CRC – 023M
C.P. – Nouvelle politique d'immigration

Médecins du Monde soigne aussi l'injustice

Mémoire soumis par Médecins du Monde Canada

Consultation de la Commission des relations avec les citoyens : vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion

3 février 2015

Pour les trois quarts des gens de cette planète
il n'y a qu'une forme de voyage possible
c'est de se retrouver sans papiers
dans un pays dont on ignore
la langue et les mœurs.

— Dany Laferrière

Sommaire

Remerciements 4

Brève description de Médecins du Monde (MdM)

Le travail de Médecins du Monde en faveur des personnes migrantes à statut précaire au Québec 5

Les engagements internationaux en matière de santé des migrants du Québec (Canada) 6

Les mesures d'exclusion d'accès à la santé pour les populations migrantes à statut précaire 8

L'impact de l'exclusion sur la santé des personnes exclues 10

Recommandations 14

Annexe I 15

Quand référer à la Clinique Migrants de Médecins du Monde ?

Les statuts migratoires et l'accès aux soins de santé

Annexe II 18

Soins de santé – Demandeurs d'asile et réfugiés – Québec

Nouveau régime – à jour le 1er décembre 2014

Annexe III 21

Accès à la RAMQ pour un nouveau-né

Remerciements

Médecins du Monde tient à exprimer toute sa gratitude aux nombreux bénévoles, qu'ils soient médecins ou issus d'autres professions médicales ou psychosociales, qui œuvrent avec rigueur et dévouement pour s'assurer que les personnes les plus vulnérables aient accès aux soins de santé primaires.

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

Brève description de Médecins du Monde (MdM)

En 1980, plusieurs médecins français expérimentés dans l'aide humanitaire se réunissent pour fonder Médecins du Monde. Depuis lors, 15 délégations de MdM ont été créées à travers le monde, dont MdM Canada en 1996. Médecins du Monde est un mouvement indépendant de militants actifs qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social.

Sa mission est d'offrir et promouvoir l'accès aux soins de santé aux personnes exclues et vulnérables, au niveau national et au niveau international, quels que soient leurs origines, leur statut social ou leur appartenance religieuse. En s'appuyant sur les valeurs de l'engagement, de l'équité et de l'humanité, les membres de Médecins du Monde veulent un monde où la santé est réellement un droit

À travers des programmes médicaux innovants et des partenariats solidaires avec les communautés, les actions prioritaires de MdM Canada sont :

- L'accessibilité aux soins de santé primaires
- La santé des femmes et des enfants
- La lutte contre les épidémies
- La santé mentale

En tant que témoin des entraves à l'accès aux soins, des atteintes aux droits de la personne et à sa dignité, MdM Canada dénonce l'injustice sous toutes ses formes et engage le dialogue avec les instances politiques pour améliorer la situation des populations. Pour réaliser ses projets, MdM Canada compte sur l'engagement d'un réseau de bénévoles professionnels experts de la santé, de la santé publique et des sciences sociales.

Le travail de Médecins du Monde en faveur des personnes migrantes à statut précaire au Québec

C'est à la suite d'une enquête européenne portant sur la question des sans-papiers[1] et conduite par le réseau international que Médecins du Monde Canada a été interpellé par la question des migrants à Montréal. Ainsi, après une phase d'analyse avec l'ensemble des partenaires montréalais œuvrant déjà auprès des migrants à statut précaire, Médecins du Monde a conclu que, pour emboîter le pas et prendre en compte les failles du système québécois et canadien de santé publique, la mise sur pied d'un projet d'assistance médicale et sociale s'imposait.

Depuis l'automne 2011, le projet Migrants offre un éventail de services, tous gratuits : accueil et évaluation des besoins, *outreach* et une clinique destinée aux migrants à statut précaire. Cette clinique de première ligne bénéficie du soutien et de la collaboration de nombreux médecins bénévoles. Ceux-ci accueillent, soignent et réfèrent, lorsque possible, les personnes migrantes sans couverture médicale. Cette approche de proximité permet d'atteindre ces personnes qui n'ont pas accès aux soins de santé.

La clinique s'adresse aux personnes suivantes :

- Personnes migrantes : adultes et enfants
- Résidents permanents soumis au délai de carence
- Personnes n'ayant pas de carte d'assurance maladie
- Personnes n'ayant pas accès au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)
- Personnes n'ayant pas les moyens financiers pour accéder à des soins de santé

Ne sont PAS visés :

- Les citoyens canadiens
- Les personnes de passage ou en visite
- Les étudiants étrangers

Résultats (automne 2011-aujourd'hui) :

- 2 670 personnes ont bénéficié des soins et des services du projet Migrants
- 176 cliniques ont été tenues
- 1 108 personnes ont vu un médecin
- 934 personnes migrantes ont bénéficié de notre programme « *outreach* »
- 3 712 contacts infirmiers ont été réalisés
- 140 heures de soutien psychologique ont été offertes
- 389 accompagnements sociaux ont été effectués en vue d'une régularisation du statut migratoire

1. Nathalie Simonnot et Caroline Intrand, « L'Europe et les sans-papiers », 2011, HM 108, disponible en ligne : hommesmigrations.revues.org <http://hommesmigrations.revues.org/458>.

Les engagements internationaux en matière de santé des migrants du Québec (Canada)

L'accès aux soins de santé de base est un droit inaliénable pour Médecins du Monde, et ce principe est inscrit dans l'ensemble des normes et standards internationaux en la matière. Le Canada a signé et ratifié plusieurs de ces instruments internationaux, ce qui requiert une mise en œuvre, notamment par l'intégration de ces principes et engagements au niveau de la législation, qu'elle soit fédérale ou provinciale.

