l'octroi à l'enfant qui naît au Québec de la citoyenneté ainsi que de l'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec, pourrait être augmenté, notamment chez nos voisins directs des États-Unis.

Si le gouvernement du Québec exprime la volonté d'aller de l'avant avec l'une de ces solutions, il sera d'abord nécessaire que soit effectuée une évaluation de sa faisabilité, laquelle n'a pas été réalisée dans le cadre du présent mandat.

ANNEXE 1 : Ministères et organismes consultés

MO et partenaires ciblés	Renseignements demandés
<p>MIFI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direction des politiques et programmes d'intégration • Direction de la recherche, de la statistique et de la veille • Direction des politiques d'immigration temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'étudiantes et de travailleuses temporaires qui, au terme de leurs permis d'immigration, demandent la résidence permanente. • Provenance de ces femmes. • Délai entre la délivrance du Certificat d'acceptation du Québec émis aux clientèles visées et du Certificat de sélection du Québec émis à ces mêmes clientèles qui désirent s'établir au Québec. • Clientèles visées par l'obligation de souscrire une assurance maladie et hospitalisation pour toute la durée du séjour temporaire.
<p>Ministère de l'Enseignement supérieur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences à l'égard des étudiants en matière d'inscription à une assurance maladie et hospitalisation privée.
<p>MRIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direction des affaires juridiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligations de donner accès à des soins de santé gratuits aux femmes enceintes sans assurance découlant des engagements internationaux du Québec en matière de santé.
<p>MSSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés ethnoculturelles • Direction santé mère-enfant • Direction de l'éthique et de la qualité • Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale • Direction générale de la planification stratégique et de la performance 	<ul style="list-style-type: none"> • Enjeux éthiques liés à une offre de services basée sur l'état de santé (grossesse). • Programme de Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE). • Programme de la Fondation Olo. • Nombre de femmes sans couverture RAMQ ayant accouché au Québec depuis 2012. • Analyse des demandes de dérogation ministérielles faites par des femmes enceintes.
<p>Pour chacun de ces organismes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins du Monde • Observatoire des tout-petits • Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux • Direction du suivi financier des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Montréal, Laval, Montérégie, Sherbrooke, Québec et Outaouais) • Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes sans assurance maladie au Québec par année. • Nombre de femmes sans assurance et dans l'incapacité de payer pour tout service lié à leur grossesse et à leur accouchement (justificatif demandé si possible). • Nombre de femmes couvertes par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). • Statut migratoire et situation conjugale de ces femmes au moment de leur grossesse et de leur accouchement. • Source du paiement des suivis de grossesse et de l'accouchement (femme enceinte, conjoint, assurance privée, organisme communautaire, budget spécial de l'établissement, intégration aux pertes de l'établissement, etc.). • Données sur le tourisme obstétrique.

MO et partenaires ciblés	Renseignements demandés
<ul style="list-style-type: none"> • Institut universitaire SHERPA du CIUSSS-du-Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal • Table de périnatalité de Montréal • Direction régionale de santé publique de Montréal • Santé Canada • Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada (IRCC) 	
Autres gouvernement canadiens	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage sur la couverture offerte aux femmes enceintes par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial. • Sondage sur les programmes offerts aux femmes enceintes en marge du régime d'assurance maladie provincial ou territorial.
Autres pays ³² : France, Allemagne, Belgique, Suède, Suisse, Finlande, Royaume-Uni, Australie	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture (et type de couverture) offerte aux femmes enceintes non admissibles à une assurance maladie dans le pays ciblé.
Desjardins Assurance Croix bleue	<ul style="list-style-type: none"> • Type d'assurance offerte aux étudiantes et garanties incluses.

³² Aucune consultation auprès de ces pays. Les modèles de couverture offerte aux femmes enceintes sans assurance maladie ont été étudiés par la Direction des affaires intergouvernementales et internationales du MSSS avec la collaboration du MRIF.

ANNEXE 2 : Clientèles inadmissibles

CLIENTÈLE	CARACTÉRISTIQUES	OBLIGATION DE DÉTENIR UNE ASSURANCE PRIVÉE (en vertu du RIQ)
Touriste	<ul style="list-style-type: none"> • Clientèle de passage. • Pas autorisée à être sur le territoire + de 6 mois. • Ne vit pas habituellement au Québec. 	Non
Détentrice d'un permis d'études (hors entente de sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none"> • Le permis d'études est propre à un établissement d'enseignement au Québec reconnu par le ministère de l'Éducation. • Assurance collective maladie et hospitalisation offerte à tous les étudiants étrangers : <ul style="list-style-type: none"> ○ Adhésion automatique lors de l'inscription à la session scolaire (doit démontrer être déjà couvert autrement pour pouvoir se désister); ○ Coût avantageux (assurance groupe offerte par Desjardins Assurances ou Croix Bleue); ○ Garantie maternité incluse dans le plan de base. • La section Étudiants internationaux du site internet des cégeps et des universités est en général très bien documentée quant à l'obligation de détenir une assurance privée. 	Oui
Détentrice d'un permis de travail ouvert	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune obligation de travailler liée à ce type de permis. • Peut travailler partout au Canada. • De plus en plus de détentrices de permis de travail³³ ouvert sont admissibles au régime offert par la RAMQ (par dérogation ministérielle). • Celles qui ne sont pas admissibles au régime offert par la RAMQ et qui se présentent à la Clinique de MdM sont pour la plupart : <ul style="list-style-type: none"> ○ sans travail; ○ parrainées par un conjoint. • Condition liée au parrainage : le conjoint qui parraine doit signer un engagement, dans le cadre duquel il promet de subvenir financièrement aux besoins essentiels de son épouse ou de son partenaire ainsi qu'à ceux de ses enfants à charge (réf. IRCC). 	Oui (seulement pour les participantes de <i>l'Expérience internationale Canada</i>)

³³ Plusieurs personnes détenant un permis de travail ouvert sont admissibles au régime offert par la RAMQ en vertu du pouvoir discrétionnaire du ministre de la SSS. Il s'agit de : travailleurs post-diplôme; personnes en parcours de résidence permanente qui travaillent à temps plein plus de 6 mois pour un employeur du Québec; demandeurs d'asile qui ont prêté main forte aux établissements de santé durant la pandémie (programme spécial) et de détenteurs de permis de travail ouvert transitoire A-75 et en parcours de demande de résidence permanente. Seuls les conjoints qui accompagnent une personne admissible en séjour sont prévus au Règlement sur l'admissibilité et l'inscription de personnes auprès de la RAMQ (RAIP).

