

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 40

La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants

par

Anita J. Gagnon, Ph.D.

Université McGill



novembre 2002

Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN

ISBN 0-662-87885-X

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	iv
Sommaire	v
Remerciements	vii
Introduction	1
Portée du présent document	2
Contexte	3
Les sous-groupes marginalisés au Canada	3
Les nouveaux arrivants comme groupe potentiellement marginalisé	3
Les besoins des nouveaux arrivants	6
La santé des nouveaux arrivants au Canada	6
Les valeurs canadiennes liées à la réceptivité aux besoins des nouveaux arrivants	8
Obstacles potentiels à l'accès et à l'utilisation	9
Lignes directrices sur les « meilleures pratiques » liées à la prestation des services de santé aux nouveaux arrivants	10
Résumé des besoins des nouveaux arrivants	10
Réponses gouvernementales aux besoins de santé des nouveaux arrivants	11
Méthodes	11
Accès aux services	11
Exemples de « meilleures pratiques »	14
Commentaires	17
Dilemmes, défis et choix	17
Recommandations	18
Conclusion	20
Bibliographie	21
Appendice	26

Points saillants

- Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*.
- Parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il y a les nouveaux arrivants au Canada, en particulier les personnes qui sont en situation précaire dans le système d'immigration, par exemple les demandeurs d'asile et les personnes à risque élevé comme les réfugiés qui arrivent au Canada en provenance de régions où il y a des conflits.
- Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels les nouveaux arrivants sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant à obtenir des soins, les barrières linguistiques, les soins non appropriés sur le plan culturel et les difficultés de cheminement dans le système de santé.
- Le Canada a répondu à certains besoins sur le plan de l'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), mais de sérieux obstacles persistent en ce qui a trait à l'accès aux services par l'intermédiaire de ce programme.
- Il y a de nombreuses autres approches que le Canada pourrait adopter pour améliorer davantage la réceptivité du système.

Sommaire

Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*. Cette loi a été élaborée en vue d'« égaliser » l'état de santé en « égalisant » l'accès aux services, considéré à l'époque comme le principal déterminant de la santé. De nos jours, parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il a les nouveaux arrivants au Canada et, plus précisément, les personnes qui ont un statut précaire dans le système d'immigration, comme les demandeurs d'asile, et les personnes à risque élevé, comme les réfugiés arrivant au Canada en provenance de régions où il y a des conflits. Les besoins particuliers des nouveaux arrivants ne sont souvent pas pris en compte de façon systématique. La présente étude décrit les variations dans les besoins de soins de santé selon la classification de l'immigration et tente de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants?

Le « système canadien de soins de santé » désigne ici les services fournis ou appuyés par l'un ou l'autre des paliers de gouvernement. Aux fins de la présente étude, l'expression « nouveaux arrivants » signifie principalement les populations mobiles suivantes : les résidents permanents, les personnes possédant un permis de travail, les étudiants étrangers, les réfugiés et les demandeurs d'asile. La mesure dans laquelle nous pouvons répondre à cette question est limitée par les contraintes d'espace et de temps fixées par la Commission. En outre, nous n'avons pas assez de temps pour procéder à une vérification détaillée des résultats. L'étude ne vise donc pas à présenter un examen exhaustif de la documentation ou des services offerts. Plutôt, elle vise à présenter des données suffisamment détaillées pour permettre de faire des comparaisons générales au sujet de la prestation des services à ces populations dans les provinces et territoires canadiens et dans cinq pays étrangers (Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède et Royaume-Uni). Ces comparaisons serviront de point de référence pour l'analyse de la mesure dans laquelle le Canada répond de façon optimale aux besoins de ce groupe marginalisé.

La santé d'un nouvel arrivant varie vraisemblablement en fonction des antécédents de migration, bien que les bases de données soient inadéquates pour répondre directement à cette question. On peut s'attendre à ce que les migrants qui ne sont pas forcés de quitter leur pays d'origine aient un profil de risque sanitaire moins élevé que les personnes qui sont expulsées. Nous savons que les nouveaux arrivants sous-utilisent les services et il se peut que certains Canadiens préfèrent que l'on accorde aux nouveaux arrivants un accès limité aux services. Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels ces personnes sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant des soins, les barrières linguistiques, des soins non appropriés sur le plan culturel, ainsi que les difficultés de cheminement dans le système de santé. On peut concevoir les soins optimaux comme étant fondés sur certaines valeurs fondamentales : l'accès, l'inclusion, l'habilitation, les services définis en fonction des usagers, l'holisme, le respect, la sensibilité culturelle, le développement communautaire, la collaboration, l'obligation de rendre compte, l'orientation sur le changement positif et la fiabilité (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998).

Nous avons recherché, colligé et compilé les renseignements sur l'accès aux services pour toutes les provinces et territoires aux fins de comparaison. Certains pays ont aussi été choisis aux fins de comparaison en fonction de la similitude des profils d'immigration, des systèmes

économiques et des structures des systèmes de santé. La grande majorité des renseignements a été obtenue en faisant des recherches poussées sur des sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux et dans la documentation qui y est citée, et en contactant subséquemment des personnes et des organisations par courrier électronique pour obtenir l'information manquante. Des renseignements ont été demandés aux ministères de la santé, aux organismes gouvernementaux d'assurance-maladie, aux ministères de l'immigration, aux organismes régionaux de services de santé et de services sociaux, aux principaux bureaux municipaux, provinciaux, territoriaux et nationaux, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales (ONG), y compris celles agissant comme organisations ombrelles pour les autres ONG et celles qui servent directement les migrants. Les moteurs de recherche Google, Yahoo et Alta Vista ont été employés. Les bases de données électroniques documentaires ont aussi été consultées pour un supplément d'information. Les références bibliographiques provenant des textes répertoriés ont aussi fait l'objet d'un examen. Le « serveur de listes » du Conseil canadien pour les réfugiés a servi à identifier des exemples de cas posant un problème d'accès pour les nouveaux arrivants.

Le Canada a répondu à certains besoins d'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cependant, de sérieuses difficultés persistent au niveau de l'accès aux services dans le cadre de ce programme, notamment les longs délais de traitement des dossiers d'immigration, les erreurs dans les formulaires remplis, la couverture limitée aux services essentiels et le fardeau administratif imposé aux prestataires de services. D'autres pays comparables n'ont généralement pas créé de mécanisme de financement distinct pour les soins de santé dispensés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile; ils ont plutôt limité l'accès aux services disponibles selon la catégorie d'immigration et la durée de séjour au pays.

À travers le Canada et au niveau national, il existe plusieurs programmes spéciaux à l'intention des nouveaux arrivants qui respectent à de nombreux égards les lignes directrices sur les « meilleures pratiques ». Les exemples de « meilleures pratiques » d'autres pays dont le Canada pourrait vouloir s'inspirer englobent les lois linguistiques de la Nouvelle-Zélande qui prévoient le recours aux services d'un interprète pour toute personne qui en a besoin, les services d'interprétation étendus existant en Australie, et les centres multidisciplinaires de réinstallation en Nouvelle-Zélande qui offrent toute une gamme de services aux réfugiés nouvellement arrivés sur une base périodique. Parmi les initiatives recouvrant plus d'un pays qui pourraient intéresser le Canada il y a les Réseaux de l'Union européenne, qui vise à solutionner les questions de réinstallation communes, et le CIRT, auquel participent déjà plusieurs organismes canadiens.

En conclusion, le Canada s'est montré modérément réceptif aux besoins de santé des nouveaux arrivants. Il y a de nombreuses approches que le Canada pourrait adopter en vue d'améliorer davantage la réceptivité du système. Parmi celles-ci, mentionnons la réduction du fardeau administratif imposé aux prestataires de soins de santé dans le cadre du PFSI et la réduction des délais d'accès au programme, l'accès généralisé à des services d'interprétation et l'amélioration du contenu des banques de données sur la santé afin de permettre l'examen de l'état de santé et des soins de santé des nouveaux arrivants selon la catégorie d'immigration.

Remerciements

Je voudrais remercier Claude-Catherine Lemoine, Carla Pascoe et Robert Sewell pour leur diligence et leur persévérance dans le travail de recherche et de compilation d'une bonne partie des renseignements requis pour la production des tableaux qui accompagnent cette étude.

Introduction

Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*. Cette loi a été élaborée en vue d'« égaliser » l'état de santé en « égalisant » l'accès aux services, considéré à l'époque comme le principal déterminant de la santé. De nos jours, parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il a les nouveaux arrivants au Canada et, plus précisément, les personnes qui ont un statut précaire dans le système d'immigration, comme les demandeurs d'asile, et les personnes à risque élevé, comme les réfugiés arrivant au Canada en provenance de régions où il y a des conflits. Les besoins particuliers des nouveaux arrivants ne sont souvent pas pris en compte de façon systématique. La présente étude décrit les variations dans les besoins de soins de santé selon la classification de l'immigration et tente de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants?

Portée du présent document

Le présent document vise à répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants? Le « système canadien de soins de santé » désigne ici les services fournis ou appuyés par l'un ou l'autre des paliers de gouvernement. Aux fins de la présente étude, l'expression « nouveaux arrivants » signifie principalement les populations mobiles suivantes : les résidents permanents, les personnes possédant un permis de travail, les étudiants étrangers, les réfugiés et les demandeurs d'asile. La mesure dans laquelle nous pouvons répondre à cette question est limitée par les contraintes d'espace et de temps fixées par la Commission. En outre, nous n'avons pas assez de temps pour procéder à une vérification détaillée des résultats. L'étude ne vise donc pas à présenter un examen exhaustif de la documentation ou des services offerts. Plutôt, elle vise à présenter des données suffisamment détaillées pour permettre de faire des comparaisons générales au sujet de la prestation des services à ces populations dans les provinces et territoires canadiens et dans cinq pays étrangers (Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède et Royaume-Uni). Ces comparaisons serviront de point de référence pour l'analyse de la mesure dans laquelle le Canada répond de façon optimale aux besoins de ce groupe marginalisé.

Contexte

Les sous-groupes marginalisés au Canada

Les Canadiens et les autres personnes vivant au Canada sont généralement en santé (Organisation de coopération et de développement économiques, 2001), bien qu'il subsiste d'importantes différences dans la santé des sous-populations même après l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, qui garantit l'accès aux services hospitaliers et médicaux à la plupart des gens. Si des différences persistent même avec l'accès « universel » aux services, des facteurs autres que les services doivent alors jouer un rôle, ce qui a été clairement énoncé dans la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986). Les catégories de déterminants de la santé proviennent de travaux réalisés pour les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé et englobent : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le milieu physique, la biologie et le bagage génétique, les pratiques personnelles en matière de santé et l'aptitude à s'adapter, un sain développement durant l'enfance et les services de santé (Huff et Kline, 1999; ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994). Chaque catégorie influe différemment sur la santé.

Si l'objectif des divers paliers du gouvernement au Canada est de maximiser la santé de la population, alors les réactions potentielles du gouvernement doivent être comprises dans ce cadre général. Avec cela à l'esprit, les groupes marginalisés peuvent se définir comme ceux qui sont désavantagés par rapport à l'un ou plusieurs des déterminants reconnus de la santé. Ces groupes peuvent comprendre les personnes ayant un handicap physique ou mental, les autochtones, les personnes vivant dans la pauvreté ou les nouveaux arrivants, pour ne nommer que ceux-là.

Les nouveaux arrivants comme groupe potentiellement marginalisé

Une personne sur six au Canada est un nouvel arrivant (Statistique Canada, 1996) et les migrants les plus récents au Canada ont une probabilité plus grande d'appartenir à une minorité visible, de provenir d'un pays moins développé et d'être plus jeunes que les personnes arrivées antérieurement. Les nouveaux arrivants forment un groupe hétérogène. Celui-ci comprend, par exemple, les personnes arrivant au Canada dans la catégorie des immigrants indépendants, y compris les investisseurs qui ont d'importantes ressources économiques et autres, les immigrants de la catégorie des parents, qui viennent retrouver leur famille et qui, par conséquent, disposent souvent d'une structure de soutien social à leur arrivée, et les réfugiés, qui peuvent avoir de sérieux antécédents de violence, des ressources économiques et éducatives variées et une structure de soutien social limitée. Les expressions « immigrant admis » et « résident permanent » sont employées indistinctement, la dernière étant l'expression préférée dans plusieurs pays (par conséquent, c'est celle qui est utilisée dans le présent texte). Le tableau 1 résume les données canadiennes sur l'immigration.