Par exemple, le Canada a ratifié le **Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)** en 1976[2]. L'article 12 du PIDESC définit plus explicitement les droits relatifs à l'accès à la santé. Ce qui importe, toutefois, c'est l'interprétation du Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels qui développe le propos de l'alinéa 2 d), en soulignant les critères d'accessibilité et d'égalité[3] dans la « création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie[4] ». Par ailleurs, il est déterminé que les soins de santé doivent d'être abordables[5].

Article 12 : « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre [;] 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : […] d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

L'accessibilité financière est définie comme suit :

« Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés[6]. » Les demandeurs d'asile et réfugiés, quant à

2. Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. La conformité du délai de carence imposé par la loi sur l'assurance maladie du Québec avec les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne, résolution COM-596-5.3.1 596e séance, 2013, p. 27 [Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse].
3. *Ibid.*, p. 28.
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*

eux, devraient bénéficier de la même couverture de services que les Canadiens ou Québécois à faible revenu (ce qui était le cas en vertu du PFSI avant 2012), puisque la vaste majorité d'entre eux sont effectivement à faible revenu.

Par ailleurs, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, l'Association médicale ontarienne ainsi que Médecins du Monde ont témoigné du fait que le délai de carence et les récentes mesures prises par le gouvernement fédéral à l'égard du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) constituent un obstacle à l'accès égalitaire, équitable et abordable aux soins de santé. La Commission a, plus précisément, affirmé que le délai de carence constitue une forme d'exclusion fondée sur l'origine nationale ou ethnique qui porte atteinte au droit à la sûreté et à la dignité des personnes, contrairement à ce que prône la Charte. Elle a également affirmé que le délai de carence pouvait être considéré comme « une mesure rétrograde contrevenant aux engagements internationaux du Québec en matière de droits économiques, sociaux et culturels et en particulier en ce qui concerne le droit à la santé[7] ». La Commission a conclu « que le délai de carence devrait être abrogé ou alors qu'une couverture temporaire pour les soins offerts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec devrait être offerte aux nouveaux arrivants dans la province durant cette période à un coût raisonnable[8] ».

D'autres critères primordiaux sont pris en compte par le Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels : « La disponibilité, […] l'acceptabilité et la qualité[9]. » Finalement, « il n'y a pas d'obligation internationale des États de fournir les services de santé gratuitement. Par contre, le Pacte n'autorise pas les mesures rétrogrades quant aux droits qu'il protège, y compris le droit à la santé, à moins de circonstances particulières[10] ». Or, considérant le fait qu'avant 2001, il n'y avait pas de délai de carence au Québec et que, depuis sa mise en place, on remarque que l'accès aux soins de santé pour les migrants s'est dégradé, on observe donc que le Québec (Canada) n'a pas respecté ses engagements. La seule exception à cette règle est constituée par la capacité de l'État à démontrer que les mesures restrictives soient justifiées[11], ce que le gouvernement du Québec n'a pas entrepris[12].

Le droit d'accès à la santé est aussi reconnu dans :

- La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- La Convention relative aux droits de l'enfant (article 24)
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (article 5, iv)
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (article 11, f) et article 12)
- La Convention internationale sur la protection des travailleurs migrants et des membres de leur famille[13]

7. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *supra*, note 2, p. 34.
8. *Ibid.*, p. 34.
9. *Ibid.*, p. 33.
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*
12. Jill Hanley, « Les nouveaux arrivants sont privés de soins : les groupes du Québec dénoncent la situation », 2007, disponible en ligne : Jill Hanley, « Le Réseau canadien pour la santé des femmes », www.cwhn.ca/en/node/39900.
13. Anette Sikka, Katherine Lippel et Jill Hanley, « Access to Health Care and Worker's Compensation for Precarious Migrants in Quebec, Ontario and New-Brunswick », 2011, 05:02 MJLH 203, p. 206, disponible en ligne : mjlh.mcgill.ca <http://mjlh.mcgill.ca/pdfs/vol5-2/MJLH%20Vol%20V,%20No.%202%20-%20Sikka.pdf.

Les mesures d'exclusion d'accès à la santé pour les populations migrantes à statut précaire

Il a été constaté que plusieurs éléments empêchaient l'accès aux soins de santé pour les migrants. Les obstacles d'ordre systémique et institutionnel constituent les barrières les plus importantes, d'autant plus qu'ils sont plus subtils. Ainsi s'ajoute à une ignorance des migrants quant aux régimes d'aide et de prestations de soins de santé, et à une « méconnaissance du fonctionnement du système de santé […] [par] manque d'information quant aux services disponibles dans ces institutions et à la façon d'y accéder[14] », un ensemble de conditions qui contrarient directement ou indirectement l'accès aux soins. Il est important de mentionner que ces mêmes obstacles affectent la population originaire du Québec et du Canada, mais les effets se font beaucoup plus sentir chez les nouveaux arrivants. **Nous relevons principalement deux barrières propres au statut de migrant : celle du délai de carence et celle qu'engendrent les compressions toutes récentes du gouvernement fédéral concernant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).**

Les enjeux entourant le statut d'immigration impliquent nécessairement des questions d'ordre politique, juridique et éthique. Effectivement, selon le statut migratoire, l'individu sera admissible ou non aux régimes d'assurance santé publique ou aux programmes de prestations, comme le PFSI. Ainsi, les « personnes qui ne sont ni des immigrants reçus ni des citoyens peuvent être considérées comme particulièrement "précaires[15]", puisqu'elles ne bénéficient pas de ces programmes d'assurances et qu'elles ne peuvent se permettre de débourser des montants exorbitants pour des assurances privées ou des soins médicaux[16] ».