CLIENTÈLE	CARACTÉRISTIQUES	OBLIGATION DE DÉTENIR UNE ASSURANCE PRIVÉE (en vertu du RIQ)
Détentrice d'un permis de travail ouvert	<ul style="list-style-type: none"> • Les détentrices de permis de travail ouvert émis dans le cadre de l'Expérience internationale Canada sont des personnes de 18 à 35 ans se trouvant dans l'une des catégories suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ vacances-travail; ○ jeunes professionnels³⁴; ○ stage coopération internationale³⁵. • La durée de la validité de l'assurance maladie obligatoire contractée par la personne est prise en compte par l'ASFC au moment de déterminer la durée du permis de travail. • Aucune vérification par le fédéral que l'assurance comporte une garantie maternité. 	
Détentrice d'un permis de visiteur	<ul style="list-style-type: none"> • Permis de visiteur est émis : <ul style="list-style-type: none"> ○ aux personnes désirant visiter le Québec plus de 6 mois; ○ aux conjointes en situation de parrainage en vue d'obtenir la résidence permanente. • Ne permet pas d'étudier ou de travailler (aucune contribution au système de santé). • Aucune obligation de demeurer au Québec. Possibilité de voyager partout à travers le Canada durant la validité du permis. • Les visiteurs (qui ne demandent pas la résidence permanente) ne sont pas couverts dans les autres P/T du Canada. Leur enfant né au Canada non plus. 	Non
Sans statut légal au Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'immigration refusée; visée par un avis d'expulsion; ne se présente pas à l'aéroport à la date prévue du départ; demeure au Qc et vit dans l'ombre par la suite. • Permis expiré; n'a pas fait de nouvelle demande de permis auprès d'IRCC. • Entrée illégale sur le territoire. • Victime de traite de personnes. • Permis expiré; en attente d'un nouveau document d'IRCC (<i>seulement si elles ne sont pas en statut implicite</i>). 	Non

³⁴ La catégorie Jeunes professionnels est conçue pour ceux qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires et souhaitent faire avancer leur carrière en acquérant de l'expérience professionnelle au Canada. Les participants doivent avoir une offre d'emploi signée ou un contrat d'emploi signé (jusqu'à 12 mois) avant d'inscrire leur profil dans le bassin de candidats.

³⁵ La catégorie de stages coopératifs à l'international est conçue pour les citoyens d'un pays X inscrits dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans ce pays. Les participants doivent être des étudiants inscrits pour la durée du stage. Les participants doivent vouloir terminer un placement ou un stage au Canada afin de respecter une partie de leur programme scolaire ou universitaire (jusqu'à 12 mois). Les participants doivent avoir une offre d'emploi signée ou un contrat d'emploi signé avant d'inscrire leur profil dans le bassin de candidats.

ANNEXE 3 : Autres gouvernements canadiens

Province/territoire	Détentrice de permis d'étude	Détentrice d'un permis de travail ouvert	Détentrice d'un permis de visiteur	Demandeuse d'asile	Sans statut légal au Canada
Québec	Non admissible (hors entente de sécurité sociale)	Non admissible (sauf exception ³⁶)	Non admissible	Non admissible ³⁷	Non admissible
Ontario	Non admissible	Admissible	Non admissible	Non admissible ¹⁶	Non admissible
Yukon					
Île-du-Prince-Édouard					
Colombie-Britannique					
Alberta					
Saskatchewan					
Manitoba					
Nouveau-Brunswick	Admissible ³⁸				
Nouvelle-Écosse					
Terre-Neuve-et-Labrador					
Territoires du N-O					
Nunavut					

³⁶ Exceptions : travailleurs post-diplôme et travailleurs à temps complet au Québec en parcours de demande de résidence permanente; travailleurs avec permis de travail ouvert transitoire qui ont demandé la résidence permanente. Ces clientèles ne sont pas prévues au cadre législatif de la RAMQ : elles sont couvertes en vertu d'une dérogation ministérielle.

³⁷ Cette clientèle est admissible au PFSI.

³⁸ Les provinces exigent un permis d'études d'une durée minimale de 12 mois à l'exception du Manitoba et de la Colombie-Britannique, qui exigent une durée minimale de 6 mois.

ANNEXE 4 : Tableau comparatif autres pays

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FRANCE				
<p>La France compte parmi les très rares pays européens qui disposent d'une procédure spécifique de délivrance de titres de séjour aux étrangers malades. Le ressortissant étranger bénéficie d'une carte de séjour temporaire pour soins si :</p> <ul style="list-style-type: none"> son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité; et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. <p>En ce qui concerne l'offre de soins, il s'agit d'apprécier et de tenir compte de l'état sanitaire du pays d'origine de l'intéressé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Demandeur d'emploi : Si le demandeur ne bénéficie pas du régime d'assurance maladie de son pays d'origine, il peut bénéficier du régime français d'assurance médicale à la condition de résider en France de manière stable et régulière. Travailleur étranger : Si la personne travaille en France de manière stable et régulière, elle et ses personnes à charge bénéficient du régime français d'assurance médicale. Le « Visa vacances travail » ne permet de bénéficier du régime français. <p>Dans tous les cas, si la personne n'est pas admissible au régime français, elle devra obligatoirement prouver qu'elle dispose d'une couverture d'assurance médicale (privée ou publique de son pays d'origine) applicable en France pour obtenir son visa ou permis de travail.</p>	<p><u>Les étudiants étrangers en France provenant de pays hors de l'UE bénéficient de l'assurance maladie.</u> Ils ont immédiatement accès au remboursement de leurs frais de santé par l'assurance maladie française (assurances maladie et maternité).</p> <p>Source : https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/vous-venez-etudier-en-france</p> <p>Les étudiants étrangers bénéficient de la sécurité sociale française et du remboursement de leurs frais de santé, quel que soit le type de visa avec lequel ils arrivent en France pour faire leurs études. Ils doivent d'abord s'inscrire dans leur établissement d'enseignement supérieur</p>	<p>Pendant les trois premiers mois de séjour en France</p> <ul style="list-style-type: none"> Ils bénéficient d'une prise en charge des soins urgents à l'hôpital (hospitalisation ou consultation en établissement de santé). Parmi les soins couverts : <ul style="list-style-type: none"> Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. Tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement. Les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical). 	<p>L'aide médicale de l'État (AME) est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an. Le renouvellement doit être demandé chaque année.</p> <p>Critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> La personne réside de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois en France (métropole et départements d'outre-mer, excepté Mayotte où l'AME n'est pas applicable). Elle ne doit pas avoir de titre de séjour depuis plus de 3 mois