Tableau 1		
Nouveaux arrivants au Canada, données de 2000		
Catégorie de nouveaux arrivants		Nombre
Résidents permanents (statut d'immigrant admis)	Catégorie de la famille	60 515
	Catégorie économique	132 118
	Aides familiales résidentes	2 784
	Candidats d'une province	1 252
	Catégorie des immigrants visés par une mesure de renvoi à exécution différée	297
	Catégorie des demandeurs non reconnus du statut de réfugié au Canada	163
Travailleurs temporaires		86 225
Étudiants		63 618
Réfugiés admis (réfugiés au sens de la Convention)	Parrainés par le gouvernement	10 661
	Parrainés par des organismes du secteur privé	2 905
	Personnes à charge à l'étranger	3 486
	Admis au Canada	12 978
Demandeurs du statut de réfugié/d'asile (y compris les résidents temporaires autorisés à demeurer au Canada pour des motifs humanitaires, c.-à-d. des personnes provenant de pays figurant sur la liste du moratoire, celles détenant une autorisation du ministre et celles ayant des antécédents de réfugiés mais qui n'ont pas déposé une demande de statut de réfugié).		35 368
Sources : Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a; Citoyenneté et Immigration Canada, 2001b.		

Chaque catégorie de nouvel arrivant a des besoins différents en matière de réinstallation et la classification administrative de la personne migrante détermine son admissibilité aux services de santé et aux services sociaux offerts par le gouvernement. Les études portant sur les nouveaux arrivants n'ont pu traiter des effets de cette hétérogénéité parce qu'elles auraient nécessité l'application de stratégies d'échantillonnage spécifiques pour faire en sorte qu'il y ait un nombre adéquat de personnes dans les diverses catégories administratives d'immigrants.

Les bases de données nationales existantes sont inadéquates pour étudier la complexité des déterminants de la santé des nouveaux arrivants (Dunn et Dyck, 1998). Ainsi, le Recensement canadien renferme des données, pour l'ensemble de la population, sur la langue maternelle et la langue parlée à la maison, le nombre d'immigrants admis (toutes catégories) et le moment auquel ils ont été admis (c.-à-d. ≤ 3 ou 5 années antérieures), les résidents non permanents, l'origine ethnique, les membres de la communauté « noire » et l'appartenance religieuse (Gravel et Battaglini, 2000). L'historique de la migration et les effets connexes ne peuvent être précisés

avec des données agrégées de cette façon. Les données sur les naissances et les décès sont aussi des statistiques pertinentes mais, encore une fois, sans le niveau de détail requis pour examiner les questions pertinentes aux diverses catégories de migrants. Les antécédents de migration que présentent certains nouveaux arrivants et la variation dans l'accès aux services selon la catégorie d'immigration incitent à penser qu'un nombre important de nouveaux arrivants devraient être considérés comme marginalisés, les personnes appartenant à la catégorie des réfugiés et des demandeurs d'asile étant celles dont l'état de santé est le plus précaire.

Le terme « réfugié » signifie « réfugié au sens de la Convention » puisque, dans la grande majorité des cas, ces personnes répondent à la définition de réfugié du HCNUR, c'est-à-dire une personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. » (HCNUR, 2000) Le classement dans la catégorie des « réfugiés » se produit principalement de deux façons au Canada : i) en ayant été sélectionné à l'étranger dans le cadre du processus du HCNUR; ii) au terme de l'acceptation d'une demande d'asile. Les demandes d'asile sont évaluées par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR). Les personnes sont classées comme « demandeurs d'asile » jusqu'à ce que leur dossier ait été évalué par la CISR. Les demandes d'asile peuvent être présentées à deux endroits. Premièrement, la demande peut être demandée à la frontière, auquel cas ces personnes sont appelées des « demandeurs à la frontière » ou des « demandeurs au point d'entrée ». Deuxièmement, la demande peut être présentée alors que la personne se trouve déjà au pays, auquel cas elle est appelée « demandeur de l'intérieur ». La distinction entre « réfugié », « demandeur à la frontière » et « demandeur à l'intérieur » est importante parce qu'elle permet de supposer que différents déterminants opèrent à des degrés divers sur la santé de ces personnes et influenceront sur leur état de santé et leur réaction à la maladie. Cette classification administrative définit par la suite les services de santé auxquels ces personnes pourront avoir accès, et le moment où elles pourront le faire. Les détails de ces aspects seront examinés un peu plus loin.

L'immigration au Canada au cours des dernières décennies a atteint 17,4 p. 100 de la population totale (Statistique Canada, 2000). Sur un total de 3,5 millions d'immigrants entrés au pays entre 1979 et 1999, 531 417 personnes étaient des réfugiés, la moyenne au cours des cinq dernières années atteignant 24 000 personnes annuellement (dont 7 000 sélectionnées par les mécanismes du HCNUR) (Citoyenneté et Immigration Canada, 2000). Les régions sources de migration durant cette période ont été principalement l'Asie, le Pacifique, l'Afrique et le Moyen-Orient. Il est à noter que les réfugiés, les demandeurs d'asile et les immigrants illégaux se concentrent dans les grands centres urbains au Canada; par conséquent, le fardeau des soins de santé qu'ils requièrent incombe de façon disproportionnée à ces régions.

Les besoins des nouveaux arrivants

La santé des nouveaux arrivants au Canada

Les différences entre les expériences vécues par les personnes appartenant aux diverses catégories d'immigration ont déjà été étudiées (Gravel et Battaglini, 2000). Considérés globalement, les nouveaux arrivants proviennent de multiples ethnies, leur langue maternelle et leur langue parlée varient, et ils révèlent une diversité de traditions religieuses, de modes de vie et d'affiliations politiques. Par opposition aux « réfugiés », les immigrants « indépendants » ou ceux appartenant à la catégorie de la « famille » choisissent de venir au Canada et sont motivés à quitter leur pays pour aller s'établir ailleurs dans l'espoir d'y mener une vie meilleure. Leur départ est planifié et ces personnes peuvent retourner dans leur pays d'origine si elles le souhaitent. Par contre, les « réfugiés » sont forcés de quitter leur pays pour assurer leur survie et ne peuvent retourner dans leur pays d'origine. Tous les immigrants traversent des stades d'ajustement; cependant, le caractère permanent et forcé de l'expérience de migration des réfugiés rend leur intégration à la société plus difficile (Sundquist et coll., 2000, p. 357-365).

Ces variations dans les scénarios de migration laissent penser que de nombreux déterminants de la santé liés à la migration doivent être examinés (Gagnon, Merry et Robinson, 2002). Parmi ceux-ci, mentionnons le fait que le départ du pays d'origine ait été forcé, le fait que la personne provienne d'une région rurale plutôt que d'une région urbaine, l'expérience de la guerre dans le pays d'origine, l'expérience de la vie dans un camp, des antécédents de torture ou d'abus, la séparation de la famille, la présence d'une « communauté familière » dans le nouveau pays, la durée de séjour dans le nouveau pays, la capacité de parler une langue officielle, l'expérience de la discrimination et le changement de statut social. Parmi les autres déterminants bio-psycho-sociaux qui sont particulièrement pertinents dans le cas des migrants, il y a les habitudes alimentaires acquises et celles du pays d'accueil, l'état nutritionnel, l'exposition aux maladies infectieuses, l'isolation sociale, le stress et l'anxiété, l'habileté à gérer le stress, la dépression, un état de stress post-traumatique, les troubles de somatisation, les services disponibles/reçus (occidentaux et traditionnels), l'habileté à s'exprimer dans une langue officielle et la similitude de culture avec celle du prestataire. Les femmes sont exposées à des risques supplémentaires, ce qui incite à prendre en considération des facteurs tels que la violence à caractère sexuel (y compris le viol), les soins postérieurs à un avortement, l'exposition aux MTS/VIH et les grossesses résultant d'un viol.

Les immigrants en général

On a constaté que les immigrants au Canada et aux États-Unis étaient généralement en meilleure santé que leurs concitoyens nord-américains, bien qu'ils perdent progressivement cet avantage (Chen, Ng et Wilkins, 1996, p. 33-45; Parakulam, 2000, p. 311-314; Pomerleau, 1997, p. 337-345; Rumbaut, 1996, p. 337-391; Weeks, 2000, p. 327-334). Les immigrants doivent respecter certains critères de santé et autres pour être acceptés au Canada et ils doivent avoir suffisamment de ressources économiques pour compléter le processus d'immigration, ce qui entraîne vraisemblablement un effet d'« immigrant en santé ». Les personnes appartenant à diverses catégories d'immigration ne sont habituellement pas départagées dans ces études.

Ainsi, il est probable que l'état de santé des immigrants de la catégorie « économique » ou de celle de la « famille » domine les données sur les nouveaux arrivants des autres catégories d'immigration en raison du nombre de personnes appartenant à ces deux catégories [90 p. 100 des immigrants sont classés soit dans la catégorie « économique » soit dans la catégorie de la « famille » (Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a)].

La santé des réfugiés

Les études canadiennes portant sur la santé des réfugiés et des demandeurs d'asile ont examiné la santé en général (Thonneau, Gratton et Desrosiers, 1990, p. 182-186) et la santé mentale (Beiser et coll., 1995, p. 67-72; Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86; Beiser et Fleming, 1986, p. 627-639; Beiser et Hyman, 1997, p. 996-1002; Dillmann, Pablo et Wilson, 1993, p. 253-258; Stephenson, 1995, p. 1631-1642). Deux études ont décrit l'état de santé général des réfugiés et des demandeurs d'asile au Canada. La première, réalisée à Calgary, met en lumière la *santé des réfugiés parrainés par le gouvernement au Canada* (les personnes sélectionnées à l'étranger par l'entremise du HCNUR et appartenant à la catégorie des « réfugiés »). Parmi les problèmes de santé les plus fréquemment décelés chez les 1 104 réfugiés parrainés par le gouvernement qui sont arrivés à Calgary au début des années 90, il y avait les infections des voies respiratoires supérieures (17,8 p. 100), une mauvaise vision (15,4 p. 100), des urgences dentaires (12,8 p. 100), des infections de l'oreille (7,4 p. 100), des problèmes gynécologiques (6,1 p. 100) et des troubles obstétricaux (5,6 p. 100). Vingt-deux personnes (5,8 p. 100) ont requis une hospitalisation d'urgence (Dillmann, Pablo et Wilson, 1993, p. 253-258).

La seconde étude, réalisée à Montréal en 1985-1986, met en lumière la *santé des réfugiés qui ont demandé l'asile au Canada à la frontière une fois rendus au pays* (par opposition au processus du HCNUR; c.-à-d. des « demandeurs d'asile ») (Thonneau, Gratton et Desrosiers, 1990, p. 182-186). Ainsi, 1 994 demandeurs ont subi un examen médical à une clinique choisie par le gouvernement du Québec pour prendre en charge la prestation des soins aux demandeurs du statut de réfugié. Quelque 87 p. 100 de ces personnes étaient considérées en bonne santé, 3 p. 100 avaient un handicap sérieux ou une maladie chronique, tandis que 10 p. 100 étaient en mauvaise santé. Les problèmes de santé décelés comprenaient des carences nutritionnelles, une croissance retardée, l'anémie, des infections parasitaires, la syphilis, un risque de tuberculose, une vaccination inadéquate et des marques de torture physique. Dans d'autres groupes de réfugiés récemment arrivés, on a observé un profil de santé similaire, marqué par la malnutrition, la déshydratation, des problèmes gastro-intestinaux, des dermatoses parasitaires, des poux, des maladies cutanées mineures et l'hépatite B (Kent, 2000, p. 256).