De plus, à cause du délai de carence, les immigrants (résidents permanents) qui ont accès à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) trois mois après leur inscription vivent une période d'inadmissibilité.

Avant les compressions de juin 2012, le PFSI offrait aux demandeurs d'asile et réfugiés une couverture semblable à celle des Canadiens à faible revenu, incluant les soins médicaux et hospitaliers, les médicaments et certains autres services dits « complémentaires », tels la réadaptation, la psychothérapie et les soins dentaires de base. Suite aux coupures, la plupart des demandeurs d'asile et réfugiés ont perdu la couverture fédérale pour la grande majorité des médicaments et pour les soins « complémentaires ». De plus, pour les demandeurs d'asile refusés ou provenant de pays considérés comme sécuritaires, les soins médicaux n'étaient plus couverts, sauf pour les maladies ayant un impact sur la santé ou la sécurité publiques, comme les maladies contagieuses ou les états psychotiques avec un potentiel d'agressivité dirigé vers autrui.

Le gouvernement du Québec est intervenu dès juin 2012 pour compenser partiellement les lacunes du PFSI. En effet, le Québec a accepté de couvrir les médicaments ainsi que les soins médicaux et hospitaliers non couverts par le PFSI pour l'ensemble des demandeurs d'asile, incluant les demandeurs refusés ou provenant de pays « sécuritaires ». Cependant, la complexité et la lourdeur de ce système de couverture à deux paliers mènent à une situation où des patients se voient refuser des soins auxquels ils ont pourtant droit, alors que d'autres se voient facturer des frais pour des services qui devraient être couverts. Par ailleurs, l'accès très

14. Amélie Hien et Jean Lafontant, « Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury », 2013, 104 : 6 RCSP S75, p. 76, disponible en ligne : journal cpha.ca <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/3472/2820> [Amélie Hien et Jean Lafontant]
15. Anette Sikka et al, *supra*, note *13*, p. 209.
16. Voir annexe I sur « Les statuts migratoires et l'accès aux soins de santé ».

limité à certains soins, dont le suivi psychologique, ne tient pas compte du fait que les demandeurs d'asile présentent des taux de troubles anxio-dépressifs de loin supérieurs à ceux de la population générale – ceux-ci pouvant atteindre 50 % selon certaines études[17].

Dans une décision rendue le 4 juillet 2014 dans l'affaire « Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada », la Cour fédérale a conclu que les modifications apportées au PFSI en juin 2012 « ont manifestement eu de graves répercussions sur la santé physique et le bien-être psychologique de nombreuses personnes » et qu'elles constituaient un « traitement cruel et inusité » qui violait la Charte canadienne des droits et libertés[18].

La juge Mactavish écrivait notamment :

« [9] J'ai cependant conclu que, bien qu'il soit loisible au gouvernement d'établir des priorités et d'imposer des restrictions aux régimes d'avantages sociaux, comme le Programme fédéral de santé intérimaire, le fait de faire délibérément subir un traitement défavorable à un groupe de personnes, de toute évidence, vulnérables, pauvres et défavorisées fait en sorte que la présente situation déborde du cadre des cas traditionnels de contestation de programmes d'avantages sociaux fondés sur la Charte.

[10] En ayant apporté les modifications au Programme fédéral de santé intérimaire en 2012, l'exécutif a délibérément cherché à compliquer encore plus les choses pour ces personnes défavorisées dans le but d'encourager les personnes venues au Canada afin d'y demander sa protection à quitter le pays plus rapidement et de dissuader les autres de venir au Canada.

[11] Je suis convaincue que les personnes touchées sont victimes d'un "traitement" au sens de l'article 12 de la Charte et que ce traitement est effectivement "cruel et inusité", et ce, tout particulièrement, mais non exclusivement, car il touche des enfants qui ont été amenés au Canada par leurs parents. Les modifications apportées en 2012 au Programme fédéral de santé intérimaire pourraient compromettre la santé, la sécurité, voire la vie de ces enfants innocents et vulnérables d'une manière qui choque la conscience et qui porte atteinte à la dignité humaine. Elles violent l'article 12 de la Charte. »

En réponse à cette décision, le 5 novembre 2014, le gouvernement fédéral a rétabli une partie de la couverture PFSI coupée en juin 2012. Ces nouvelles mesures améliorent la couverture des soins pour certains groupes de demandeurs d'asile et réfugiés, mais pas pour tous. Il s'agit d'un programme temporaire mis en vigueur pour la durée des procédures en appel[19].

Par ailleurs, le 6 novembre 2014, le gouvernement fédéral a abrogé l'Ordre en conseil de 1957 qui avait créé le PFSI, ce qui pourrait indiquer une volonté d'abolir le PFSI, quelle que soit l'issue des procédures judiciaires[20].

17. M.-J. Ouimet et al., « Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal : prévalence et facteurs de risque associés », 2008, 99 : 6, RCSP.
18. Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général), 2014, CF 651, para 9-11, Juge Mactavish [Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés].
19. Gouvernement du Canada, « Avis mesures temporaires visant le Programme de santé intérimaire », 2014, disponible en ligne : *Gouvernement du Canada*, <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/avis/2014-11-04.asp>.
20. Nav Persaud et Paul Webster, « Ottawa Erases Legal Basis for Refugee Care », 2015, disponible en ligne : CMAJ : Medical Knowledge that Matters, <http://www.cmaj.ca/site/earlyreleases/21jan15_Ottawa-erases-legal-basis-for-refugee-care.xhtml>.