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FRANCE				
<p>C'est-à-dire la présence ou non d'infrastructures médicales et hospitalières en matière de personnel et de matériel, les soins dispensés, la disponibilité de médicaments, etc.</p> <p>On réalise une vérification du système de santé du pays d'origine de l'intéressé pour déterminer si le demandeur peut bénéficier d'un traitement approprié (à titre d'exemple, l'accessibilité peut être facilitée par des politiques spécifiques concernant certains publics - <u>enfants</u>, personnes âgées, <u>femmes enceintes</u>, invalides - ou certaines pathologies - diabète, infection par le VIH, tuberculose, hépatite).</p> <p><u>Le demandeur doit justifier sa résidence habituelle en France depuis au moins un an, ainsi que son état civil et sa nationalité.</u> Le demandeur peut bénéficier au renouvellement de son titre d'une carte de séjour pluriannuelle pour la durée des soins prévus. Elle ne peut en tout état de cause excéder 4 ans.</p>	<p>Source : Assurance maladie d'un étranger en France service-public.fr https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/assurance-maladie-etranger-france</p>	<p>Ensuite, ils doivent s'inscrire au régime général de la sécurité sociale française.</p> <p>Source : https://www.campusfrance.org/fr/sante-securite-etudiants#:~:text=A%20par%20de%20la%20rentr%C3%A9e,s'ils%20en%20ont%20une</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'assurance maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. <p>Après trois mois, si la demande est acceptée, comme toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, l'individu a droit à l'assurance maladie pour couvrir les frais de santé en cas de maladie ou de maternité.</p> <p>Après trois mois, si la demande est refusée, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité est maintenue pendant six mois.</p> <p>Source : https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-d-asile</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ses ressources ne dépassent pas un certain plafond par foyer (1 personne : 9 203 € / 2 personnes : 13 805 € / 3 personnes : 16 566 € / 4 personnes : 19 327 €). <p>Personnes à charge admissibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs; les enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études). <p>La décision d'une éventuelle admission à l'AME à titre humanitaire ne relève pas de l'assurance maladie, mais appartient au ministre chargé de l'action sociale. Il ne s'agit donc pas d'un droit, mais d'une possibilité. Très peu de dossiers sont admis chaque année dans ce type de dispositif.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEUR D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FRANCE				
<p>La citoyenneté française n'est pas automatique si on naît en territoire français.</p> <p>COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS)³⁹ La CSS est une aide pour payer vos dépenses de santé selon vos ressources. La CSS ne coûte rien ou coûte moins de 1 € par jour par personne (soit environ 40 \$/mois). La CSS peut couvrir l'ensemble d'un foyer.</p> <p>CONVENTION BILATÉRALE DE CONTINUITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE En plus des conventions applicables entre les membres de l'UE, la France a signé une série de conventions bilatérales de continuité de la sécurité sociale. La portée du type de personne (travailleur, touriste, étudiant, etc.) et des protections sociales et médicales varie d'un accord à l'autre.</p>				<p>L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (tarif sur la base duquel s'effectue le calcul pour le remboursement d'un acte médical par l'Assurance maladie).</p> <p>Source : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l'%C3%89tat%20(AME)%20est,est%20accord%C3%A9e%20pour%201%20an.</p>

³⁹ Avec la Complémentaire santé solidaire : les personnes ne payent pas le médecin, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, ses médicaments en pharmacie, ses dispositifs médicaux, comme les pansements, les cannes ou les fauteuils roulants, la plupart des lunettes, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives, etc.

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FRANCE				
<p>Certains de ces accords, <u>dont celui avec le Québec, prévoient l'application de l'ensemble des clauses d'assurance maladie et de prestations de maternité</u> aux ressortissants du tiers pays occupant une activité salariée ou non actuellement en France.</p> <p>Source : Conventions bilatérales de sécurité sociale (cleiss.fr) https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/La-delivrance-des-titres-de-sejour-pour-raisons-de-sante</p>				
ALLEMAGNE				
<p>L'assurance maladie est obligatoire en Allemagne. Toute personne vivant en Allemagne doit avoir une assurance maladie. Il existe deux formes différentes de protection. 73 millions de personnes sont affiliées à des caisses d'assurance maladie obligatoires, 9 millions ont une assurance maladie privée. Le niveau de soins médicaux est bon dans les deux systèmes. Le régime public couvre les soins d'obstétrique.</p>	<p>Assurance maladie légale : Les étudiants et les salariés qui gagnent moins de 5362,50 euros par mois doivent souscrire une assurance maladie légale publique.</p> <p>Pour adhérer à ce système, il faut choisir une caisse d'assurance maladie publique et y soumettre une demande. L'adhésion a lieu le jour du début des travaux ou du début des études.</p> <p>En cas d'arrivée hâtive, il faut une assurance privée en attendant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les étudiants et les salariés qui gagnent moins de 5362,50 euros par mois doivent souscrire une assurance maladie légale publique. Pour adhérer à ce système, il faut choisir une caisse d'assurance maladie publique et y soumettre une demande. 	<p>Demandeur d'asile en Allemagne depuis moins de 18 mois : Seuls les soins d'urgence, la vaccination et certains soins préventifs sont offerts sans frais. Les femmes ayant accouché récemment ont le droit à du « soutien et de l'aide médicale » en lien avec l'accouchement et l'enfant.</p> <p>Demandeur d'asile en Allemagne depuis plus de 18 mois :</p>	<p>En vertu de la <i>Loi sur les prestations aux demandeurs d'asile</i>, une personne en situation irrégulière a droit aux soins médicaux d'urgence. Cependant, cette personne doit obtenir une attestation préalable de la part du Bureau des services sociaux, qui préviendra les services d'immigration de cette demande.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
ALLEMAGNE				
<p>Si on naît en territoire allemand de parents non-citoyens, la citoyenneté allemande est automatique si l'un des deux parents est résident permanent et réside depuis au moins 8 ans en Allemagne.</p> <p>Assurance maladie légale : Les étudiants et les salariés qui gagnent moins de 5362,50 euros par mois doivent souscrire une assurance maladie légale publique.</p> <p>Assurance maladie privée : Toute personne qui n'est pas soumise à l'assurance obligatoire dans l'assurance maladie légale choisit une assurance maladie privée. Il s'agit principalement de travailleurs indépendants, de fonctionnaires, de salariés bien rémunérés et d'étudiants de plus de 30 ans. Même ceux qui viennent de l'étranger et n'ont pas d'emploi sont assurés par le secteur privé. L'assurance maladie privée pour les expatriés avec des permis de séjour limités est moins chère, avec le même niveau de prestations.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion a lieu le jour du début des travaux ou du début des études. • En cas d'arrivée hâtive, il faut une assurance privée en attendant. • Les étudiants étrangers de moins de 30 ans dans un programme université régulier ont accès à l'assurance médicale publique; les autres étudiants ont seulement accès à une assurance privée. <p>Les étudiants étrangers provenant de l'UE/AELE (et quelques autres pays) qui ne travaillent pas n'ont pas à souscrire à une assurance médicale en Allemagne.</p>	<p>Le demandeur a droit aux bénéfices sociaux « standards », ce qui inclut le régime d'assurance maladie, auquel les citoyens allemands ont droit.</p> <p>Source : « Asylbewerberleistungsgesetz » (Loi sur les prestations aux demandeurs d'asile) Health care - Asylum Information Database European Council on Refugees and Exiles (asylumineurope.org)</p>	