Une étude sur la santé mentale des réfugiés et des immigrants au Canada (Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86), fondée essentiellement sur les expériences de réfugiés provenant d'Asie du Sud-Est, a montré que l'exposition au stress catastrophique tel que la torture et le viol peut engendrer un stress post-traumatique, que les femmes étaient exposées à un risque accru de troubles mentaux avec le temps, et que les adolescents et les femmes âgées pouvaient être exposés à un risque plus élevé en raison des attentes conflictuelles des parents et des pairs dans le cas des adolescents et de la valeur plus grande accordée à la jeunesse par rapport à la sagesse dans le cas des personnes âgées (Beiser, Dion, Gotowiec, Hyman et Vu, 1995, p. 67-72; Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86). Le chômage a été évoqué comme un sérieux problème parce que les

réfugiés admis pour des raisons d'ordre humanitaire peuvent ne pas avoir d'antécédents professionnels les rendant employables. Une séparation prolongée de la famille pourrait aussi avoir un effet psychologique néfaste. Par contre, on a constaté que la réinstallation est facilitée par l'accès à des sources de soutien matériel adéquat, la présence d'une collectivité ethnique familière (qui peut jouer un rôle psychologique en offrant une communauté d'accueil à certains groupes ethniques) et la force morale individuelle.

Groupes à risque plus élevé

Tel qu'indiqué précédemment, les réfugiées sont exposées à des risques encore plus grands associés à la procréation et à la santé sexuelle. Les enfants représentent un autre sous-groupe à risque en raison de leur vulnérabilité et de l'augmentation du nombre d'enfants arrivant au Canada non accompagnés (Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a). Les migrants ayant fait l'objet d'un trafic constituent une autre catégorie à risque élevé (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1998). Les Nations Unies estiment que quatre millions de personnes font l'objet d'un trafic international annuellement. Parmi celles-ci, on compte 700 000 femmes et enfants. Il y a trafic lorsqu'un migrant est illégalement recruté et/ou déplacé par des moyens frauduleux ou la coercition à des fins d'exploitation économique ou autres, dans des conditions qui violent ses droits humains fondamentaux (Organisation internationale pour les migrations, 2001). La promesse d'un meilleur emploi faite par les personnes qui s'adonnent à la contrebande d'êtres humains ou l'espérance d'une meilleure vie entraîne souvent les migrants à acheter des services d'immigration illégaux ou irréguliers sans connaître les risques qu'ils courent (Gushulak et MacPherson, 2000, p. 67-78). Les nombres de migrants ayant fait l'objet d'un trafic et le degré de risque que comporte le moyen de transport pourraient aller en augmentant (Organisation internationale pour les migrations, 2001). Les mauvaises conditions de vie et de travail stimulent la migration irrégulière et les mêmes facteurs sont associés à une mauvaise santé. Parmi les autres groupes de migrants exposés à un risque plus grand, il y les personnes qui se trouvent dans une position de dépendance, par exemple celles détenant un visa de fiancé ou un visa de travail temporaire et les personnes participant au Programme concernant les aides familiaux résidents.

Les valeurs canadiennes liées à la réceptivité aux besoins des nouveaux arrivants

Les attitudes des Canadiens à l'égard de l'immigration et de la politique d'immigration ont été comparées à celles des ressortissants d'autres pays à l'aide de données recueillies dans le cadre d'enquêtes nationales réalisées dans tous ces pays entre 1970 et 1995 (Simon et Lynch, 1999, p. 455-467). Une plus grande proportion de Canadiens que d'Américains favorise un accroissement de l'immigration; pourtant, la proportion ne dépasse jamais 17 p. 100 de la population. La proportion des personnes qui préféreraient une baisse de l'immigration varie de 32 à 55 p. 100, avec une moyenne de 42 p. 100, ce qui est inférieur à la moyenne observée en Australie par plus de 20 points de pourcentage et de celle observée au Royaume-Uni par 10 points de pourcentage. La moyenne aux États-Unis est plus rapprochée, variant de 33 à 66 p. 100 des répondants qui préféreraient une baisse de l'immigration, avec une moyenne de 49,7 p. 100. Les réponses à une question posée aux Canadiens en 1993 sur la façon dont ils percevaient l'augmentation du nombre d'immigrants venant d'Asie, des Antilles et d'autres pays

du « tiers monde » ont révélé que seulement 20 p. 100 considéraient qu'il s'agissait d'une bonne chose. On a constaté que les déterminants des attitudes négatives envers l'immigration découlaient d'une interdépendance complexe de facteurs qui englobe le taux de chômage et le racisme (Palmer, 1996, p. 180-192). En l'absence d'autres données, ces études pourraient laisser penser que certains Canadiens ne sont pas en faveur de dispenser des services aux nouveaux arrivants, bien que cela ne puisse être confirmé. Si cette observation était confirmée, il pourrait y avoir une variation dans le degré de soutien selon la catégorie d'immigration (humanitaire par rapport à non humanitaire).

Obstacles potentiels à l'accès et à l'utilisation

On a aussi constaté que les immigrants sous-utilisaient les services de santé auxquels ils étaient admissibles (Hyman, 2001). Les obstacles concernant les services utilisés par les migrants sont nombreux, mais on peut les regrouper en trois grandes catégories. La première est la crainte qu'ont ces personnes de s'adresser au système, parce qu'elles peuvent penser qu'on les considérera comme un fardeau et que cela sera défavorable à leur demande d'immigration (communication personnelle, A. Li); la seconde a trait aux soins culturellement non appropriés et aux obstacles linguistiques; enfin, la troisième est liée aux difficultés de cheminement dans le système. Il existe une abondante documentation décrivant les effets de soins culturellement non appropriés pour divers groupes culturels. De façon générale, on suggère aux prestataires de soins de santé de se renseigner sur les caractéristiques culturelles de leurs patients, leur structure familiale et leurs pratiques avant de commencer à développer une relation professionnelle (Hamilton, 1996, p. 585-587). Ils sont ensuite en mesure d'offrir des explications naturellement acceptables sur les questions de santé.

Le développement d'une relation de confiance peut aussi être plus difficile lorsque le patient et le prestataire ne parlent pas une langue commune (Bowen, 2000; Davies et Yoshida, 1981, p. 22-23). Dans ces cas, un interprète peut être requis, ce qui compromet la vie privée du patient; souvent, un membre de la famille est invité à offrir ce service, ce qui change les relations de pouvoir au sein de la famille. Les services de counselling sont extrêmement difficiles à gérer dans ces situations. Les obstacles linguistiques ont un lien avec le retard à demander des soins, une compréhension réduite, une piètre conformité et de mauvais résultats sur le plan de la santé. Le consentement informé pour la prestation de soins est difficile à obtenir dans ces conditions.

Les problèmes de cheminement dans le « système » ne sont pas seulement vécus par les nouveaux arrivants, mais se trouvent aggravés par les obstacles linguistiques et culturels et les attentes du nouvel arrivant, qui découlent habituellement des expériences vécues dans le système du pays d'origine. Un autre obstacle « systémique » est la sous-représentation des minorités immigrantes et des minorités raciales, en particulier les femmes, dans les professions de la santé (où la formation reçue à l'étranger cause un problème) et au sein des conseils d'administration des hôpitaux, des universités et d'autres grandes institutions qui définissent les politiques de soins de santé (Simms, 1996).

Lignes directrices sur les « meilleures pratiques » liées à la prestation des services de santé aux nouveaux arrivants

Le Conseil canadien pour les réfugiés a publié un ouvrage intitulé *Les meilleures pratiques en matière d'établissement* qui renferment des lignes directrices sur les meilleures pratiques (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998). Les services devraient : 1) être accessibles à ceux qui en ont besoin; 2) être offerts de façon inclusive, respectueuse et sensible à la diversité; 3) habiliter le client; 4) répondre aux besoins tels que définis par les utilisateurs; 5) tenir compte des dimensions complexes, multidimensionnelles et interdépendantes de l'établissement et de l'intégration; 6) respecter pleinement les droits et la dignité de la personne; 7) être dispensés d'une façon qui témoigne d'une sensibilité culturelle; 8) promouvoir le développement des collectivités de nouveaux arrivants et de leur participation à la société en général et la formation de collectivités accueillantes pour les nouveaux arrivants; 9) se dérouler dans un esprit de collaboration; 10) être assujettis à l'obligation de rendre compte aux collectivités desservies; 11) viser à susciter un changement positif dans la vie des nouveaux arrivants et dans la capacité de la société d'offrir l'égalité des chances à tous; 12) être fondés sur des données fiables et à jour. Même si ces lignes directrices n'ont pas été rédigées expressément pour la prestation des services de santé, elles offrent un cadre d'examen du système canadien de soins de santé afin de voir dans quelle mesure il répond aux besoins des nouveaux arrivants. Les normes nationales adoptées aux États-Unis peuvent aussi être utiles (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Résumé des besoins des nouveaux arrivants

La santé d'un nouvel arrivant varie vraisemblablement en fonction des antécédents de migration, bien que les bases de données soient inadéquates pour répondre directement à cette question. On peut s'attendre à ce que les migrants qui ne sont pas forcés de quitter leur pays d'origine aient un profil de risque sanitaire moins élevé que les personnes qui sont expulsées. Nous savons que les nouveaux arrivants sous-utilisent les services et il se peut que certains Canadiens préfèrent que l'on accorde aux nouveaux arrivants un accès limité aux services. Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels ces personnes sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant à obtenir des soins, les barrières linguistiques, des soins non appropriés sur le plan culturel, ainsi que les problèmes de cheminement dans le système de santé. On peut concevoir les soins optimaux comme étant fondés sur certaines valeurs fondamentales : l'accès, l'inclusion, l'habilitation, les services définis en fonction des usagers, l'holisme, le respect, la sensibilité culturelle, le développement communautaire, la collaboration, l'obligation de rendre compte, l'orientation sur le changement positif et la fiabilité (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998).

Réponses gouvernementales aux besoins de santé des nouveaux arrivants

Méthodes

Nous avons recherché, colligé et compilé des données sur l'accès aux services dans toutes les provinces et tous les territoires pour fins de comparaison. Certains pays ont aussi été sélectionnés aux mêmes fins parce qu'ils présentaient des profils d'immigration, des systèmes économiques et des structures de systèmes de santé similaires. En grande majorité, ces renseignements ont été obtenus en faisant des recherches poussées sur des sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux et dans la documentation qui y est citée, et en contactant subséquemment des personnes et des organisations par courrier électronique pour obtenir l'information manquante. Des renseignements ont été demandés aux ministères de la santé, aux organismes gouvernementaux d'assurance-maladie, aux ministères de l'immigration, aux organismes régionaux de services de santé et de services sociaux, aux principaux bureaux municipaux, provinciaux, territoriaux et nationaux, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales (ONG), y compris celles agissant comme organisations ombrelles pour les autres ONG et celles qui servent directement les migrants. Les moteurs de recherche Google, Yahoo et Alta Vista ont été employés. Les bases de données électroniques documentaires ont aussi été consultées pour un supplément d'information. Des références bibliographiques trouvées dans les textes répertoriés ont aussi fait l'objet d'un examen. Le « serveur de listes » du Conseil canadien pour les réfugiés a servi à identifier des exemples de cas posant un problème d'accès pour les nouveaux arrivants.

Accès aux services

Les tableaux 1 à 6, présentés en appendice, renferment des données détaillées sur l'accès aux services. Une légende des tableaux se trouve au début de l'appendice et une bibliographie des documents utilisés pour compiler cette information suit le dernier tableau.

Comparaisons interprovinciales / territoriales

La *Loi canadienne sur la santé* garantit aux Canadiens l'accès aux services hospitaliers et médicaux (Romanow, 2002). L'accès aux autres services de santé varie selon la province, notamment les autres services professionnels (comme les soins infirmiers), les soins préventifs, les soins à domicile, les soins à long terme, les soins dentaires et l'assurance-médicaments (hors de l'hôpital). La couverture est décrite en détail au tableau 1; certains services professionnels non médicaux sont assurés dans neuf provinces ou territoires, certains services de prévention sont assurés dans cinq cas, les soins à domicile dans cinq cas, les soins à long terme dans deux cas, certains soins dentaires dans onze cas et certains médicaments dans huit provinces ou territoires.

L'accès à ces services varie d'une province à l'autre, selon les catégories d'immigration : résidents permanents, personnes détenant un permis de travail, étudiants, conjoints des étudiants, réfugiés et, enfin, demandeurs d'asile. Les variations entre les provinces et territoires au niveau de l'accès aux services selon le statut d'immigration sont décrites en détail au tableau 2.

Comme on peut le voir, les immigrants admis ont accès aux mêmes services que les Canadiens. Les personnes qui possèdent un permis de travail ont le même accès, selon la durée de validité du permis; dans toutes les provinces sauf trois, le permis doit avoir une durée de six ou de douze mois. Les étudiants et leurs conjoints ne sont pas couverts spécifiquement dans quatre provinces. Les régimes provinciaux ou le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), décrit ci-dessous, couvrent les réfugiés selon le cas. Les demandeurs d'asile ne sont pas couverts en vertu des régimes provinciaux; ils le sont par contre en vertu du PFSI.