Les barrières linguistiques et les barrières culturelles constituent d'autres obstacles. Effectivement, certains idéaux et croyances restreignent l'accès des migrants à la santé. Une expérience menée à partir d'un échantillon de la population immigrante de la ville de Sudbury sur les iniquités de santé en milieu minoritaire démontre, notamment, « que certaines réalités de la culture d'origine peuvent générer des situations délicates ou retarder l'accès aux soins :

- Non-manifestation ouverte de la douleur chez l'homme (perception de la virilité)
- Non-maîtrise des systèmes de tri dans les urgences
- Utilisation d'euphémismes pour désigner certaines maladies considérées comme étant graves ou dégradantes dans leur culture d'origine
- Non-révélation au malade d'un état de santé critique
- Systèmes de services non familiers
- Contraintes religieuses[21] ».

Quant aux barrières linguistiques, celles-ci résident dans le fait que, pour certains individus ne comprenant pas le professionnel de la santé, il peut être délicat de faire appel à un interprète. En effet, cela compromettrait l'aspect privé et confidentiel d'une consultation ou d'un traitement, ce qui peut fortement gêner le patient[22]. Dans le même ordre d'idées, « [c]es difficultés de communication génèrent, entre autres, frustrations, stress et automédication[23] ».

L'impact de l'exclusion sur la santé des personnes exclues

En premier lieu, il importe de souligner que les répercussions du délai de carence de la RAMQ sur les migrants ne sont que peu documentées, notamment au Québec en raison des grandes difficultés logistiques et éthiques représentées par ces études[24]. Néanmoins, il est possible d'extraire, à partir d'études ontariennes et américaines, un éventail d'effets communs qui peuvent s'appliquer à la situation québécoise[25]. Compte tenu des multiples obstacles susceptibles de s'interposer entre les personnes migrantes et le système de soins de santé (obstacle de la langue, obstacles culturels, ignorance des régimes et des politiques en la matière[26]), le fait d'être exclu du régime d'assurance maladie pour une durée de 3 mois se traduit par un retard dans la « dispensation des soins de santé[27] ». Effectivement, le délai dissuade les migrants, souvent en situation économique précaire[28], de consulter – phénomène qui entraîne nécessairement des conséquences néfastes pour la médecine préventive[29]. Cette dernière tente, par définition, de prévenir, de sensibiliser, de dépister et de suivre, à partir du stade le plus précoce, les maladies chroniques. Un délai de carence constitue un obstacle à

21. Amélie Hien et Jean Lafontant, *supra* 14, p. 76.
22. Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude n° 40, 2002, p. 9.
23. Amélie Hien et Jean Lafontant, *supra*, note 14, p. 76.
24. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *supra*, note 2, p. 12.
25. *Ibid.*, p. 13.
26. Québec, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé : incidence de l'immigration sur le système de santé au Québec*, rapport n° 6, 2008, p. 4.
27. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *supra*, note 2, p. 11.
28. *Ibid.*
29. *Ibid.,* p. 13.

l'exercice de cette médecine, conduisant l'individu à développer des problèmes de santé reliés à l'hypertension, la tuberculose, le VIH/sida, ainsi qu'à une aggravation de problèmes mentaux[30]. Les consultations sont souvent tardives, en urgence et parfois de manière irrégulière[31], ce qui implique des « coûts supplémentaires, absorbés par le régime public, là où [le gouvernement] voulait faire des économies[32] ». Quant aux cas d'accidents ou de maladies graves requérant un soutien immédiat, il a été relevé que les soins de santé nécessaires sont prodigués, mais que les tests et les rendez-vous de suivi, ainsi que les traitements nécessaires ne sont pas garantis, faute de paiement ou à cause d'une incapacité manifeste du migrant de payer les services de soins de santé[33].

Il est vrai que le règlement relatif au délai de carence présente actuellement trois cas d'exceptions. En effet, tel qu'inscrit sur le site officiel de la RAMQ, les soins de santé reliés « à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse ; [ceux qui sont] nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle [ou encore, ceux qui sont] nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique » sont prodigués gratuitement, et ce, dans le contexte des trois mois du délai de carence[34]. Ce règlement, bien que plus inclusif pour les migrants, revêt un caractère arbitraire, dans la mesure où il reconnaît une prévalence ou une plus grande urgence au traitement de certains types de besoins relatifs aux soins de santé plutôt qu'à d'autres. En effet, comme le souligne le rapport de l'*Ontario Medical Association*[35], il n'y a aucun argument médical qui pourrait soutenir le fait qu'il devrait y avoir un accès aux soins de santé gratuit privilégié pour les victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle, considérant que les blessures issues d'un accident automobile ou que les problèmes médicaux ponctuels (un accident cardio-vasculaire, une appendicite aiguë, etc.[36]) ne sont pas moins graves et ne requièrent pas une intervention moins urgente[37]. Dans le même ordre d'idée, il est intellectuellement périlleux de reconnaître l'importance de l'accès à la santé à un groupe de personnes distinct, et ce, sans réel argument médical[38]. Par ailleurs, ces exceptions sont souvent mal connues des patients ainsi que du personnel médical et administratif, ce qui entraîne des refus de dispensation de traitement et des délais de consultation même pour cette catégorie de patients.