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
ALLEMAGNE				
Source : Krankenversicherung für Ausländer in Deutschland - Krankenkassen.de				
BELGIQUE				
<p>Toutes les personnes qui résident en Belgique sont généralement assujetties à la sécurité sociale (assurance obligatoire). L'assurance obligatoire regroupe deux branches : les soins de santé et l'incapacité de travail ou l'invalidité. Pour cela, il convient de s'affilier à une mutuelle. Le choix de celle-ci est libre.</p> <p>L'assurance obligatoire pour les soins de santé donne droit à un remboursement de base, c'est-à-dire au remboursement de certains médicaments et à l'indemnisation de nombreuses prestations de santé effectuées par des dispensateurs de soins. Les frais d'hospitalisation sont couverts par les mutuelles. La citoyenneté belge n'est pas automatique si on naît en territoire belge.</p>	<p>L'obligation de souscrire une assurance individuelle pour les soins de santé s'applique aussi aux travailleurs étrangers. Les travailleurs étrangers en Belgique doivent donc s'affilier à une mutuelle le plus tôt possible, après leur arrivée. Grâce à cette mutuelle, ils peuvent bénéficier d'un remboursement, total ou partiel selon le service délivré, de leurs frais médicaux et de certains médicaments.</p> <p>Source : https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/arrivee-belgique</p>	<p>L'obligation de souscrire une assurance individuelle pour les soins de santé s'applique aussi aux étudiants internationaux. Les étudiants internationaux en Belgique doivent donc s'affilier à une mutuelle le plus tôt possible, après leur arrivée. Grâce à cette mutuelle, ils peuvent bénéficier d'un remboursement, total ou partiel selon le service délivré, de leurs frais médicaux et de certains médicaments.</p> <p>Source : https://www.studyinbelgium.be/fr/le-systeme-dassurance-soins-de-sante-et-les-numeros-utiles-en-belgique-francophone</p>	<p>Toute personne qui demande l'asile a droit à la protection de l'État belge pendant toute la durée de sa procédure. Cette protection s'organise par le biais d'une prise en charge dans un centre d'accueil fédéral ou dans une structure partenaire. Elle comprend notamment la prise en charge médicale.</p> <p>Source : https://www.cire.be/acces-aux-soins-en-belgique-une-porte-entre-ouverte/</p>	<p>Les personnes en séjour illégal qui n'ont pas de ressources suffisantes pour payer leurs soins de santé ont droit à l'aide médicale urgente du CPAS (centre public d'action sociale). Cela signifie que si une personne est en séjour illégal et en état de besoin, le CPAS prendra en charge ses frais médicaux. C'est la seule aide du CPAS à laquelle les personnes en séjour illégal ont droit. Les soins liés à la grossesse sont inclus dans l'aide médicale urgente.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
BELGIQUE				
Source : https://www.vivreenbelgique.be/2-sante-et-famille/le-systeme-de-soins-de-sante#:~:text=La%20mutuelle,s'affilier%20%C3%A0%20une%20mutuelle_				Source : https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/aide-cpas/aide-financiere/l-aide-medicale-urgente https://medimmigrant.be/fr/infos/situations-specifiques/femmes-enceintes-en-situation-de-sejour-precaire#:~:text=Une%20grossesse%20ne%20donne%20pas,proc%C3%A8s%20(voir%20plus%20haut)_
SUÈDE				
Le système de santé suédois est mixte (public et privé), et plusieurs soins offerts par le système public sont facturables au patient, le montant variant selon les régions, avec une limite maximale au montant qui peut être facturé. Les soins dentaires sont inclus dans les soins médicaux. <u>En général, les soins pour les enfants sont gratuits (mais pas les prescriptions de médicaments), indépendamment du statut légal de l'enfant au pays.</u>	L'assurance médicale est obligatoire pour obtenir un visa ou un permis de travailleur étranger.	<ul style="list-style-type: none"> Étudiants étrangers résidant moins de 12 mois en Suède : pour ceux qui ne sont pas couverts par l'assurance publique, une assurance privée est requise SAUF si l'université fournit une assurance à ses étudiants ou si l'étudiant provient d'un pays ayant une entente de soins avec la Suède. 	<ul style="list-style-type: none"> Les moins de 18 ans sont soignés aux mêmes conditions que les citoyens suédois. Tout demandeur d'asile, réfugié ou personne en situation irrégulière doit déboursier des frais minimaux de 50 SEK (environ 6,50 \$) par visite. Les prescriptions sont en plus. <u>Les soins d'obstétrique sont gratuits.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Les moins de 18 ans sont soignés aux mêmes conditions que les citoyens suédois. Tout demandeur d'asile, réfugié ou personne en situation irrégulière doit déboursier des frais minimaux de 50 SEK (environ 6,50 \$) par visite. Les prescriptions sont en plus. <u>Les soins d'obstétrique sont gratuits.</u>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
SUÈDE				
<p><u>En général, les soins d'obstétriques sont gratuits (mais pas les prescriptions de médicaments) pour les citoyens.</u></p> <p>Toute personne en Suède qui a besoin de soins médicaux d'urgence, <u>incluant les soins d'obstétrique</u>, y a droit.</p> <p>La tarification des soins d'urgence ou réguliers aux étrangers dépend du pays d'origine du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résidents suédois et les voyageurs provenant d'un pays de l'EU/AELE : tarifs suédois habituels (entente de soins avec la Suède). • Les voyageurs couverts par l'assurance maladie en Australie, en Algérie, en Israël, en Turquie, au Royaume-Uni ou au Québec : tarifs suédois habituels (entente de soins avec la Suède). • Tous les autres voyageurs : plein prix des soins prodigués. 		<ul style="list-style-type: none"> • Étudiants étrangers résidant 12 mois ou plus en Suède : il est obligatoire de s'inscrire au <i>Swedish Population Register</i>, ce qui donne accès au service de santé public aux mêmes conditions que pour les citoyens suédois. 	<p>Source : Health care for asylum seekers - Swedish Migration Agency (migrationsverket.se)</p>	<p>Source : Health care for asylum seekers - Swedish Migration Agency (migrationsverket.se)</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
SUÈDE				
<p>Pour toute demande de visa (tourisme – travail – étude – etc.), une preuve d'assurance médicale est requise.</p> <p>La citoyenneté suédoise n'est pas automatique si on naît en territoire suédois.</p> <p>Source : How healthcare works - 1177 Vårdguiden Care in Sweden if you come from another country - 1177 Vårdguiden Fees for health care - Swedish Migration Agency (migrationsverket.se) Health insurance - Study in Sweden Fees for health care - Swedish Migration Agency (migrationsverket.se)</p>				
SUISSE				
<p>En Suisse, toute personne malade ou blessée peut bénéficier d'un traitement médical. Toutefois, celui-ci est généralement payant, son coût devant être financé soit par le patient, soit par une assurance.</p>	<p>Pour les gens qui immigreront pour le travail, l'assurance maladie est obligatoire mais privée. Ils doivent conclure un contrat pour eux-mêmes et leur famille avec une caisse maladie privée dans les trois mois suivant leur arrivée ou le début de leur activité lucrative en Suisse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étudiants étrangers provenant de l'UE/AELE : aucune obligation de s'assurer en Suisse tant qu'ils restent assurés au système de sécurité sociale de leur pays de domicile, et qu'ils n'exercent pas une activité lucrative 	<p>Pour les demandeurs d'asile et ceux tenus de quitter la Suisse hébergés dans les centres fédéraux pour requérants d'asile, la couverture d'assurance est payée.</p>	<p>« Du point de vue juridique, les sans-papiers ont, au même titre que toutes les personnes domiciliées en Suisse, l'obligation de contracter une assurance maladie, aux mêmes conditions.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
SUISSE				
<p>Les personnes qui souhaitent s'installer en Suisse sans y exercer une activité lucrative, comme tous les citoyens des pays de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre-échange (AELE), doivent disposer de ressources suffisantes pour assurer leur indépendance financière et ne pas devoir recourir à des prestations sociales et d'une assurance maladie qui couvre aussi les coûts engendrés par des accidents.</p> <p>Sauf cette exception, tous doivent souscrire à une assurance obligatoire des soins auprès d'une caisse maladie suisse. Les caisses maladie sont tenues d'admettre dans l'assurance obligatoire des soins toute personne qui réside en Suisse, indépendamment de son statut légal. Les coûts des prestations suivantes sont couverts par l'assurance de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traitements prodigués par des médecins et examens médicaux; 		<p>(auquel cas le principe pour les travailleurs étrangers s'applique). Les étudiants qui disposent d'une assurance privée peuvent être exemptés, pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres étudiants étrangers : libérés de l'obligation de s'assurer en Suisse s'ils bénéficient d'une assurance privée dont la couverture est équivalente à celle d'une caisse maladie suisse. Ils peuvent être exemptés pour une durée de trois ans, avec possibilité de demander une prolongation de trois ans au plus. Passé ce délai, ils auront l'obligation de s'assurer en Suisse. • Tout autre cas de figure : les étudiants soumis à l'assurance maladie obligatoire doivent s'assurer 		<p>Les assureurs sont tenus d'affilier les sans-papiers et ne peuvent transmettre des informations à leur sujet. Les professionnels de la santé sont également tenus au secret. »</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
SUISSE				
<ul style="list-style-type: none"> • hospitalisations; • médicaments prescrits par des médecins (liste des spécialités); • grossesse et accouchement (pas de participation aux frais de la part des assurés); • accidents. <p>La citoyenneté suisse n'est pas automatique si on naît en territoire suisse.</p> <p>Sources :</p> <p>Système de santé suisse : https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suisse.html</p> <p>Assurance maladie (prestations en cas de maternité) : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-bei-Mutterschaft.html et https://www.ch.ch/fr/assurances/assurance-maladie/prestations-de-l-assurance-maladie/</p>		<p>auprès d'une caisse maladie agréée en Suisse. Les règles relatives aux personnes domiciliées en Suisse leur sont alors applicables</p>		