L'étape du processus d'immigration à partir de laquelle les requérants sont couverts pour ces services varie aussi considérablement et des données détaillées sur cet aspect sont présentées au tableau 3. Le délai qui s'écoule avant que ne débute la couverture, pour toutes les catégories d'immigration sauf celle des réfugiés et des demandeurs d'asile, peut aller jusqu'à trois mois dans toutes les provinces sauf la Nouvelle-Écosse, où les personnes détenant un permis de travail n'y ont accès qu'après six mois et les étudiants, après douze mois. Dans les provinces où les réfugiés bénéficient d'une couverture, le délai d'accès au régime provincial varie; le délai le plus court est dans les Territoires du Nord-Ouest où l'accès est immédiat. Il y a un délai de deux à trois semaines au Québec, un délai de trois mois en Colombie-Britannique et en Ontario, tandis qu'au Manitoba le moment où débute la protection dépend de la période visée par le permis de travail. C'est pour les demandeurs d'asile qu'il y a le moins d'information. Cependant, des rapports provenant de la Colombie-Britannique indiquent un délai d'une à quatre semaines; au Québec, le délai varie du jour même à dix semaines, tandis qu'en Ontario il varie de quatre semaines à six mois. La variation observée dans le délai d'accès pour les personnes entrant dans ces deux dernières catégories d'immigration laisse penser qu'elles dépendent davantage du PFSI.

Soins assurés directement par le gouvernement canadien

Le PFSI a été mis en place pour des raisons humanitaires afin de permettre aux demandeurs du statut de réfugié (demandeurs d'asile), aux réfugiés au sens de la Convention et aux autres catégories désignées pour des motifs humanitaires de recevoir les soins de santé essentiels (Citoyenneté et Immigration Canada, 1998). Ce programme ne vise pas à remplacer les régimes de santé des provinces et n'offre pas la même couverture que celle dont bénéficient les résidents permanents. L'admissibilité à ce programme est déterminée par le manque démontré de ressources, selon l'évaluation faite par un agent de l'immigration, et cela seulement après que l'admissibilité à déposer une demande de statut de réfugié ait été établie et si le demandeur n'est pas protégé par un régime de soins de santé privé ou public.

La protection offerte dans le cadre du PFSI est limitée aux services de santé essentiels pour le traitement et la prévention de problèmes médicaux et dentaires graves, les ordonnances portant sur des médicaments essentiels, la contraception, les soins prénataux et obstétricaux et les examens médicaux de l'immigration (qui se limitent à l'identification d'une tuberculose active, de la syphilis et de troubles psychiatriques aigus (communication personnelle, B.D. Gushulak). L'approbation préalable est requise pour un examen médical complet, les services de diagnostic (à moins que des complications à court terme ne soient décelées), les soins psychiatriques continus et la psychothérapie ou le counselling, entre autres services. Entre autres, les médicaments vendus sans ordonnance et les traitements de canal ne sont pas couverts.

Même avec le PFSI, certains demandeurs d'asile n'ont aucune assurance-santé pour une certaine période de temps, principalement en raison des délais de traitement de leur requête en vue de présenter une demande de statut de réfugié. Ainsi les personnes qui attendent une décision sur leur admissibilité à présenter une demande de statut de réfugié ne bénéficient d'aucune couverture. La prestation de soins de santé et de services sociaux durant cette période d'attente varie selon la disponibilité des services offerts par les ONG locales et les centres de santé communautaires. Les demandeurs se trouvant au pays sont ceux qui éprouvent le plus de difficulté. Selon un répondant à une question posée sur le serveur de listes du CCR au sujet de la disponibilité variable des services, les réfugiés qui se trouvent en Ontario peuvent devoir attendre jusqu'à une année avant de bénéficier d'une couverture (communication personnelle, South Etobicoke Community Legal Services, Toronto); à Montréal, on mentionne que le délai habituel est de trois semaines (communication personnelle, D. Isaacs). Aussi récemment que le 8 avril 2002, on affirmait qu'à Toronto les gens faisaient la queue durant la nuit pour pouvoir présenter leur demande du statut de réfugié (communication personnelle, E.F. Khaki). Les demandeurs d'asile au point d'entrée peuvent recevoir les formules nécessaires au moment où ils entrent au pays ou jusqu'à un mois plus tard. Si leur formule d'avis d'intention de présenter une demande de statut de réfugié pose un problème, elle peut être retournée, ce qui entraîne un délai supplémentaire avant que la personne ne puisse bénéficier de la couverture du PFSI.

Les préoccupations au sujet du PFSI ont été résumées par le Conseil canadien pour les réfugiés (CCR) sur la foi de rapports soumis par 27 de ses membres et d'un document intitulé *A Report on the Experience of Sponsors of Kosovar Refugees in Ontario*, produit par le Centre d'étude sur les réfugiés (CER) et le Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration (CERIS) (communication personnelle, R. Hogue, 2002). Parmi ces préoccupations, mentionnons : 1) la difficulté éprouvée par des personnes admissibles à avoir accès aux services couverts par le PFSI, essentiellement à cause d'un manque d'intérêt de la part de prestataires potentiels à remplir les formulaires du PFSI ou d'une connaissance insuffisante de ce programme. (La difficulté d'accès aux services est encore plus sérieuse dans les secteurs où il y a des pénuries de professionnels.) 2) Les difficultés de traitement au bureau du PFSI, y compris l'autorisation préalable requise pour certaines maladies et les délais de remboursement des prestataires. 3) L'absence de couverture de certaines maladies, les soins dentaires étant les plus fréquemment mentionnés. Cela se traduit par des options de services plus limitées pour une population dans le besoin (communications personnelles, P. Dongier; A. Li).

Cette rétroaction sur le PFSI doit être interprétée avec prudence compte tenu de l'absence apparente d'enquête représentative; cependant, elle indique que la couverture des soins de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile et les services que ces personnes reçoivent ne sont pas uniformes et que la facilité avec laquelle elles ont accès aux services diffère d'une province à l'autre. Il n'y a pas de différence comparable dans la couverture des soins de santé pour les personnes appartenant aux autres catégories d'immigration ou celles nées au Canada.

Comparaisons internationales

La couverture des services de santé en Australie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Suède et au Royaume-Uni est présentée en détail au tableau 4. C'est aux Pays-Bas que la couverture semble la plus complète. Quatre pays couvrent les services hospitaliers et

trois couvrent tous les services médicaux et certains autres services professionnels. Les services préventifs sont largement couverts dans deux pays. La plus grande variation d'un pays à l'autre touche les soins à domicile, les soins à long terme, les soins dentaires et les médicaments obtenus hors de l'hôpital. Ainsi, la couverture des soins dentaires va d'une absence de couverture en Australie à des soins et traitements complets pour une période de temps spécifiée au Royaume-Uni et à une couverture complète des soins préventifs et des traitements aux Pays-Bas.

L'accès à ces services varie d'un pays à l'autre selon la catégorie d'immigration à laquelle appartient la personne : résidents permanents, personnes détenant un permis de travail, étudiants, réfugiés et, enfin, demandeurs d'asile. L'accès aux services par catégorie d'immigration dans les pays sélectionnés est présenté en détail au tableau 5. Ce sont les résidents qui ont l'accès le plus étendu, tandis que les étudiants ont le moins accès aux services de santé. Les réfugiés accèdent immédiatement aux mêmes soins de santé que les ressortissants de chacun des pays comparés. Les demandeurs d'asile ont accès aux mêmes soins de santé que les ressortissants nationaux aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

Les données sur le moment au cours du processus d'immigration où débute la protection des nouveaux arrivants pour ces services ont été plus difficiles à obtenir. L'information disponible est présentée en détail au tableau 6. Les immigrants accueillis pour des raisons non humanitaires doivent attendre entre trois mois en Suède et jusqu'à deux ans en Australie. Les réfugiés bénéficient d'une couverture immédiate dans trois pays. En théorie, les demandeurs d'asile ont immédiatement accès aux services, bien que le délai de traitement de leur demande entraîne des délais d'accès documentés aux services notamment en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

Sommaire de l'accès aux services

Le Canada a répondu à certains besoins d'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cependant, de sérieuses difficultés persistent au niveau de l'accès aux services dans le cadre de ce programme, notamment les longs délais de traitement des dossiers d'immigration, les erreurs dans les formulaires remplis, la couverture limitée aux services essentiels et le fardeau administratif imposé aux prestataires de services. D'autres pays comparables n'ont généralement pas créé de mécanisme de financement distinct pour les soins de santé dispensés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile; ils ont plutôt limité l'accès aux services disponibles selon la catégorie d'immigration et la durée de séjour au pays.

Exemples de « meilleures pratiques »

Niveau interprovincial-territorial

Les exemples de « meilleures pratiques » provenant des diverses provinces sont trop nombreux pour être reproduits ici. La représentation et le réseautage sont des activités menées par les groupes qui mettent l'accent sur les questions de réinstallation des immigrants (Mosaic, 2002) et les organisations ombrelles qui les représentent [La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), 2001, p. 1-29; Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants, 2002; Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA), 2002]. Il existe aussi de nombreux organismes de

services spécialisés. Ceux-ci comprennent les organismes dont les efforts sont centrés sur la prestation de services de santé mentale (Kirmayer, 2002; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1996, p. 1-17) et de soins physiques culturellement appropriés (Lorion et Dion, 1999) et sur la création de banques de données sur les interprètes (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002). Les préoccupations au sujet des femmes immigrantes ont été mises en lumière dans certains domaines (Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2000; Riverdale Immigrant Women's Centre, 2002) et des lignes directrices sur les pratiques ont été publiées (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Les organisations ombrelles et celles qui offrent directement des services reçoivent un soutien varié et doivent souvent compter sur des fonds gouvernementaux pour une partie de leurs activités.

Niveau fédéral-national

On retrouve des exemples de certaines « meilleures pratiques » au niveau fédéral. Parmi celles-ci, le Projet Metropolis, qui a reçu le Prix d'excellence de la fonction publique pour l'élaboration des politiques en 1999-2000 (Patrimoine Canada, multiculturalisme, 2000). Ce projet réunit des responsables des politiques des trois paliers de gouvernement, des ONG et des chercheurs dans le but d'étudier à fond les effets de la migration sur les villes canadiennes. Plusieurs ministères fédéraux ont joint leurs efforts pour financer ce projet. Quatre centres d'excellence en recherche (à Toronto, Vancouver, Montréal et dans les Prairies) ont formé des partenariats avec des ONG et des responsables des politiques locaux (Metropolis Canada, 2002). Ce projet comporte aussi un volet international auquel participent de nombreux pays.

Une autre initiative d'envergure nationale qui semble prometteuse est le Multilingual-Health-Education Network (Multilingual Health Education Net, 2002). Il s'agit d'un réseau financé par Santé Canada et Patrimoine Canada visant à améliorer les normes et les modalités de traduction de documents éducatifs et d'instructions à l'intention des patients, dans le cadre d'une alliance à but non lucratif d'organismes canadiens du domaine de la santé axée sur une meilleure prestation des services, en diffusant largement des documents traduits auprès des prestataires et du public.

Le Conseil canadien pour les réfugiés (CCR), le Canadian Network for the Health of Survivors of Torture and Organized Violence (RIVO), l'Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada (ONFIFMVC) et le Conseil canadien de la santé multiculturelle (CCSM) sont des organismes offrant directement d'importants services de rétablissement ou travaillant au niveau des politiques nationales.

Niveau international

Des exemples de « meilleures pratiques » dans divers pays et régions du monde ont été répertoriés. Parmi ceux qui ont un intérêt particulier pour le Canada, mentionnons : la législation sur les langues et le programme de réinstallation de la Nouvelle-Zélande, les services de traduction de l'Australie et les Réseaux de l'UE pour l'accueil, l'intégration et le rapatriement volontaire. La législation de la Nouvelle-Zélande précise que chaque personne a droit à un interprète pour les services de santé afin d'assurer un consentement informé et ce service doit être offert par l'organisme traitant (New Zealand Ministry of Health, 2002). Le ministère de la

santé de la Nouvelle-Zélande a produit un manuel intitulé *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals*, en collaboration avec de nombreux organismes communautaires et professionnels (Kizito, 2001). On y décrit les soins offerts aux réfugiés et demandeurs d'asile, dont les soins fournis par le Mangere Refugee Resettlement Centre. Dans ce pays, les réfugiés passent les six premières semaines suivant leur arrivée à recevoir des services de diagnostic et des soins de santé, à prendre des leçons d'anglais, à recevoir une orientation élémentaire sur la Nouvelle-Zélande, en plus de toucher une allocation pour défrayer leurs besoins essentiels.

