

Rapport évolutif

Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec

Rapport 6 — Incidence de l'immigration sur le système de santé au Québec



Laboratoire d'étude
sur les politiques publiques
et la mondialisation

**Monica Tremblay, M. Sc.
Anthropologue**

Novembre 2008

INTRODUCTION

Immigration, mondialisation et santé

L'immigration n'est pas un phénomène nouveau, mais elle est accentuée par la mondialisation, à tel point qu'elle y est presque associée. La conjonction de la mondialisation et de l'immigration a soulevé des défis particuliers en matière de santé. Pensons aux risques de propagation de maladies, au besoin de professionnels de la santé à l'échelle internationale et aux questions sur le droit à la santé pour tous. Les besoins de services et de soins de santé des immigrants entraînent également des préoccupations, particulièrement pour les États et gouvernements. Quelles sont les incidences de l'immigration sur le système de santé ? Quelles mesures l'État ou le gouvernement adopte-t-il afin d'offrir des services de santé aux immigrants ? La sélection des immigrants telle que pratiquée au Québec entraîne-t-elle des conséquences différentes ? Ce texte propose d'abord un coup d'œil sur l'immigration au Québec et au Canada. Ces informations permettent de comprendre les défis à relever et les mesures mises en place par le gouvernement afin de répondre aux attentes en matière de santé de la population immigrante. Quelques pistes de réflexion sont amenées en conclusion.

1. IMMIGRATION ET SANTÉ DES IMMIGRANTS AU QUÉBEC ET AU CANADA

1.1 Immigration au Québec et au Canada

Le Canada et le Québec accueillent des immigrants depuis plus d'un siècle. Leur histoire est marquée par des vagues d'immigration particulières, soit par leur ampleur, l'origine des immigrants, ou un événement particulier qui entraîne une immigration massive, tel une guerre civile, soit par les conditions, favorables

ou non à leur accueil. Pendant longtemps, l'immigration provenait principalement de l'Europe de l'ouest. Depuis quelques années, les immigrants proviennent d'autres régions du monde, surtout d'Asie et du Moyen-Orient. Bien que le Canada et le Québec demeurent une terre d'accueil pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, les changements dans les politiques d'immigration favorisent actuellement l'immigration économique. Depuis quelques années, le Québec craint une pénurie de main d'œuvre et doit faire face au problème démographique du vieillissement de sa population combiné à la chute de natalité. L'attraction et le recrutement de travailleurs qualifiés en provenance de l'étranger font donc partie des mesures visant à surmonter cette situation.

Il faut souligner ici que l'immigration est un champ de compétence partagée entre le gouvernement fédéral canadien et les provinces, et que le Québec a négocié et obtenu certaines responsabilités au fil du temps. Au cours des années 1960, le Québec devient plus actif dans ce champ et donne naissance à un premier ministère de l'Immigration. Il conclut aussi, pendant ces années, différentes ententes de collaboration avec le Canada en matière d'immigration. Le Québec dispose ainsi, depuis l'*Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubains* conclu en 1991, davantage de pouvoir « dans la gestion du mouvement qui lui est destiné » (Robert, 2005 : 71). Il a depuis la possibilité de déterminer le volume d'immigrants qu'il souhaite accueillir, et d'effectuer la sélection de ceux-ci. Le Québec possède de plus, l'entière responsabilité des services d'accueil et d'intégration des immigrants. Les immigrants qui arrivent au Québec sont généralement accueillis à titre de résidents permanents.

1.2 Immigration et critères de sélection

Afin d'assurer son développement social, culturel et économique, le Québec, comme d'autres États, reçoit différentes catégories d'immigrants : immigration économique, regroupement familial, et réfugiés et personnes en situation semblable. La catégorie dite « immigrants économiques » comprend quant à elle, les travailleurs qualifiés, les travailleurs autonomes, les entrepreneurs et les investisseurs. Les immigrants admis sous cette catégorie se destinent à une activité économique. Les membres de la famille qui accompagnent ce type de requérant sont également considérés comme immigrants économiques.