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
SUISSE				
Prestations et tarifs : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html Demandeurs d'asile : https://www.ejpd.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2019/2019-05-20.html				
FINLANDE				
<p>Les personnes qui résident <u>dans une municipalité finlandaise (c'est-à-dire qui ont un domicile en Finlande) ont droit à un traitement dans le système de santé public.</u> Les mêmes frais d'utilisation leur seront facturés que les autres résidents, quels que soient leur citoyenneté et leur pays d'origine. Leur lieu de domicile est enregistré par l'agence <i>Digital and population data services</i>.</p> <p>Les personnes qui n'ont pas de domicile en Finlande ou qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie en Finlande peuvent toujours avoir droit à un traitement et à des remboursements pour un autre motif.</p>	<p>Travailler en Finlande</p> <p><u>Les personnes qui viennent travailler en Finlande depuis un autre pays de l'UE ou de l'Espace économique européen (EEE), la Suisse, la Grande-Bretagne ou l'Irlande du Nord ont droit aux services de santé publics pendant la durée pendant laquelle ils sont assurés</u> pour les prestations de retraite liées aux revenus ou contre les accidents du travail et le chômage en Finlande.</p> <p>Si ces personnes n'ont pas de <u>domicile en Finlande</u>, le Centre des affaires internationales de Kela peut leur délivrer un certificat qu'ils peuvent montrer pour prouver leur droit aux soins médicaux.</p>	<p>Étudiants et chercheurs</p> <p><u>Les personnes qui déménagent en Finlande pour étudier recevront des soins médicaux par le biais des services de santé pour les étudiants.</u> Les services de santé des étudiants sont fournis par les autorités municipales du lieu d'études, un prestataire agréé par la municipalité ou le Service finlandais de santé des étudiants (YTHS).</p> <p>Les étudiants et les chercheurs qui ont leur domicile en Finlande ont droit à tous les services de santé publics.</p>	<p>Demandeurs d'asile et réfugiés</p> <p>Les services de soins médicaux pour les demandeurs d'asile sont organisés par les centres d'accueil, qui sont gérés par l'État, les municipalités et la Croix-Rouge finlandaise. Les services sont fournis par le centre d'accueil où les demandeurs ont été inscrits. Leurs frais de soins médicaux ne sont pas payés par Kela.</p> <p>Les réfugiés contingentés sont couverts par le système de sécurité sociale finlandais à partir de la date de leur déménagement en Finlande.</p>	<p>Les soins de grossesses (suivi, accouchement et soins au nouveau-né) sont expressément exclus des soins d'urgence fournis gratuitement aux personnes en situation irrégulière.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FINLANDE				
<p>La naissance en sol finlandais n'entraîne pas automatiquement l'octroi de la citoyenneté finlandaise.</p> <p>Résident permanent en Finlande</p> <p>Ceux qui sont couverts par l'assurance maladie en Finlande reçoivent une carte Kela. Ils reçoivent le remboursement des coûts des services de santé privés. Ils peuvent également recevoir le remboursement des frais d'achat de médicaments et des frais de voyage liés au traitement médical.</p> <p>Séjour temporaire en Finlande</p> <p><u>Ceux qui séjournent temporairement en Finlande et qui n'y ont pas de domicile recevront un traitement médicalement nécessaire dans le système de santé public s'ils détiennent une carte européenne d'assurance maladie.</u> S'ils viennent d'un autre pays nordique, ils peuvent également présenter une carte d'identité officielle ou un passeport.</p>	<p>Le certificat s'appelle Certificat de droit aux soins médicaux en Finlande.</p> <p><u>Les personnes venant d'un autre pays qu'un pays de l'UE ou de l'EEE, de Suisse, de Grande-Bretagne ou d'Irlande du Nord</u> doivent demander à Kela de déterminer leur droit à des soins médicaux en Finlande.</p> <p>Les personnes couvertes par l'assurance maladie finlandaise sur la base de leur emploi recevront une carte Kela. Ils peuvent alors recevoir le remboursement des coûts des services de santé privés. Ils peuvent également recevoir le remboursement des frais d'achat de médicaments et des frais de voyage liés au traitement médical. Les employés qui ne sont couverts que par l'assurance pension liée aux gains ou l'indemnisation des accidents du travail n'ont pas droit à des remboursements.</p>	<p><u>Les étudiants et les chercheurs qui viennent d'un pays de l'UE ou de l'EEE, de Suisse, de Grande-Bretagne ou d'Irlande du Nord et séjournent temporairement en Finlande</u> ont droit à un traitement médicalement nécessaire du système de santé public s'ils disposent d'une carte européenne d'assurance maladie.</p> <p><u>Les étudiants australiens qui viennent en Finlande et y séjournent temporairement</u> ont également droit à un traitement médicalement nécessaire dans le système de santé public. Ils peuvent prouver leur droit aux soins médicaux en présentant un passeport australien ou un passeport d'un autre pays, indiquant un droit de séjour illimité en Australie.</p>	<p>S'ils résident dans une municipalité finlandaise (c'est-à-dire qu'ils ont un domicile en Finlande), ils ont droit à un traitement dans le système de santé public. Les personnes couvertes par une assurance maladie en Finlande recevront une carte Kela. Elles pourront alors recevoir le remboursement des coûts des services de santé privés.</p>	