En Australie, il y a six centres de services d'interprétation pour les soins de santé [Health Care Interpreter Service (HCIS)] dans l'État de New South Wales (New South Wales, 2002). Ce service offre gratuitement les services d'interprètes professionnels dans plus de 50 langues aux personnes utilisant les services de santé publique (la forme dominante) aux environs de Sydney. Dans les régions urbaines, ces services sont disponibles 24 par jour, sept jours sur sept, selon l'urgence. Dans certaines régions, ces services sont aussi disponibles pour les consultations par télémédecine. D'autres programmes de « meilleures pratiques » observés dans certains pays de l'Union européenne ont été décrits ailleurs (Groupe de travail du CERE sur l'intégration, 2000).

L'initiative Réseaux de l'Union européenne pour l'accueil, l'intégration et le rapatriement volontaire est financée par l'Union européenne et vise à améliorer l'intégration des réfugiés dans les pays membres (Réseaux de l'UE pour l'intégration des réfugiés, 2002). Elle vise aussi à créer des réseaux spécialisés sur des thèmes tels l'éducation, la langue, la formation professionnelle, la santé, l'accueil et le rapatriement volontaire. Parmi les activités envisagées, il y a la tenue d'un répertoire des activités d'intégration, l'élaboration de lignes directrices sur les bonnes pratiques et la publication de rapports d'entrevues avec des réfugiés pour les quinze pays membres.

Le Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture (CIRVT) est une organisation internationale indépendante de professionnels de la santé vouée à la promotion et au soutien de la réadaptation des victimes de torture et à la prévention de la torture partout dans le monde (Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture, 2002). L'organisme collabore à 200 programmes de réhabilitation à l'échelle mondiale, dont plusieurs au Canada. Il surveille l'évolution des pratiques de torture dans le monde et intervient dans les situations de conflit. Il est au moins partiellement appuyé par l'Union européenne, le Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture et la Fondation Oak.

Résumé des exemples de « meilleures pratiques »

À travers le Canada et au niveau national, il existe plusieurs programmes spéciaux à l'intention des nouveaux arrivants qui respectent à de nombreux égards les lignes directrices sur les « meilleures pratiques ». Les exemples de « meilleures pratiques » d'autres pays dont le Canada pourrait vouloir s'inspirer englobent les lois linguistiques de la Nouvelle-Zélande qui prévoient le recours aux services d'un interprète pour toute personne qui en a besoin, les services d'interprétation étendus existant en Australie, et les centres multidisciplinaires de réinstallation en Nouvelle-Zélande qui offrent toute une gamme de services aux réfugiés nouvellement arrivés. Parmi les initiatives englobant plus d'un pays qui pourraient intéresser le Canada il y a les Réseaux de l'Union européenne, qui vise à solutionner des questions de réinstallation communes, et le CIRT, auquel participent déjà plusieurs organismes canadiens.

Commentaires

Dilemmes, défis et choix

Lacunes au niveau des services

Une structure de financement distincte pour les services de santé destinés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile (le PFSI) permet d'offrir aux immigrants de la catégorie des personnes admises pour des raisons humanitaires une protection pour les services de base. Cependant, rien n'incite les prestataires de services à répondre aux besoins de ces personnes en raison du lourd fardeau administratif qui leur incombe. Parmi les autres obstacles, mentionnons la période durant laquelle ces personnes n'ont accès à aucun soin à cause des délais de la procédure d'immigration et du fait que certains soins ne sont pas couverts par le PFSI. La langue est constamment mentionnée comme un obstacle partout au pays et, en dépit de la création du Multilingual-Health-Education Network, qui vise à abaisser ces barrières grâce à de la documentation écrite, une stratégie plus dynamique est requise. La notion selon laquelle les soins pourraient être dispensés en l'absence d'un consentement vraiment informé en raison de difficultés linguistiques est une source de préoccupation.

Information et sources de données inadéquates

L'information disponible sur le Web au sujet des services de santé qui s'adressent aux nouveaux arrivants au Canada est limitée; pour la plupart des provinces, le mot « immigrant » ne figure pas sur les sites Web destinés à renseigner les usagers sur les services auxquels ils sont admissibles. Les bases de données fédérales et provinciales sur la santé sont actuellement inadéquates pour évaluer dans quelle mesure les catégories d'immigration et les antécédents de migration influent sur les résultats pour la santé et l'utilisation des services, du fait que les données sur les catégories d'immigration et les antécédents de migration figurant dans les bases de données ne sont pas assez détaillées pour permettre de telles comparaisons. Ainsi, l'effet d'un changement de politique ou de structure du système de soins de santé sera difficile à évaluer pour ce groupe en raison de l'invisibilité des nouveaux arrivants dans les bases de données actuelles. En outre, peu de recherches sont effectuées dans ce domaine pour l'ensemble de la population.

L'opinion publique sur l'immigration

Une partie de la population canadienne peut penser que le Canada offre déjà trop d'avantages aux nouveaux arrivants. Cependant, en comparant la situation actuelle à l'engagement pris par le Canada dans le cadre de la Convention de 1951 et aux soins offerts dans d'autres pays, le niveau de soins offerts par le Canada aux nouveaux arrivants présentant des risques plus élevés semble modeste. Une stratégie visant à répondre aux besoins tant du public que des nouveaux arrivants serait de réduire dans la mesure du possible les délais de traitement des demandes d'immigration afin que les personnes qui ne répondent pas aux critères du statut de réfugié puissent être identifiées rapidement, tout en protégeant celles qui présentent des risques de santé plus sérieux pendant qu'elles attendent une décision de la CISR sur leur demande.

Recommandations

Problème 1 : Le fardeau administratif imposé aux professionnels de la santé pour la prestation de soins dans le cadre du PFSI

Initiatives possibles

1. Réduire les formalités de traitement pour le remboursement des services dispensés.
2. Élaborer un système de carte de soins de santé semblable à celui qui existe dans les provinces comme solution de rechange au système actuel.
3. Produire et diffuser des brochures et d'autre documentation sur le PFSI pour les prestataires de soins de santé.
4. Créer des incitations financières ou autres à l'intention des prestataires de soins de santé pour qu'ils s'occupent des personnes admissibles au PFSI.

Problème 2 : Délais d'admissibilité au PFSI

Initiatives possibles

1. Mesurer les délais d'admissibilité au PFSI entre la date d'entrée au pays et la date d'accès pour préciser les points de congestion et permettre d'établir des repères.
2. Réduire le délai de traitement pour accuser réception d'une demande d'asile afin que les personnes admissibles au PFSI puissent avoir accès aux services de santé le plus tôt possible.

Problème 3 : Couverture limitée des services dans le cadre du PFSI

Initiatives possibles

1. Étendre la portée des services couverts par le PFSI. Notamment, envisager de couvrir les services de santé mentale (à cause des séquelles psychologiques et émotives de l'expérience de migration des personnes visées par le PFSI) et les services dentaires.
2. Étendre la couverture directement aux centres spécialisés (par exemple pour les victimes de traumatisme ou de violence), en particulier dans les centres urbains.

Problème 4 : Manque d'accès aux soins appropriés et absence de consentement informé des personnes ne parlant pas l'une des langues officielles

Initiatives possibles

1. Accorder aux nouveaux arrivants le droit à des services de traduction pour les soins de santé.
2. Établir des services téléphoniques d'interprétation au niveau local et/ou national.
3. Former des alliances avec les ONG vouées à la prestation de services de traduction.
4. Financer la formation axée sur l'élaboration de normes nationales de pratique professionnelle afin d'améliorer la sensibilité culturelle à l'égard des nouveaux arrivants et de réduire les obstacles linguistiques et ethno-culturels.
5. Développer des ressources documentaires axées sur la dimension ethno-culturelle des soins à l'intention des professionnels de la santé.
6. Financer du personnel de liaison ethno-culturelle dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires en collaboration avec divers groupes ethniques afin d'aider les nouveaux arrivants à « cheminer » dans le système.

7. Créer une organisation ombrelle en Amérique du Nord (semblable aux Réseaux de l'Union européenne) en vue d'appuyer le travail des ONG et des organismes gouvernementaux dans la prestation de services aux immigrants de toutes catégories. Cela permettrait de réduire le dédoublement des services tout en favorisant le partage efficace des stratégies de rétablissement.

Problème 5 : La rareté des données sur lesquelles fonder de bonnes politiques et pratiques

Initiatives possibles

1. Intégrer des renseignements dans les bases de données fédérales et provinciales sur la catégorie d'immigration, les antécédents de migration, le statut de minorité visible et l'habileté dans une langue officielle afin de pouvoir quantifier plus facilement les répercussions sur le plan des risques pour la santé et de l'accès aux soins.
2. Exiger que, dans les procédures de Citoyenneté et Immigration Canada et celles de Santé Canada, on différencie selon le sexe les effets observés afin de pouvoir évaluer l'efficacité des initiatives axées sur les nouveaux arrivants à risques plus élevés.
3. Recueillir des données et faire rapport périodiquement sur les compétences professionnelles, l'accréditation dans les spécialités canadiennes et le temps mis à trouver un emploi dans sa spécialité, compte tenu de l'importance d'occuper un emploi rémunérateur et significatif parmi les déterminants clés de la santé.

Problème 6 : Rareté de renseignements facilement disponibles sur l'admissibilité aux services pour les nouveaux arrivants

Initiatives possibles

1. Mettre à la disposition des nouveaux arrivants des renseignements sur la couverture exacte des services de santé auxquels ils ont accès, sur les sites Web pertinents aux niveaux national et provincial et dans d'autres documents écrits et électroniques.
2. Mettre sur pied un système d'information (comme un numéro 1-800) pour les nouveaux arrivants couverts par le PFSI et d'autres programmes sur la façon la plus efficace d'avoir accès à divers services spécifiques.

Problème 7 : La structure de financement des soins de santé ne tient pas compte des écarts entre les régions urbaines et rurales dans les services offerts aux nouveaux arrivants.

Initiatives possibles

1. Restructurer le financement des services de santé selon la répartition géographique des nouveaux arrivants.
2. Offrir des services plus différenciés dans les régions urbaines.

Conclusion

En conclusion, le Canada s'est montré modérément réceptif aux besoins de santé des nouveaux arrivants. Il y a de nombreuses approches que le Canada pourrait adopter en vue d'améliorer davantage la réceptivité du système. Parmi celles-ci, mentionnons la réduction du fardeau administratif imposé aux prestataires de soins de santé dans le cadre du PFSI et la réduction des délais d'accès au programme, l'accès généralisé à des services d'interprétation et l'amélioration du contenu des banques de données sur la santé afin de permettre l'examen de l'état de santé et des soins de santé des nouveaux arrivants selon la catégorie d'immigration.

Bibliographie

Documentation citée

- Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA). Mars 2002. *AMSSA's Home Page*. Disponible sur le site <http://www.amssa.org/>. 2002.
- Beiser, M., R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman et N. Vu. 1995. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry - Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 40, n° 2, p. 67-72.
- Beiser, M. et R.G. Edwards. 1994. « Mental Health of Immigrants and Refugees », *New Directions for Mental Health Services*, vol. 61, p. 73-86.
- Beiser, M. et J.A. Fleming. 1986. « Measuring Psychiatric Disorder among Southeast Asian Refugees », *Psychological Medicine*, vol. 16, n° 3, p. 627-639.
- Beiser, M. et I. Hyman. 1997. « Refugees' Time Perspective and Mental Health », *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, n° 7, p. 996-1002.
- Bowen, S. 2000. *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa, Santé Canada.
- Chen, J., E. Ng et R. Wilkins. 1996. « The Health of Canada's Immigrants in 1994-95 », *Health Reports*, vol. 7, n° 4, p. 33-45.
- Citoyenneté et Immigration Canada. Mars 2002. « Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) ». Disponible sur le site <http://www.cic.gc.ca/manuals%2Dguides/french/om%2Dweb/1998/ip/ip98%2D16.html>. 1998.
- Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 1999*. 2000. Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 2000 : Aperçu de l'immigration*. 2001a. Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 2000 : Aperçu statistique des résidents temporaires et revendicateurs du statut de réfugié*. 2001b. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Conseil canadien pour les réfugiés. Février 1998. *Les meilleures pratiques en matière d'établissement – les services d'établissement pour les réfugiés et les immigrants au Canada*. Montréal, Conseil canadien pour les réfugiés.
- Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture. Mars 2002. *About the IRCT*. Disponible sur le site http://www.irct.org/about_the_irct_0.htm. 2002.
- Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants. Mars 2002. « About OCASI ». Disponible sur le site <http://www.ocasi.org>. 2002.
- Davies, M. et M. Yoshida. 1981. « A Model for Cultural Assessment of the New Immigrant », *L'infirmière canadienne*, vol. 77, n° 3, p. 22-23.