En second lieu, il pourrait être pertinent de comparer l'impact effectif de ce système avec les objectifs initiaux pour lesquels il a été mis en pratique et de déterminer en quoi les répercussions recherchées ne sont pas celles qui sont d'actualité. L'une des justifications du gouvernement québécois dans l'élaboration de ce délai de carence, en 2001, définissait un besoin d'uniformiser les politiques du régime d'assurance santé avec celles des autres provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick[39]), en faisant valoir le souci de se prémunir contre le tourisme médical[40]. En effet, le gouvernement estime économiser « deux millions de dollars

30. *Ibid.*
31. Ontario Medical Association, « OMA Policy Paper : Reviewing the OHIP Three~Months Wait : an Unreasonable Barrier to Accessing Healthcare », 2011, 73:13~8 OMR 13, p. 15, disponible en ligne : oma.org < https ://www.oma.org/Resources/Documents/Apr11_OHIP_feature_pp13-18.pdf>.[Ontario Medical Association]
32. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *supra*, note *2*, p. 13.
33. Ontario Medical Association, *supra*, note *31*, p. 14.
34. Gouvernement du Québec, « Facturation pendant le délai de carence », 2014, disponible en ligne : Régie de l'assurance maladie du Québec <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirurgiens-dentistes/facturation/Pages/delai-carence.aspx>.
35. Ontario Medical Association, *supra*, note *31*.
36. *Ibid*., p. 16.
37. *Ibid*.
38. *Ibid*., p. 17.
39. Jill Hanley, *supra*, note *12.*
40. *Ibid.*

causés par des “abus” du système de santé (le budget consacré à la santé s’élève à plusieurs milliards de dollars) sans préciser – chiffres à l’appui – le rôle, s’il y en a un, des immigrants dans ces prétendus abus[41] ». Ces deux millions de dollars ne représentent que 0,01 % du budget de deux milliards de dollars que le Québec alloue aux services de soins de santé[42]. « Compte tenu que cette réglementation touche 40 000 immigrants par année, les personnes concernées ne représentent que 0,6 % de la population totale. Même s’ils utilisaient le système de santé de façon “normale” – ils ne le font pas, vu l’effet de “l’immigrant en santé” […] la prestation de soins de santé publique aux nouveaux arrivants ne coûterait qu’un million de dollars, tout au plus[43]. »

En 2011, l’Association médicale ontarienne[44], dans son rapport *Reviewing the OHIP Three-Months Wait : an Unreasonable Barrier to Accessing Health Care*, conclut aussi que le délai de carence de l’*Ontario Health Insurance Plan* se présente concrètement comme une barrière à l’accès à la santé, en plus de ne pas être pertinent en termes économiques[45]. De surcroît, il peut être rappelé que le Nouveau-Brunswick, qui pratiquait cette politique du délai de carence, a, en février 2010, suivi l’exemple du reste du Canada (outre l’Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et le Yukon) en éliminant la période d’attente de 3 mois[46].

> Les réfugiés ne viennent pas pour profiter du système de soins de santé. Ils viennent ici pour se sauver de conflits armés ou de famines.
>
> ***Canadian Doctors for Refugee Care***

En ce qui concerne les compressions du PFSI, les décisions du gouvernement fédéral ont été prises sans qu’il y ait eu recours à une analyse approfondie. Le gouvernement prévoit économiser 100 millions de dollars en cinq ans, de prévenir le tourisme médical et de favoriser l’équité dans les soins de santé[47]. Néanmoins, un retard dans les consultations et dans le traitement peut entraîner l’aggravation des problèmes de santé, comme celui imposé par le délai de carence qui « prolongera davantage le temps d’attente à l’urgence et accroîtra les coûts systémiques des soins aigus[48] ». Il faut aussi considérer le fait que de 35 à 45 % des refugiés deviennent citoyens canadiens, ce qui impliquera leur fréquentation du système de santé pour des problèmes aggravés par la négligence du système[49]. Avant le 5 novembre 2014, un enfant présentant des exacerbations aiguës de l’asthme ou une pneumonie bactérienne aiguë [50] n’avait pas de couverture fédérale pour les médicaments dans les provinces qui n’avaient pas adopté de programme pour compenser ces compressions. « Cet enfant devra probablement retourner au département d’urgence à maintes reprises pour recevoir une thérapie aux bronchodilatateurs, finir par être hospitalisé ou admis aux soins intensifs s’il ne peut se permettre les médicaments prescrits. Non traitées, l’exacerbation de l’asthme et la pneumonie risquent de mettre en jeu son pronostic vital[51]. »

---

41. *Ibid.*
42. *Ibid.*
43. *Ibid.*
44. OMA, de son acronyme anglophone.
45. Ontario Medical Association, *supra*, note *31*, p. 13.
46. Rikita Goel, « Waiting for Care : Effects of Ontario’s 3 Months Waiting Period for OHIP on Landed Immigrants », 2013, 59:6 CFP e269, p. 3, diponible en ligne : cfp.ca <http://www.cfp.ca/content/59/6/e269.full>.
47. « *The Issue* » (2014), en ligne : *Canadian Doctors for Refugee Care* <http://www.doctorsforrefugeecare.ca/the-issue.html>. [*The Issue*]
48. Conseil canadien pour les réfugiés, « Programme fédéral de santé intérimaire », 2014, disponible en ligne : Conseil canadien pour les réfugiés < http://ccrweb.ca/fr/pfsi>. [Conseil canadien pour les réfugiés]
49. The Issue, *supra*, note *47*.
50. Lindy Samson et Charles Hui, « Les compressions au programme de santé pour les réfugiés mettent les enfants et les adolescents en danger », 2012, p. 1, disponible en ligne : Société canadienne de pédiatrie <http://www.cps.ca/advocacy/CPS_RefugeeHealth-f.pdf>. [Lindy Samson et Charles Hui]
51. *Ibid.*

Du point de vue de l'équité, il est important de garder à l'esprit le fait suivant :

« *The refugees previously received nothing more than what the lowest income Canadians who receive social assistance do. They now have much less. The equity argument also pits Canadians against refugees and denies the tremendous hardship experienced by most refugees*[52]. »