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FINLANDE				
<p>S'ils viennent de Grande-Bretagne ou d'Irlande du Nord, ils peuvent présenter leur carte européenne d'assurance maladie, leur carte « Droits des citoyens » ou leur carte GHIC.</p> <p><u>Ceux qui viennent en Finlande temporairement d'un autre pays qu'un pays de l'UE ou de l'EEE, de la Suisse, de la Grande-Bretagne ou de l'Irlande du Nord n'ont droit qu'à un traitement d'urgence. Ils peuvent être facturés pour les coûts du traitement par la suite. Ils n'ont pas droit au remboursement des coûts des services de santé privés. Ils ne reçoivent pas non plus de remboursement pour les frais d'achat de médicaments et les frais de voyage liés au traitement médical.</u></p> <p>Membres de la famille <u>Les membres de la famille qui s'installent en Finlande ont le même droit à un traitement médical que le membre de la famille qui travaille en Finlande ou qui reçoit une pension.</u></p>	<p><u>Les employés qui travaillent en Finlande, mais vivent dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE, en Suisse, en Grande-Bretagne ou en Irlande du Nord ont droit aux soins médicaux nécessaires</u> en Finlande et dans le pays de résidence.</p> <p>Marins et travailleurs frontaliers <u>Les travailleurs frontaliers qui travaillent en Finlande et vivent dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE, en Suisse, en Grande-Bretagne ou en Irlande du Nord sont couverts par une assurance maladie en Finlande.</u> Il en va de même pour les marins qui travaillent à bord d'un navire battant pavillon finlandais. Ils ont droit aux soins médicaux nécessaires en Finlande et dans le pays de résidence. Des frais correspondants aux frais payés par les résidents leur seront facturés.</p> <p>Étant donné qu'ils sont couverts par l'assurance maladie en Finlande, ils ont droit au remboursement des coûts des services de santé privés et des</p>	<p><u>Les personnes qui viennent en Finlande de la province canadienne du Québec en tant que chercheur ou étudiant ont droit aux soins médicaux dont elles ont besoin dans le système de santé public finlandais.</u> Elles recevront également un remboursement de Kela pour les coûts des services de santé privés, des achats de médicaments et des frais de voyage liés aux soins médicaux. Afin d'obtenir un remboursement, ces personnes doivent présenter un certificat de présence d'un établissement d'enseignement finlandais ainsi qu'un certificat (Q/SF4 accordé par le Québec), qui doit être enregistré auprès de Kela. Lorsque le certificat aura été enregistré, Kela leur délivrera un certificat avec lequel elles pourront prouver qu'elles ont droit à des soins médicaux dans le</p>		