- Dillmann, E., R. Pablo, et A. Wilson. 1993. « Patterns of Health Problems Observed among Newly Arrived Refugees to Canada », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, publié sous la direction de R. Masi, L. Mensah et K.A McLeod, 2^e éd., Oakville (Ontario), Mosaic Press.
- Dunn, J. et I. Dyck. 1998. *Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey*. Ottawa, Statistique Canada.
- Gagnon, A.J., L. Merry et C. Robinson. 2002. *A Systematic Review of Refugee Women's Reproductive Health* [texte non publié]. Montréal, Université McGill.
- Gravel, S. et A. Battaglini. 2000. *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Groupe de travail du CERE sur l'intégration. Mars 2002. *Guides des bonnes pratiques sur l'intégration des réfugiés dans l'Union européenne*. Disponible sur le site <http://www.refugeenet.org/documents/volg.php3?ID=146>. 2000.
- Gushulak, B.D. et D.W. MacPherson. 2000. « Health Issues Associated with the Smuggling and Trafficking of Migrants », *Journal of Immigrant Health*, vol. 2, n° 2, 67-78.
- Hamilton, J. 1996. « Multicultural Health Care Requires Adjustments by Doctors and Patients », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 155, n° 5, p. 585-587.
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Mars 2002. *Qui est un réfugié?* Disponible sur le site <http://www.unhcr.ch>. 2000.
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Mars 2002. *Refugees and Others of Concern to UNHCR- 1997 Statistical Overview*. Disponible sur le site <http://www.unhcr.ch>. 1998.
- Huff, R.M. et M.V. Kline. 1999. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. New York, Sage Publications.
- Hyman, I. 2001. *Collection des documents de travail sur la politique de la santé*. Ottawa, Santé Canada.
- Kent, H. 2000. « BC's Chinese Migrants a Healthy Lot, MDs Find », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 162, p. 256.
- Kirmayer, L.J. Mars 2002. *Culture and Mental Health*. Disponible sur le site <http://www.mcgill.ca/psychiatry/transcultural/cmhru.html>. 2002.
- Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals*. Folio Communications Ltd.
- La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI). 2001. *Rapport d'activités 2000/2001*. Montréal, TCRI.
- Lorion, J. et C. Dion. 1999. *Services de santé et services sociaux de première ligne ..pour une mosaïque humaine. Rapport annuel*. Montréal, C.L.S.C. Côte-des-Neiges.
- Maritime Centre of Excellence for Women's Health. 2000. « Keeping Canadian Values in Health Care Symposium », *Moving Towards Women's Health*, 9.

- Metropolis Canada. Mars 2002. *Le projet Metropolis – Un forum international pour la recherche et le développement de politiques publiques sur les migrations, la diversité et les villes en évolution*. Disponible sur le site http://canada.metropolis.net/frameset_e.html. 2002.
- Ministère des Approvisionnements et Services Canada. 1994. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa, Santé Canada.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Famille et de l'Enfance. Mars 2002. *Avec les familles immigrantes : guide d'intervention*. Disponible sur le site <ftp://206.167.52.6/acrobat/f/documentation/1998/98-265.pdf>. 1999.
- Mosaic. Mars 2002. *Family Programs and Settlement Services*. Disponible sur le site <http://www.mosaicbc.com>. 2002.
- Multilingual Health Education Net. Mars 2002. *Multilingual Health Education Net: A Non-profit Alliance of Canadian Health Agencies. 2 A.D.* Disponible sur le site <http://www.multilingual-health-education.net>. 2002.
- New South Wales. Mars 2002. « Multicultural Health Services and Programs in NSW ». Disponible sur le site <http://internal.health.nsw.gov.au/health-public-affairs/mhcs>. 2002.
- New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. *About the New Zealand Health and Disability System*. Disponible sur le site <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>. 2002.
- Organisation de coopération et de développement économiques. Mars 2002. *Données sur la santé de l'OCDE 2001*. Disponible sur le site <http://www.oecd.org/EN/statistics/0,,EN-statistics-12-nodirectorate-no-no-12,00.html>. 2001.
- Organisation internationale pour les migrations. 2001. *Migrant Trafficking and Human Smuggling in Europe: A Review of Evidence*. Europe, l'auteur.
- Organisation mondiale de la santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé, Europe. Disponible sur le site de l'Association canadienne de santé publique.
- Palmer, D.L. 1996. « Determinants of Canadian Attitudes toward Immigration: More than Just Racism? », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, n° 3, p. 180-192.
- Parakulam, G. 2000. « Health Status of Canadian Born and Foreign Born Residents », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4, p. 311-314.
- Patrimoine Canada, multiculturalisme. 2000. *Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien, 1999-2000*. Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- Pomerleau, J. 1997. « The Relationship Between Place of Birth and Some Health Characteristics in Ontario », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 5, p. 337-345.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 1996. *Organisation des services aux clientèles réfugiées, revendicatrices de statut, migrantes et immigrantes pour les CLSC de la*

- région de Montréal-Centre*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Mars 2002. « Banque inter-régionale d'interprètes, 2000-2001 ». Disponible sur le site <http://www.santemontreal.qc.ca>. 2002.
- Réseaux de l'UE sur l'intégration des réfugiés. Mars 2002. *EU Networks on Reception, Integration and Voluntary Repatriation Project*. Disponible sur le site <http://www.refugeenet.org/about/index.html>. 2002.
- Riverdale Immigrant Women's Centre. Mars 2002. *Who We Are...* Disponible sur le site <http://www.a4s.org/RIWC/>. 2002.
- Romanow, R.J. 2002. *Préparer l'avenir des soins de santé*. Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rumbaut, R. 1996. « Unraveling a Public Health Enigma: Why do Immigrants Experience Superior Perinatal Health Outcomes », *Research in the Sociology of Health Care* 13B, 337-391.
- Simms, G.P. 1996. *Aspects of Women's Health from a Minority/Diversity Perspective*. Ottawa, Santé Canada.
- Simon, R.J. et J.P. Lynch. 1999. « A Comparative Assessment of Public Opinion toward Immigrants and Immigration Policies », *International Migration Review*, vol. 33, n° 2, p. 455-467.
- Statistique Canada. 1996. *Recensement de 1996 : immigration et citoyenneté*, Ottawa, l'auteur.
- Statistique Canada. Mars 2002. « Health Indicators: Proportion of Immigrants ». Disponible sur le site <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/tables/htmltables/c4t05.htm>. 2000.
- Stephenson, P.H. 1995. « Vietnamese Refugees in Victoria, B.C.: An Overview of Immigrant and Refugee Health Care in a Medium-sized Canadian Urban Centre », *Social Science & Medicine*, vol. 40, n° 12, p. 1631-1642.
- Sundquist, J., L. Bayard-Burfield, L.M. Johansson et S.E. Johansson. 2000. « Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 188, n° 6, p. 357-365.
- Thonneau, P., J. Gratton et G. Desrosiers. 1990. « Health Profile of Applicants for Refugee Status (Admitted into Quebec Between August 1985 et April 1986) », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 81, n° 3, 182-186.
- U.S. Department of Health and Human Services, OPHS Office of Minority Health. 2001. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Washington (D.C.), IQ Solutions, Inc.
- Weeks, J.R. 2000. « Infant Mortality among Ethnic Immigrant Groups », *Social Science & Medicine*, vol. 33, n° 3, p. 327-334.

Communications personnelles

- A. Li, Conseil national des Canadiens chinois. 2002. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé. Communication par Internet.
- B.D. Gushulak, directeur médical, Citoyenneté et Immigration Canada. 2002. Demande d'information sur le Programme fédéral de santé intérimaire. Communication par Internet.
- D. Isaacs, agent de liaison avec les réfugiés, Juan Moreno, Montréal, Québec. 2002. Demande d'information sur les délais concernant l'accès des réfugiés aux soins de santé (Montréal). Conversation téléphonique.
- E.F. Khaki. 2002. Demande d'information sur les réfugiés qui présentent des demandes. Communication par Internet.
- Etobicoke Community Legal Services, Toronto. 2002. Demande d'information sur les délais concernant l'accès des réfugiés aux soins de santé (Toronto). Communication par Internet.
- P. Dongier, médecin, C.L.S.C. Côte-des-Neiges, Montréal, Québec. 2002. Demande d'information sur la prestation de services aux réfugiés et aux demandeurs d'asile. Conversation téléphonique.
- R. Hogue, Conseil canadien pour les réfugiés, serveur de liste du CCR CCRLIST@YORKU.CA. 2002. Document sur le PFSI. Communication par Internet.

Appendice

Légende des tableaux 1 à 6	
Code	Définition
A	Assujetti à un critère de revenu
B	Y compris le conjoint et les personnes à charge
C	Le permis de travail doit être valide pour une période minimale de 6 mois
D	Le permis de travail doit être valide pour une période minimale de 12 mois
F	Admissible au Programme fédéral de santé intérimaire
G	Couverture spécifique de groupe
H	Couvert si le service est dispensé à l'hôpital
I	Information incomplète/imprécise
J	Immédiatement, une fois ce statut obtenu
N	Sans objet
O	Le conjoint et les personnes à charge doivent présenter des demandes individuelles pour être inclus dans la requête du demandeur
P	Partiellement
R	Rétroactif
S	Interventions chirurgicales
T	Varie selon la durée de traitement de la demande de statut du demandeur
U	À l'arrivée
V	Variable
X	Non
Y	Oui
Z	Certains services sont couverts

Tableau 1
Services de soins de santé couverts pour les Canadiens

Composantes du système de santé	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Hospitalisation	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Services de médecins	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Autres services professionnels	YP ^b G ^c	Y ^d	Y ^e G ^f	Y ^g	I	I	Y ^h	La couverture des soins de santé des T. N.-O. s'applique	P ⁱ G ^j	Z ^k	I	P ^l	Y ^m G ⁿ
Soins préventifs	YG ^o	I	I	I	I	I ^p	G ^q		I	Y ^r	I ^s	Y G ^t	Y
Soins à domicile	Y ^u	I	Y	I	I	I	I		Y	I	I P ^v	P	I
Soins à long terme	Y	I	I	I	I	I	I		I	Y ^w	I	I	I
Soins dentaires	G ^x	HS ^y	HPS	PS	HPS	S ^z G ^{aa}	HG ^{bb}		G ^{cc} HPS	HPS	G ^{dd} PS	P	I
Assurance-médicaments (hors de l'hôpital)	I	I	I	G ^{ee}	I	G ^{ff}	G ^{gg}		GP ^{hh}	GP ⁱⁱ	P	P	G ^{jj}

^a Exclut la couverture des soins de santé assumée par le gouvernement fédéral pour certains groupes (autochtones, anciens combattants et détenus).

^b Services de chiropractie, de podiatrie, de physiothérapie, d'inhalothérapie, d'ergothérapie, les services de rééducation de la parole ainsi que certains services de chirurgie buccale et maxillo-faciale offerts par des spécialistes en chirurgie buccale.

^c Les services d'optométrie sont couverts pour les personnes de 19 ans ou moins et celles de 65 ans ou plus.

^d Services de chirurgie, de psychiatrie, d'ophtalmologie, de diagnostic et d'anesthésie sur recommandation d'un médecin.

^e Les services de chirurgie, de diagnostic et de chiropractie sur recommandation d'un médecin. Les services d'ambulance ne sont pas couverts.