Finalement, le Conseil Canadien pour les refugiés se désole de constater que les coupures « ont conduit à […] de la confusion et à de l'anxiété pour les demandeurs d'asile et autres personnes affectées, à de la confusion chez les fournisseurs de soins de santé au sujet de la couverture des patients, à ce que certaines personnes soient laissées sans aucune couverture de soins de santé, incluant celles en attente d'un rendez-vous pour faire une demande d'asile, à ce que certaines personnes soient laissées sans aucun moyen de payer pour les médicaments nécessaires, à la perte des services de soutien psychologique pour les réfugiés qui ont été victimes de torture, de viol ou d'autres formes de violence organisée[53]. »

52. The Issue, *supra*, note *47.*
53. Conseil canadien pour les réfugiés, *supra*, note *48*.

Recommandations

Considérant les obligations internationales du Canada et du Québec ;

Considérant le principe de non-discrimination et d'équité stipulé dans la Charte québécoise et canadienne des droits de la personne ;

Considérant l'absence de justification fondée pour procéder aux mesures de délai de carence imposées par le gouvernement du Québec pour donner accès à la couverture médicale aux résidents permanents ;

Considérant les principes défendus par le ministère des Relations internationales et de la Francophonie du gouvernement du Québec, en l'occurrence l'engagement solidaire et les droits de la personne ;

Médecins du Monde recommande :

1. L'abolition du délai de carence ;
2. L'obtention d'une couverture médicale minimale pour les personnes en attente d'une décision suite à une demande humanitaire ou un parrainage ;
3. La prise en charge médicale des femmes enceintes en démarche de régularisation de leur statut migratoire ;
4. L'accès à une couverture médicale pour tous les enfants nés au Canada, sans égard au statut migratoire de leurs parents ;
5. L'accès aux soins complémentaires, tels que la dentisterie et la psychothérapie aux personnes éligibles au PFSI.

Annexe I

Quand référer à la Clinique Migrants de Médecins du Monde ?

Les statuts migratoires et l'accès aux soins de santé

Téléphone de la clinique MdM : 514-609-4197

RÉSIDENTS PERMANENTS ■ IMMIGRANTS

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Immigrants	Immigrants reçus qui ont obtenu la résidence permanente. Comprend les immigrants économiques, les immigrants parrainés par un proche qui vit au Canada (résident permanent ou citoyen canadien) et les immigrants acceptés pour des raisons humanitaires.	RAMQ	Délai de carence de 3 mois après leur arrivée au Québec : aucun accès aux soins, sauf pour les soins de grossesse, les soins pour une victime de violence conjugale et les soins nécessaires pour la santé et la sécurité publiques. ***Référer à MdM pendant le DDC***

TRAVAILLEURS ÉTRANGERS ■ TRAVAILLEURS ÉTRANGERS TEMPORAIRES TRAVAILLEURS MIGRANTS ■ AIDES FAMILIALES ■ TRAVAILLEURS AGRICOLES

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Travailleurs étrangers temporaires	Migrants venus au Canada pour travailler. Comprend les travailleurs étrangers temporaires, les travailleurs agricoles saisonniers, les travailleurs peu spécialisés et les aides familiales résidentes.	RAMQ si permis de travail de plus de 6 mois ; aucune si permis de travail de moins de 6 mois.	Aucune couverture médicale pour les travailleurs ayant un permis de travail de moins de 6 mois. Ceux ayant un permis de travail de plus de 6 mois sont sous DDC pour les 3 premiers mois. Le travailleur perd sa couverture s'il perd son emploi, si le permis de travail arrive à échéance ou s'il se trouve en processus de renouvellement de son permis. ***Référer à MdM pendant le DDC ou si aucune couverture médicale***

RÉFUGIÉS ■ DEMANDEURS D'ASILE
REQUÉRANTS DE STATUT DE RÉFUGIÉ ■ RÉFUGIÉS REFUSÉS

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Réfugiés acceptés	Comprend les réfugiés parrainés par le gouvernement, les réfugiés parrainés par le secteur privé et les réfugiés dont la demande d'asile a été acceptée.	PFSI pendant le DDC, ensuite RAMQ	Couverture des soins de santé et des médicaments ***À référer au PRAIDA***
Demandeurs d'asile (DA)	Personnes qui demandent le statut de réfugié au Canada	PFSI (et RAMQ)	DA ne provenant pas de POD : – Couverture des soins de santé par le PFSI – Couverture des médicaments par la RAMQ DA provenant de POD : – Couverture des soins et médicaments si nécessaires pour la santé et la sécurité publiques par le PFSI – Couverture des soins et médicaments par la RAMQ ***À référer au PRAIDA***
Demandeurs d'asile en attente de renvoi	Principalement des DA dont la demande a été refusée, en attente de déportation. Comprend aussi des DA déboutés originaires de pays sous moratoire (suspension temporaire des renvois). Ces pays sont la République démocratique du Congo, le Zimbabwe, Haïti, l'Afghanistan et l'Irak.	PFSI (et RAMQ)	Couverture des soins et médicaments si nécessaire pour la santé et la sécurité publiques jusqu'à la date fixée pour le renvoi. Couverture des soins et médicaments par la RAMQ jusqu'à la date fixée pour le renvoi. ***À référer au PRAIDA si PFSI valide, sinon référer à MdM***

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ■ ÉTUDIANTS INTERNATIONAUX

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Étudiants étrangers	Permis de séjour temporaire lié aux études à temps plein	Aucune – ont normalement une assurance privée	Aucune couverture car ils devraient théoriquement avoir une assurance médicale privée. Plusieurs assurances ne couvrent pas les soins de grossesse ! ***Référer à MdM s'ils n'ont pas d'assurance privée ET si leur situation est précaire. Sinon, référer au bureau des étudiants internationaux de leur institution.***