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FINLANDE				
<p><u>Si une personne couverte par l'assurance maladie sur la base d'un emploi en Finlande a des membres de sa famille dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE, en Suisse, en Grande-Bretagne ou en Irlande du Nord, la Finlande est responsable des frais de soins médicaux pour ces membres de la famille.</u></p> <p>Cependant, les membres de la famille ne doivent pas être couverts par l'assurance maladie sur la base de l'emploi, du travail indépendant ou sur une autre base, dans leur pays de résidence.</p> <p>Les membres de la famille qui résident à l'étranger reçoivent un certificat d'admissibilité au traitement (S1) de Kela. Ils doivent enregistrer le certificat auprès de l'institution locale d'assurance maladie. Ils reçoivent également une carte européenne d'assurance maladie de Kela.</p> <p>Les membres de la famille séjournant temporairement en Finlande ont droit aux soins de santé publics.</p>	<p>achats de médicaments et des frais de voyage liés aux traitements médicaux. La Finlande leur délivrera une carte européenne d'assurance maladie.</p>	<p>système de santé public finlandais. Le certificat est appelé « Certificat de droit aux soins médicaux en Finlande ». Si ces personnes restent en Finlande pendant plus de 90 jours, elles auront également besoin d'un permis de séjour.</p> <p><u>Les personnes qui viennent en Finlande en tant qu'étudiant d'un autre pays qu'un pays de l'UE ou de l'EEE, de la Suisse, de la Grande-Bretagne, de l'Irlande du Nord, de l'Australie ou du Québec, et qui ont un permis de séjour donnant droit à un travail et à une relation de travail valide ont droit à des services de santé publics pendant la période durant laquelle elles travaillent parallèlement à leurs études en Finlande. Les personnes qui n'ont pas de domicile en Finlande peuvent recevoir de Kela un certificat qu'elles peuvent montrer</u></p>		

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
FINLANDE				
<p>Ils paient les mêmes frais que les résidents. Ils reçoivent un certificat de Kela, et en présentant le certificat, ils recevront des soins de santé. Le certificat est appelé « Certificat de droit à un traitement en Finlande ».</p> <p>Source : Medical care in Finland - kela.fi</p>		<p>pour prouver leur droit aux soins médicaux dans le système de santé public finlandais. Le certificat est appelé « Certificat de droit aux soins médicaux en Finlande ». Les personnes couvertes par le système national finlandais d'assurance maladie sur la base de l'emploi peuvent recevoir des remboursements de Kela pour les frais de soins médicaux.</p> <p><u>Les étudiants et les chercheurs qui viennent en Finlande d'un autre pays qu'un pays de l'UE ou de l'EEE, la Suisse, la Grande-Bretagne, l'Irlande du Nord, l'Australie ou le Québec et qui n'ont pas le permis de séjour susmentionné n'ont droit qu'à des soins médicaux d'urgence. Si ces personnes n'ont pas de permis de séjour, elles doivent payer les frais réels pour les soins médicaux.</u></p>		

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
ROYAUME-UNI				
<p>Le Royaume-Uni a un système de santé basé sur la résidence. L'accès à des soins périnataux gratuits dépend principalement du lieu de résidence et du statut de résidence, mais aussi de la nationalité et du statut migratoire au moment de recevoir les soins.</p> <p>Depuis 2015, les ressortissants d'un autre pays de l'Espace économique européen doivent payer the Immigration Health Surcharge (IHS) au moment d'appliquer pour un visa pour un séjour de plus de 6 mois, sauf exception. La taxe est de 470 £ pour les étudiants et les participants à un Youth Mobility Scheme visas et de 624 £ par année pour les autres demandes de visa et d'immigration. Les services médicaux d'urgence fournis à l'hôpital sont gratuits pour tous, mais pas les services médicaux de suivi. La citoyenneté britannique n'est pas automatique en cas de naissance en sol britannique.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Les demandeurs d'asile en cours de processus n'ont pas à payer de frais de santé. • Les demandeurs d'asile acceptés n'ont pas à payer de frais de santé. • Les demandeurs d'asile refusés qui reçoivent un support du <i>Home Office under section 4(2) of the Immigration and Asylum Act 1999</i> ou <i>from local authority under section 21 of the National Assistance Act 1948</i> or <i>Part 1 of the Care Act 2014</i> n'ont pas à payer de frais de santé. • Les personnes soupçonnées d'être victimes de trafic humain et leur famille immédiate, s'ils se trouvent légalement au Royaume-Uni, n'ont pas à payer de frais de santé. • Les prisonniers et les détenus des services de l'immigration n'ont pas à payer de frais de santé. 	<p>Une personne sans statut, mais dont l'expulsion dans son pays d'origine violerait ses droits sous la Convention européenne des droits de l'homme (art. 3) n'a pas à payer de frais médicaux.</p> <p>Personnes à faible revenu :</p> <p>Les femmes et les familles à faible revenu peuvent, sous certaines conditions, avoir accès au système de santé publique gratuitement, et ce, peu importe leur statut migratoire (certificat HC2). Les personnes pouvant faire une demande sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les demandeurs d'asile refusés; • les personnes ayant une autorisation de rester temporairement sur le territoire; • <u>les personnes qui n'ont pas d'autorisation de résider au Royaume-Uni (sans papier).</u>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
ROYAUME-UNI				
<p>Les soins périnataux sont gratuits pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes considérées comme résidents réguliers au Royaume-Uni (<i>“living lawfully in the United Kingdom voluntarily and for settled purposes as part of the regular order of their life for the time being, whether of short or long duration”.</i>) • Les personnes exemptes (incluant les personnes qui ont payé l’IHS). • Les services de planification familiale sont gratuits pour tous (tous les statuts). <p>Il n’y a pas d’obligation de payer la « health surcharge » lorsqu’on applique pour un visa de visiteur ou pour rester au Royaume-Uni de manière permanente. Toutefois, les soins de santé reçus devront être payés.</p> <p>Sources : https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide#free-for-all</p>				