^f Les services d'optométrie sont couverts pour les personnes de 19 ans ou moins et celles de 65 ans ou plus.

^g Les services de santé mentale communautaire.

^h Les services d'ambulance, de chiropractie et d'optométrie ne sont pas couverts.

ⁱ Les services de podiatrie, de chiropractie et d'ostéopathie.

^j Les services d'ophtalmologie sont disponibles aux deux ans pour les personnes âgées de 20 à 64 ans et une fois l'an pour les personnes de moins de 20 ans et celles de 65 ans ou plus.

^k Sur recommandation d'un médecin.

^l Les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'ambulance, d'optométrie et de santé mentale.

^m Les services de santé mentale.

ⁿ Lunettes et examens de la vue pour les enfants des familles à faible revenu en vertu du Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants (PMOE).

- ^o Les enfants sont couverts pour les programmes de vaccination.
- ^p Les examens médicaux annuels ne sont pas couverts.
- ^q Le *Optometric Program* prévoit l'examen de la vue préventif pour les enfants de 10 ans ou moins et pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.
- ^r Couvert si les soins sont dispensés dans un établissement accrédité.
- ^s Les médicaments servant à arrêter de fumer sont couverts.
- ^t Les mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.
- ^u Les soins de maintien à domicile et les soins palliatifs.
- ^v Le travail ménager léger et lourd, la préparation des repas et les courses.
- ^w Si les soins sont dispensés dans un établissement accrédité.
- ^x Certains services sont couverts pour les aînés.
- ^y Lié à de graves malformations congénitales.
- ^z Les services liés à des blessures ou à des maladies de la mâchoire.
- ^{aa} Les personnes âgées de 60 ans ou plus.
- ^{bb} Couverture pour les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans.
- ^{cc} Les enfants admissibles au Programme des enfants ayant besoin de soins dentaires.
- ^{dd} Les enfants de 10 ans ou moins et ceux qui reçoivent une aide financière.
- ^{ee} Pour les personnes âgées, les enfants recevant des soins et les personnes atteintes de certaines maladies/troubles.
- ^{ff} Les personnes âgées de 60 ans ou plus et celles atteintes d'une maladie ou d'un trouble couvert par le régime de prestations de santé étendues.
- ^{gg} Le programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées couvre les adultes de 65 ans ou plus.
- ^{hh} Pour les personnes admissibles au Programme de prestations pour les médicaments de l'Ontario.
- ⁱⁱ Des régimes de remboursement du coût des médicaments sont accessibles aux personnes atteintes de certaines maladies/troubles.
- ^{jj} Les personnes de 65 ans ou plus et leurs conjoints âgés de 60 ans ou plus.

Tableau 2
Couverture des services de santé (voir le tableau 1) selon le statut d'immigration : Canada

Catégories de statut d'immigration	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Résident permanent	Y	Y	Y	YB	Y	Y	Y		Y	Y	YBO	Y	I
Personne ayant d'un permis de travail	YBD	YB	YBD	YBOD ^a	Y ^b BD	YD	Y	La couverture des soins de santé des T. N.-O. s'applique	YBC	YC	YBOC	YB ^c	I
Étudiant	YD	Y	X	X	X	Y	Y		I	X	Y ^d BO	Y	I
Conjoint d'un étudiant	Y	Y	X	X	X	I	I		I	X	Y ^e O	I	I
Réfugié	Y	F ^f	FY ^g	Y	I	I	Y		Y	I	YBO	FY ^h	I
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	F	F	F	F	F	F	F		F	F	F	F	F

^a Les personnes mariées ou à charge d'un résident du N.-B. admissibles ont également droit à une protection.

^b Le permis de travail doit être émis avant l'entrée au Canada par un employeur de T.-N. désigné pour un emploi spécifique dans la province.

^c Si le conjoint n'arrive pas dans les 12 mois qui suivent l'arrivée de la personne ayant un permis de travail, la couverture est différente.

^d Les étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.

^e Les conjoints des étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.

^f Admissible aux prestations supplémentaires, y compris pour les services de physiothérapie, de massothérapie, de chiropractie et de naturopathie ainsi que les services chirurgicaux et non chirurgicaux de podiatrie avec une limite annuelle globale de dix visites.

^g Couvert par le PFSI jusqu'à l'émission du permis de travail.

^h La personne peut être admissible si elle possède un permis de travail valide, une autorisation d'étudiant ou un permis ministériel émis par Citoyenneté et Immigration Canada.

Tableau 3

Délai s'écoulant entre l'arrivée et l'admissibilité à la couverture des services de santé selon le statut d'immigration : Canada

Catégories de statut d'immigration	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Résident Permanent	U ^a	Jusqu'à 3 mois	U ^b ou le 1 ^{er} jour du 3 ^e mois	3 mois	I	U	I		3 mois	U ^c	Jusqu'à 3 mois	1 ^{er} jour du 3 ^e mois	I
Personne ayant un permis de travail	3 mois	Jusqu'à 3 mois	U ou le 1 ^{er} jour du 3 ^e mois	3 mois	I	U	Après 6 mois R ^d	La couverture des soins de santé des T. N.-O. s'applique	3 mois	U	Jusqu'à 3 mois	1 ^{er} jour du 3 ^e mois	I
Étudiant	3 mois	Jusqu'à 3 mois	N	N	N	U	1 ^{er} jour après le 13 ^e mois ^e		I	N	U ^f	1 ^{er} jour du 3 ^e mois	I
Conjoint d'un étudiant	3 mois	Jusqu'à 3 mois	N	N	N	I	I		I	N	U ^g	N	I
Réfugié	I	3 mois	V ^h	I	N	J	I		Minimum de 3 mois ⁱ	I	2-3 sem.	N	I
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	T	1-4 sem. ^j	T	T	T	T	T		V ^k	T	V ^l	T	T

^a Si la demande est reçue dans les trois mois de l'arrivée, la couverture prend effet à l'arrivée. Si la demande est reçue après ce délai, la date de prise d'effet est fixée lors de l'inscription.

^b Ou dès que le statut d'immigration est confirmé, pour les demandeurs se trouvant au pays.

^c Les personnes qui établissent leur résidence à l'I.-P.-E. peuvent être admissibles dès le 1^{er} jour où elles deviennent résidentes de la province.

^d Personnes ayant un visa d'emploi : après avoir résidé six mois au pays, la couverture est rétroactive à la date d'arrivée pourvu que la personne ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de plus de 31 jours et qu'elle doive être employée dans les six mois suivants. Personne ayant un permis de travail : admissible à demander la couverture le 1^{er} jour du 7^e mois, pourvu qu'elle ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de plus de 31 jours.

^e Pourvu qu'elle ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de 31 jours consécutifs. La couverture débute le 1^{er} jour du 7^e mois si l'étudiant travaille comme assistant d'enseignement ou de recherche à une université de la N.-E.

^f Les étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.

^g Les conjoints des étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.

^h La couverture du PFSI s'applique jusqu'à ce qu'un permis de travail soit émis, après quoi la couverture provinciale prend effet.

ⁱ Admissible trois mois après avoir versé les droits d'entrée au pays.

^j Peut être retardé par un afflux soudain de demandeurs qui sont détenus (cas prioritaires). Les demandeurs au point d'entrée ne sont pas couverts immédiatement.

^k De quatre à six semaines si la demande a été présentée au port d'entrée. De quatre à six mois dans les autres cas.

^l Les demandeurs au port d'entrée sont couverts à l'arrivée. Le délai peut aller d'une à dix semaines pour un demandeur se trouvant au pays, selon que sa demande est complète ou non.

Tableau 4

Services de soins de santé couverts pour les citoyens selon le pays

Composante du système de soins de santé	Canada ^a	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Hospitalisation	Y	Y	Y	Y	P G ^b	Y ^c
Services de médecins	Y	Y	Y	P ^d G ^e	P G ^f	Y
Autres services professionnels	V	Y G ^g	Y	P G ^h	P G ⁱ	Y G ^j
Soins préventifs	V	I	Y ^k G ^l	G ^m	G ⁿ	Y
Soins à domicile	V	I	Y ^o	P A	G ^p	A
Soins à long terme	V	I	Y	I	Y	A
Soins dentaires	V	X	Y ^q	G ^r	P G ^s	H G ^t
Assurance-médicaments (hors de l'hôpital)	V	P G ^u	Y ^v	G ^w	P ^x G ^y	G ^z

^a Voir le tableau 1.

^b Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.

^c Comprend les médicaments, les traitements dentaires et les services d'optométrie à l'hôpital. Les personnes à faible revenu ont droit à une aide pour les déplacements à l'hôpital.

^d La plupart des soins de santé sont offerts gratuitement, sauf les soins de santé primaires qui comportent des honoraires.

^e Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptés des frais de service.

^f Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.

^g Les services d'ambulance sont couverts pour les personnes touchant une pension de l'État et celles à faible revenu.

^h Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptés des frais de service.

ⁱ Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.

^j Les personnes de plus de 60 ans, les enfants de moins de 16 ans, les personnes de moins de 19 ans aux études à temps plein, les personnes bénéficiant d'un soutien du revenu et celles ayant une maladie ophtalmologique spécifique (ou des antécédents familiaux) ont droit aux soins d'optométrie. Les appareils auditifs et leur entretien sont aussi couverts.

^k Couvre les examens génétiques pour des maladies héréditaires et les services de prévention des thromboses.

^l Le test de l'hépatite B pour les femmes enceintes, les tests PKU pour les nouveau-nés et la vaccination des enfants.

^m Les enfants sont couverts pour les vaccinations. Les enfants, les personnes de plus de 65 ans et celles atteintes de troubles chroniques particuliers sont couverts pour le vaccin contre l'influenza.

ⁿ Pour les enfants d'âge préscolaire, les vaccins, les examens de santé, les consultations et certains traitements en clinique pour enfants sont gratuits. L'éducation sanitaire est donnée à l'école. Les soins prénataux sont couverts.

^o Les aides, appareils médicaux, soins de maternité (dont les services ménagers) et la dialyse à domicile sont aussi couverts.

^p Les personnes âgées ou handicapées peuvent recevoir des services médicaux et infirmiers et des aides techniques.

^q Comprend l'entretien préventif.

^r Les enfants peuvent recevoir gratuitement des soins dentaires jusqu'à leur 18^e anniversaire de naissance.

^s Les personnes de 20 ans ou moins sont couvertes.

^t Les enfants de moins de 19 ans, les femmes enceintes (jusqu'à 12 mois après l'accouchement), les personnes recevant un soutien de faible revenu ou handicapées ou celles touchant des crédits d'impôt pour famille au travail ont droit à des services dentaires gratuits.

^u Le coût est plafonné pour les personnes ayant une carte de concession (étudiant, aîné, handicapé) et les familles.

^v Assorti d'une limite de remboursement.

^w Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptés des frais de service.

^x Le total des coûts annuels est plafonné.

^y L'insuline est gratuite pour les enfants de moins de 18 ans.

^z Les enfants de moins de 16 ans (19 ans s'ils étudient à temps plein) et les personnes de 60 ans et plus sont couverts. Les femmes enceintes et les bénéficiaires d'un soutien du revenu ont droit aux ordonnances avec un certificat d'exemption.

Tableau 5
Couverture des services de santé (voir le tableau 4) selon le statut d'immigration et le pays

Catégories de statut d'immigration	Canada ^a	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Résident permanent	Y	Y ^b B	Y ^c	Y ^d	Y ^e	Y ^f B
Personne ayant un permis de travail	V	Y	I	Z ^g G ^h	X	Y ⁱ B
Étudiant	V	X	X	XG ^j	X	Y ^k
Réfugié	Y	Y	Y	Y ^l	Y	YB
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	Y ^m	Y ⁿ G ^o	Y	Y	P ^p G ^q	YB ^r

^a Voir le tableau 2.

^b L'Australie a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Australie.

^c Les Pays-Bas ont conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base aux Pays-Bas.

^d La Nouvelle-Zélande a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Nouvelle-Zélande.

^e La Suède a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Suède.

^f Les ressortissants de la Zone économique européenne ont une couverture variable selon leur pays d'origine; ceux des pays ayant conclu avec le Royaume-Uni un accord de réciprocité pour les soins de santé sont aussi couverts.

^g Toute personne souffrant d'une blessure accidentelle est couverte.