SANS-PAPIERS ■ PERSONNES SANS STATUT ■ TOURISTES ■ VISITEURS

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Personnes en attente de statut	Personnes en attente de parrainage (conjoint ou enfant à charge), en attente de résidence permanente ou ayant une demande humanitaire en cours	Aucune ; possibilité de couverture temporaire de la RAMQ dans certains cas	Couverture temporaire de la RAMQ (avec DDC) seulement si : – Demande de RP effectuée du Canada – Le demandeur a obtenu son CSQ – Demande de RP jugée recevable par CIC – Aucune couverture pour les autres demandeurs ***Référer à MdM***
Apatrides	Personnes sans aucune citoyenneté	Aucune	***Référer à MdM***
Visiteurs	Permis de séjour temporaire pour des fins de tourisme	Aucune	Aucune couverture car ils devraient théoriquement avoir une assurance médicale privée. ***Référer à MdM s'ils sont en situation précaire, s'ils vivent au Canada depuis plus de 6 mois, ou s'ils sont en démarche de régularisation***
Personnes sans statut	Personnes qui demeurent au Canada sans permission légale. Peuvent être des demandeurs d'asile déboutés restés au Canada après la date fixée pour le renvoi, personnes restées au Canada après la date limite de leur visa	Aucune	***Référer à MdM***

CITOYENS CANADIENS

STATUT MIGRATOIRE	DESCRIPTION DU STATUT	COUVERTURE MÉDICALE	PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS
Enfants nés au Canada	Enfants nés au Canada (citoyens canadiens) de parents sans statut	Aucune	Énormes difficultés d'accès à la RAMQ, car ce sont les parents qui doivent en faire la demande pour l'enfant (de 0 à 18 ans) : RAMQ refusée si les parents n'ont pas de statut légal au Canada ***Référer à MdM***

NB : les citoyens canadiens ne sont pas admissibles à la clinique de MdM ; la seule exception concerne les enfants nés au Canada de parents sans statut, qui n'ont pas accès à la RAMQ en raison du statut de leurs parents.

ACRONYMES :
DA : Demandeur d'asile
DDC : Délai de carence
CIC : Citoyenneté et Immigration Canada
CSQ : Certificat de sélection du Québec
PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire
POD : Pays d'origine désigné
PRAIDA : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
RP : Résidence permanente

Annexe II

Soins de santé – Demandeurs d'asile et réfugiés – Québec

Nouveau régime – à jour le 1er décembre 2014

STATUT MIGRATOIRE	SOINS MÉDICAUX, DIAGNOSTICS, HOSPITALIERS	MÉDICAMENTS	SOINS SUPPLÉMENTAIRES
Enfants de moins de 19 ans éligibles au PFSI (tous)	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral)	Soins sup. (fédéral)
Femmes enceintes éligibles au PFSI (toutes) + 2 mois postnatal*	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral	
Réfugiés pris en charge par le gouvernement	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral)	Soins sup. (fédéral)
Victimes de la traite	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral)	Soins sup. (fédéral)
Réfugiés parrainés par la collectivité avec Programme d'aide à la réinstallation (PAR)	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral)	Soins sup. (fédéral)
Réfugiés parrainés par la collectivité sans PAR	Soins de base (fédéral)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral)	
Demandeurs d'asile jusqu'à leur acceptation comme réfugiés OU le rejet final de tout appel	Soins de base (fédéral)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) + Couverture médicaments de l'aide sociale OU Régime public d'assurance médicaments du Québec	Soins supplémentaires (Québec)
Demandeurs refusés dont le renvoi est suspendu**	Soins de base (fédéral)	Médicaments (fédéral)	Soins supplémentaires (Québec)

STATUT MIGRATOIRE	SOINS MÉDICAUX, DIAGNOSTICS, HOSPITALIERS	MÉDICAMENTS	SOINS SUPPLÉMENTAIRES
Demandeurs refusés entre le rejet final de tout appel et la date de renvoi (dont le renvoi n'est pas suspendu)	Soins pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) + Soins de médecins pour les maladies autres que celles posant un risque pour la santé ou la sécurité publiques – remboursement RAMQ + Accès garanti à l'ensemble des soins médicaux, diagnostiques et hospitaliers, même si pas remboursés (interdit de facturer le patient)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) + Couverture médicaments de l'aide sociale OU Régime public d'assurance médicaments du Québec	Soins supplémentaires (Québec)
Demandeurs d'asile acceptés (en attente de carte RAMQ, max. 45 j)	Soins de base (fédéral)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) + Couverture médicaments de l'aide sociale OU Régime public d'assurance médicaments du Québec	Soins supplémentaires (Québec)
Personnes avec une Évaluation de risques avant renvoi (ERAR) favorable	Soins de base (fédéral)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral)	
Personnes éligibles seulement à une demande d'ERAR	Soins pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral)	Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral)	

Soins de base (fédéral) : même couverture des soins médicaux, diagnostiques, hospitaliers et de sage-femme que la RAMQ (couverture complète).