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
ROYAUME UNI				
https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/visitors-who-do-not-need-to-pay-for-nhs-treatment/ https://www.nhsbsa.nhs.uk/check-if-youre-eligible-help https://maternityaction.org.uk/advice/immigration-health-charge-and-nhs-maternity-care/ https://maternityaction.org.uk/advice/nhs-maternity-care-for-women-from-abroad-in-england/				
AUSTRALIE				
<p>Il existe plusieurs options pour les soins des femmes enceintes qui visitent ou s'installent en Australie, mais comprennent certains coûts connexes. Toute femme enceinte peut accéder à des soins pour elle-même et son bébé en Australie pendant la grossesse, l'accouchement, et après.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cependant, pour les <u>visiteuses, les étudiantes et celles qui sont nouvellement arrivées en Australie</u>, le coût des soins dépendra du statut du visa ou de résidence. 	<p>Les détenteurs d'un visa de travail en Australie ne sont pas admissibles au régime public d'assurance maladie et doivent prouver qu'ils ont souscrit un régime privé.</p>	<p>Les étudiants étrangers en Australie doivent avoir une couverture santé pour étudiants étrangers (OSHC). <u>Les personnes titulaires d'un visa étudiant ou d'un visa de transition ainsi que leurs personnes à charge (comme un conjoint et des enfants de moins de 18 ans), sont tenues d'avoir cette assurance pour la durée de leur séjour en Australie.</u></p>	<p>Un demandeur actuellement sous le coup d'un visa régulier (touriste, étudiant, travailleur étranger, etc.) continue de bénéficier de la couverture santé prévue aux conditions de son visa.</p>	<p>Les personnes en situation irrégulière ne sont pas admissibles au régime public d'assurance maladie.</p> <p>Une exception est possible pour les détenteurs du « Bridging visa E » (visa temporaire valide le temps de régulariser la situation d'un étranger présent de façon irrégulière) s'ils ont un permis de travail associé à ce visa.</p>

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
AUSTRALIE				
<ul style="list-style-type: none"> L'Australie a une entente de soins réciproques avec 11 pays (10 européens), qui permet aux ressortissants concernés d'être couverts par le régime public d'assurance maladie australien, et tient compte des soins de grossesse. En Australie, les soins de grossesse sont fournis par des sages-femmes, des médecins et des obstétriciens, et il est possible de choisir d'utiliser des soins financés par des fonds publics ou privés. <p>Les personnes qui ne sont pas admissibles à l'assurance maladie peuvent toujours obtenir des soins de grossesse auprès d'un obstétricien, d'une sage-femme ou d'un médecin. Elles peuvent également obtenir des soins de travail et d'accouchement dans un hôpital public ou privé, un centre de naissance, un programme d'accouchement à domicile financé par l'État ou planifier un accouchement à domicile avec une sage-femme agréée exerçant en privé.</p>		<p>Il existe différents niveaux de polices d'assurance OSHC disponibles et différents fournisseurs. OSHC couvre des choses comme voir un médecin, certains traitements hospitaliers, ambulance et certains produits pharmaceutiques (médicaments). Il peut y avoir une période d'attente pour les services liés à la grossesse.</p> <p>Les étudiants étrangers sont admissibles au régime d'assurance maladie australien s'ils sont ressortissants d'un des pays signataires de l'entente de soins réciproques et que l'entente bilatérale le prévoit.</p>		

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
AUSTRALIE				
<p>Mais pour couvrir les coûts associés à ces soins, elles doivent avoir souscrit une assurance maladie privée avant de tomber enceinte ou elles devront payer la totalité des coûts associés à leurs soins. <u>Les enfants nés en Australie sont automatiquement citoyens australiens si au moins un parent est un citoyen australien ou un résident permanent au moment de la naissance de l'enfant.</u> Si aucun des parents n'est citoyen australien ou résident permanent de l'Australie au moment de la naissance, l'enfant a un statut de résident temporaire. L'enfant détiendra la même sous-catégorie de visa que le visa de résident temporaire du parent. Les femmes voulant être couvertes pour l'obstétrique (services liés à la grossesse et à l'accouchement) dans un hôpital privé et chez un obstétricien privé doivent souscrire une couverture d'hôpital privé ou mettre à niveau leur police existante bien avant d'être enceintes.</p>				

PAYS	TRAVAILLEURS ÉTRANGERS	ÉTUDIANTS ÉTRANGERS	DEMANDEURS D'ASILE	SITUATIONS IRRÉGULIÈRES / PERSONNE SANS STATUT
AUSTRALIE				
<p>Tous les fonds de santé imposent une période d'attente de 12 mois pour les services d'obstétrique et sont généralement très stricts dans l'application de cette règle. Cela signifie qu'il faut avoir détenu le niveau approprié de couverture maladie privée pendant au moins 12 mois avant d'être admis à l'hôpital.</p> <p>Il faut faire attention lorsqu'on choisit une police d'assurance maladie : la plupart des polices à faible coût ne couvrent pas l'obstétrique ou ne paient pas de prestations restreintes qui ne couvrent qu'en tant que patient privé dans un hôpital public. Les femmes qui veulent accoucher dans un hôpital privé doivent avoir une police qui les couvre pour cela. Sans couverture adéquate, elles pourraient engager d'importants frais.</p> <p>Source : Obstétrique et grossesse - Ombudsman du Commonwealth</p>				