^h Les enseignants financés en vertu du Foreign Language Teaching Assistantship, du ministère de l'Éducation, sont admissibles à tous les services. Les enfants des personnes admissibles ont accès à tous les services. Les personnes ayant un permis valide de résidence temporaire pour deux ans ou plus ont accès aux services de santé publique.

ⁱ Comprend les travailleurs non rémunérés de certains organismes bénévoles et les étudiants et apprentis qui doivent travailler durant 12 semaines au cours de la première année.

^j Les étudiants financés dans le cadre du programme officiel d'aide au développement du ministère des Affaires étrangères, leurs conjoints et leurs enfants sont admissibles à tous les services de santé.

^k Les étudiants à court terme (pour une période de moins de six mois) provenant des pays qui n'ont pas conclu une entente relativement aux soins de santé avec le Royaume-Uni ne sont pas admissibles.

^l Y compris le counselling multidisciplinaire en traumatologie.

^m En vertu du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

ⁿ La personne doit détenir un visa valide comportant des droits de travail afin d'être couverte.

^o Les demandeurs sans visa reçoivent de l'aide financière couvrant les soins de santé et les services de counselling en vertu du Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). Les services médicaux, dentaires et de spécialistes sont disponibles pour les immigrants non autorisés vivant dans des centres de détention selon leurs besoins médicaux.

^p Les adultes demandant l'asile politique sont admissibles aux soins médicaux et dentaires d'urgence subventionnés; les médicaments d'ordonnance et les coûts sont plafonnés.

^q Les enfants demandant l'asile politique ont droit aux mêmes soins de santé que les enfants suédois. Les soins de maternité, les soins préventifs pour enfants, les soins prénataux et les soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans sont gratuits.

^r Les demandeurs de statut de réfugié/d'asile doivent aussi présenter une requête pour être exemptés des frais habituels pour les ordonnances, les traitements dentaires, les examens de la vue, les verres, les perruques et les soutiens de textile, et les coûts des déplacements à l'hôpital.

Tableau 6
Délai s'écoulant entre l'arrivée et l'admissibilité à la couverture pour les services de santé selon le statut d'immigration et le pays

Catégories de statut d'immigration	Canada ^a	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Résident permanent	V	2 ans	I	I	3 mois	I ^b
Personne ayant un permis de travail	V	2 ans	I	I	N	U
Étudiant	V	N	N	N	N	U
Réfugié	V	J	J	V ^c	J	V ^d
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	V	6 mois ^e	U	V ^f	U	V ^g

^a Voir le tableau 3.

^b Une personne vivant au Royaume-Uni à des fins établies pour une période de plus de six mois est couverte.

^c Le délai d'obtention de la carte de services communautaires, qui donne aux réfugiés le droit d'être couverts, peut varier.

^d Il existe un processus d'inscription pour déterminer l'admissibilité aux services gratuits et ce processus peut retarder l'accès à la couverture. Pour obtenir une exemption des frais habituels, un processus de demande existe également; celui-ci n'est disponible qu'en anglais, est complexe et doit être renouvelé après six mois.

^e Il faut compter six mois avant qu'un demandeur admissible ne reçoive une aide financière en vertu de l'Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). La couverture est immédiate pour les personnes se trouvant dans un centre de détention et celles munies d'un visa valide comportant des droits de travail.

^f Le délai d'obtention d'une carte de services communautaires, qui donne aux demandeurs d'asile le droit à la couverture, peut varier. Ces personnes sont admissibles seulement si elles ont déposé une requête et attendent une audience.

^g Il existe un processus d'enregistrement pour déterminer l'admissibilité aux services gratuits et ce processus peut retarder l'accès à la couverture. Pour être exempté des frais habituels, un processus de demande existe également; celui-ci n'est disponible qu'en anglais, il est complexe et doit être renouvelé après six mois.

Bibliographie pour les tableaux 1 à 6

Comparaisons canadiennes

Alberta

E. Skoropad, Ministry of Health and Wellness, Alberta. Demande d'information sur le régime provincial d'assurance-maladie. Avril 2002. Communication par Internet.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. Avril 2002. « On-line with Alberta Health and Wellness ». Disponible sur le site <http://www.health.gov.ab.ca>.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. Demande d'information sur la date à laquelle débute l'admissibilité à la couverture. Avril 2002. Communication par Internet.

Colombie-Britannique

M. Van der Meij, Victoria Immigrant & Refugee Centre Society. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé pour les populations immigrantes. Avril 2002. Communication par Internet.

Ministry of Health Services, Colombie-Britannique. Avril 2002. « Health Services ». Disponible sur le site <http://www.gov.bc.ca/healthservices>.

Manitoba

Gouvernement du Manitoba. Avril 2002. « Santé Manitoba ». Disponible sur le site <http://www.gov.mb.ca/health/index.html>.

U. Wendt, Ministère de la Santé, Gouvernement du Manitoba. Demande d'information sur l'accès aux services de santé publique pour les personnes qui ne sont pas nées au Canada. Avril 2002. Communication par Internet.

Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et du Bien-être, Nouveau-Brunswick. Avril 2002. « Santé et bien-être ». Disponible sur le site <http://www.gnb.ca/0051/index-e.asp>.

P. MacDonald, Ministère de la Santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Demande d'information sur les services de santé pour les personnes qui ne sont pas nées au Canada. Mars 2002. Communication par Internet.

Terre-Neuve

Department of Health and Community Services, Terre-Neuve et Labrador. Mars 2002. « Health and Community Services ». Disponible sur le site <http://www.gov.nf.ca/deptnew.htm>.

K. Dyer. Ministry of Health, Gouvernement de Terre-Neuve. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé pour les populations immigrantes à Terre-Neuve. Mars 2002. Communication par Internet.

Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest. Mars 2002. « Santé et Bien-être social ». Disponible sur le site <http://www.hlthss.gov.nt.ca>.

Nouvelle-Écosse

Department of Health, Nouvelle-Écosse. Mars 2002. « Department of Health ». Disponible sur le site <http://www.gov.ns.ca/health>.

Nunavut

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut. Mars 2002. « Ministère de la Santé et des Services sociaux ». Disponible sur le site <http://www.gov.nu.ca/hss.htm>.

Île-du-Prince-Édouard

B. MacLure, Department of Health and Social Services, Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Information sur l'assurance-santé provinciale. 2002. Communication par Internet.

Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard. Mars 2002. « Health and Social Services ». Disponible sur le site <http://www.gov.pe.ca/hss>.

Québec

Portail Québec. Mars 2002. « Régie de l'assurance-maladie du Québec ». Disponible sur le site <http://www.ramq.gouv.qc.ca>.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. Février 2002. « Ce à quoi votre carte vous donne accès : le régime d'assurance-maladie ». Disponible sur le site <http://www.ramq.gouv.qc.ca/cit/acces/regime.htm>.

S. Reichhold, directeur. La Table de concertation des organismes de Montréal pour les réfugiés. 2 avril 2002. Communication personnelle.

Saskatchewan

C. Gordon. Ministry of Health, Gouvernement de la Saskatchewan. Demande de renseignements sur l'admissibilité aux prestations de santé. Avril 2002. Communication par Internet.

Saskatchewan Health. Mars 2002. « Health ». Disponible sur le site <http://www.health.gov.sk.ca>.

Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon. Mars 2002. « Santé et des Services sociaux au Yukon ». Disponible sur le site <http://www.hss.gov.yk.ca>.

Comparaisons internationales

Canada

Citoyenneté et Immigration Canada. Février 2002. « Interim Federal Health Program ». Disponible sur le site <http://www.fasadmin.com/english/part1.html>.

Citoyenneté et Immigration Canada. Février 2002. « Services aux immigrants : santé et sécurité sociale ». Disponible sur le site http://www.cic.gc.ca/français/vivre/fiche_04.html.

Australie

Australian Red Cross. Mars 2002. *Australian Red Cross Site*. Disponible sur le site <http://www.redcross.org.au>.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Seeking Asylum within Australia ». Disponible sur le site <http://www.immi.gov.au>.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Immigration Detention ». Disponible sur le site <http://www.immi.gov.au>.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Overseas Students in Australia ». Disponible sur le site <http://www.immi.gov.au>.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Assistance for Asylum Seekers in Australia ». Disponible sur le site <http://www.immi.gov.au>.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Temporary Protection Visas ». Disponible sur le site <http://www.immi.gov.au>.

Health Insurance Commission, Australie. Mars 2002. « About the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/apbs.htm.

Health Insurance Commission, Australie. Mars 2002. « Visitors Travelling to Australia ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/services_for_travellers/vtta.htm.

Health Insurance Commission, Australie. Mars 2002. « About Medicare ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/am.htm.

Kelsall, L., C. Kiro, U. Antipas, W. Cook, J. Calveley, A. Mortensen, K. Boyle, S. Wells, M. Gardner et R. Walker. 2001. *Health Needs Assessment 2001*. Australie, Auckland District Health Board.

Refugee Resettlement Advisory Council. Mars 2002. *Help for People Settling in Australia*. Disponible sur le site <http://www.immmi.gov.au/tis/index.html>.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - Australia*. Disponible sur le site <http://www.unhcr.org>.

Pays-Bas

Conseil européen sur les réfugiés et les exilés (CERE). Février 2002. *Les Pays-Bas*.
Disponible sur le site <http://www.ecre.org/drc/netherlands.shtml>.

Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, La Haye. 2000. *Health Insurance in the Netherlands. 1E*. Netherlands, International Publication Series.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – Netherlands*.
Disponible sur le site <http://www.unhcr.org>.

Nouvelle-Zélande

Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care - A Handbook for Health Professionals*. Nouvelle-Zélande,
Folio Communications Ltd.

New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. « An Overview of the Health and Disability Sector in
New Zealand, 2001 ». Disponible sur le site <http://www.moh>.

New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. « About the New Zealand Health and Disability System ».
Disponible sur le site <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – New Zealand*. Disponible sur le site
<http://www.unhcr.org>.

Suède

Centre d'évaluation des services sociaux, Conseil national de la santé et du bien-être. Mars 2002.
« Different Conditions - Different Health: A Study of Immigrants from Chile, Poland, Iran and
Turkey ». Disponible sur le site <http://www.sos.se/sos/publrefereng/0003003E.htm>.

Ministère des Politiques et des Services de santé. Mars 2002. « Health Care Systems in Transition:
Sweden ». Disponible sur le site <http://www.euro.int/documents/e72481.pdf>.

Conseil européen sur les réfugiés et les exilés (CERE). Mars 2002. *Suède*.
Disponible sur le site <http://www.ecre.org/drc/sweden.shtml>.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « Refugee Reception ».
Disponible sur le site <http://www.migrationsvekert.se>.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « The Costs of Refugee Reception ».
Disponible sur le site <http://www.migrationsvekert.se>.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « Swedish Residence Permits for EU/EEA Citizens ».
Disponible sur le site <http://www.migrationsvekert.se>.

Institut suédois. Mars 2002. *The Health Care System in Sweden*.
Disponible sur le site <http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf>.

Institut suédois. Mars 2002. *Immigrants in Sweden*.

Disponible sur le site <http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf>.

Institut suédois. Mars 2002. *Social Insurance in Sweden*.

Disponible sur le site <http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs5z.pdf>.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – Sweden*.

Disponible sur le site <http://www.unhcr.org>.

Royaume-Uni

British Medical Association. Mars 2002. *Access to Health Care for Asylum Seekers*.

Disponible sur le site <http://www.asylumsupport.info>.

Department of Health Publications. Mars 2002. « NHS Booklet HC11-Help with Health Costs ».

Disponible sur le site <http://www.doh.gov.uk>.

Immigration and Nationality Directorate. Mars 2002. « Asylum in the UK; Once You are Here ».

Disponible sur le site <http://www.ind.homeoffice.gov.uk>

National Health Service (NHS). Mars 2002. « National Health Service Hospital Charges to Overseas Visitors ». Disponible sur le site www.doh.gov.uk/overseasvisitors/patientguide.htm.

Refugee Council. Mars 2002. *Support and Entitlements*. Disponible sur le site

<http://www.refugeecouncil.org.uk>.

The National Health Service. Mars 2002. « The NHS Explained ». Disponible sur le site

<http://www.nhs.uk>.

Royaume-Uni, WHO Regional Office. 1999. *Health Care Systems in Transition*. Royaume-Uni, l'auteur.