Soins pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) : soins médicaux et hospitaliers limités à 35 maladies contagieuses, dont la tuberculose, le VIH/sida, les ITS et des maladies pouvant être prévenues par la vaccination, ainsi que les psychoses agressives. Liste : note 3 de la grille à https ://www.medavie.bluecross.ca/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobheadervalue2=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobheadername2=MDT-Type&blobkey=id&blobwhere=1187213211399&blobheader=application%2Fpdf

MAIS : la visite médicale initiale et les tests diagnostiques nécessaires pour confirmer ou exclure la présence d'une maladie posant un risque pour la santé ou la sécurité publiques sont remboursés dans la plupart des cas. Il suffit que le diagnostic provisoire soit listé à l'Annexe A :

https ://www.medavie.bluecross.ca/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobheadervalue2=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobheadername2=MDT-Type&blobkey=id&blobwhere=1187213-211759&blobheader=application%2Fpdf

Si le médecin conclut qu'il ne s'agit pas d'une maladie posant un risque pour la santé ou la sécurité publiques, les soins subséquents ne sont pas couverts par le fédéral (Croix Bleue Medavie)

Soins de médecins pour les maladies autres que celles posant un risque pour la santé ou la sécurité publiques – remboursement RAMQ : le Québec (RAMQ) rembourse les médecins pour les soins donnés aux demandeurs d'asile avec certificat PFSI, incluant les demandeurs refusés, dans les cas où ces soins ne sont pas remboursés par le fédéral.

Médicaments (fédéral) : semblable à la couverture des médicaments pour les prestataires de l'aide sociale.

Médicaments pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) : pour la liste des maladies posant un risque pour la santé ou la sécurité publiques, voir ci-dessus « soins pour la santé ou la sécurité publiques (fédéral) ».

Couverture médicaments de l'aide sociale OU Régime public d'assurance médicaments du Québec : pour les demandeurs d'asile prestataires de l'aide sociale, c'est la même couverture médicaments que les autres prestataires de l'aide sociale. Ceux qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale ont accès au Régime québécois d'assurance médicaments.

Soins supplémentaires (fédéral) : semblable à la couverture des soins supplémentaires pour les prestataires de l'aide sociale – soins dentaires de base, examen de la vue, réadaptation, physiothérapie, psychothérapie, soins à domicile, prothèses, appareils de mobilité, etc.

Soins supplémentaires (Québec) : couverture des soins de réadaptation, la physiothérapie et les soins à domicile ; accès aux services psychosociaux dans les CLSC, incluant la psychothérapie. Les demandeurs d'asile prestataires de l'aide sociale âgés de 19 ans et plus ont droit aux mêmes soins supplémentaires que les autres prestataires de l'aide sociale, SAUF les soins dentaires, les prothèses dentaires et les examens de la vue. Pour les enfants de moins de 19 ans, tous les soins sont maintenant couverts par le fédéral.

Accès garanti à l'ensemble des soins médicaux, diagnostiques et hospitaliers, même si pas remboursés (interdit de facturer le patient) : tous les demandeurs d'asile, incluant les demandeurs refusés, ont droit aux mêmes soins médicaux, diagnostiques et hospitaliers que les détenteurs de la carte RAMQ. Il est strictement interdit aux médecins et aux établissements de santé d'en exiger le paiement aux demandeurs d'asile avec une couverture PFSI valide, sauf s'il s'agit de frais accessoires dont doivent aussi s'acquitter les patients RAMQ : http://media.ofsys.com/T/OFSYS/H/698094/acndbF/Lettre-Directives-MSSS-Nov2013.pdf

Il est à noter que la RAMQ rembourse les médecins, mais pas les établissements. Cependant, les établissements ont l'obligation de donner les soins à cette population, tout comme les médecins.

*Formulaire à remplir par un professionnel de la santé attestant de la grossesse : https ://www.medavie.bluecross.ca/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobheadervalue2=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobheadername2=MDT-Type&blobkey=id&blobwhere=1187213211585&blobheader=application%2Fpdf

Il est à noter que si la femme enceinte est demandeur d'asile ou demandeur refusé, elle conserve son accès au régime de soins supplémentaires du Québec.

**Pays vers lesquels le renvoi est suspendu : Afghanistan, République démocratique du Congo, Irak, République centrafricaine, Gaza, Mali, Somalie, Soudan du Sud et Syrie. Jusqu'à récemment, les renvois étaient également suspendus vers Haïti et le Zimbabwe, mais la suspension des renvois a été levée le 1er décembre 2014. Les demandeurs d'asile refusés provenant d'Haïti ou du Zimbabwe ont maintenant la même couverture que les autres demandeurs refusés.

Pour plus d'informations sur le programme fédéral (PFSI) :

http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/arrivee-sante.asp

https ://provider.medavie.bluecross.ca/fr/

Annexe III

Accès à la RAMQ pour un nouveau-né

ADMISSIBILITÉ

- Au moins un des deux parents est **citoyen** ou **résident permanent**
- Au moins un des deux parents a une **carte RAMQ valide**
  - **Permis de travail fermé** de plus de 6 mois
  - **Permis de travail postdiplôme**
  - **Étudiant étranger à temps plein** provenant d'un pays avec lequel le Québec a conclu des **ententes de réciprocité en matière de sécurité sociale :** France, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Suède
  - **Étudiant étranger** (quel que soit le pays d'origine) ayant reçu une **bourse d'un programme officiel** du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ou du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et des Sciences

  ➨ *Le statut de l'enfant se rattache à celui des parents.*
- Au moins un des deux parents est dans un **processus d'établissement** au Québec
  - Demande d'**asile**
  - Demande **humanitaire**
  - Autre type de demande de **résidence permanente**

  ➨ *Dans tous les cas, les frais du bébé sont couverts ou remboursables par la RAMQ.*

  ➨ *Le bébé recevra une carte RAMQ valide pendant 8 ans.*

NON-ADMISSIBILITÉ

- Parents sans statut
- Parents ayant un visa de visiteur
- Parents ayant un visa d'étudiant (sauf en provenance des pays énumérés ci-dessus ou boursiers)
- Parents ayant un permis de travail ouvert
- Parents ayant un permis vacances-travail