Une sélection est effectuée parmi les personnes qui soumettent leur dossier en tant qu'immigrants économiques. Une dizaine de facteurs sont pris en compte afin de qualifier ou non les candidats, notamment, la formation, l'âge, la connaissance du français ou de l'anglais, la capacité d'autonomie financière durant les trois premiers mois de séjour, les caractéristiques du conjoint ou de la conjointe. Différents auteurs (Cognet; Clarkson, 2005) font allusion à la bonne santé des immigrants due, en partie, aux critères de sélection principalement associés à l'immigration économique. Une firme spécialisée en immigration francophone au Canada, rappelle que l'état de santé est une des trois conditions d'admissibilité à remplir avant même de répondre aux critères de sélection. Toute personne qui souhaite immigrer au Canada doit faire la preuve qu'elle et les personnes qui l'accompagnent ne souffrent d'aucune maladie grave ou contagieuse. De plus, un examen médical est exigé après acceptation du dossier (Accès Canada G & G, 2008). Une nuance s'impose ici, la santé ne figure pas parmi les facteurs de sélection (MICC, 2007 : 3-4; MICC, Site internet), mais parmi les critères d'admission inscrits dans la *Loi sur l'immigration au Québec* (Gouv. du Québec, 2008, section 4, 3.3b).

Il sera principalement question dans ce texte de l'immigration économique, phénomène accentué par la mondialisation. C'est d'ailleurs la catégorie de nouveaux arrivants la plus importante au Québec depuis quelques années. Nous présenterons dans la section suivante, à l'aide de quelques chiffres, un aperçu de ce que représente l'immigration économique pour le Québec, ainsi que le profil des résidents permanents qu'il accueille.

1.3 Immigration au Québec : quelques chiffres

En 2007, le Québec a accueilli 45 208 immigrants, dont plus de la moitié, soit 28 032, se rangeait dans la catégorie d'immigration économique. Il s'agit là de 62 % des immigrants en 2007 (CIC, 2008; ISQ et SAIC, 2008; ISQ, 2008a).

Depuis 10 ans, l'immigration tend à augmenter au Québec et les immigrants économiques dominent le panorama. Cette catégorie représente, depuis plus de cinq ans, environ 60 % des immigrants reçus annuellement. Le tableau suivant illustre cette tendance.

Résidents permanents au Québec selon la catégorie

Catégorie	1998	1999	2000	2001	2002
Toutes catégories	26 619	29 151	32 502	37 601	37 586
Immigrants économiques	13 047	14 003	16 359	21 938	23 051
Répartition en % Immigrants économiques	49,0	48,0	50,3	58,3	61,3

Catégorie	2003	2004	2005	2006	2007
Toutes catégories	39 554	44 243	43 313	44 681	45 208
Immigrants économiques	23 554	26 667	26 292	25 952	28 032
Répartition en % Immigrants économiques	59,5	60,3	60,7	58,1	62,0

Sources : Données tirées de Citoyenneté et immigration Canada, (2008), p. 38, <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2007.pdf> et <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2007/permanents/19.asp>

La majorité des immigrants tend à s'installer dans la région métropolitaine de Montréal et seul un petit nombre s'établit dans les autres régions urbaines. Le gouvernement du Québec a mis en place un programme de régionalisation de l'immigration visant à répartir les nouveaux arrivants sur son territoire. Toutefois, ce sont davantage les réfugiés qu'il dirige vers les régions (Laaroussi, 2003). Depuis dix ans, la répartition entre les régions urbaines du Québec est similaire d'une année à l'autre. Les chiffres de 2007 donnent un aperçu de cette répartition.

**Résidents permanents toutes catégories
confondues selon la région urbaine**

Région urbaine	2007
Québec	2 056
Sherbrooke	1 018
Trois-Rivières	305
Montréal	38 710
Ottawa-Gatineau	1 121
Autres - Québec	1 998
Québec	45 208

Source : Données tirées de Citoyenneté et immigration Canada, (2008), p.36, <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2007.pdf> et <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2007/permanents/18.asp>

Les immigrants au Canada et au Québec proviennent principalement des régions « Asie et Pacifique », et « Afrique et Moyen-Orient »¹. Au Canada, la République populaire de Chine et l'Inde sont les deux principaux pays en ce qui a trait à l'origine des immigrants. Au Québec, le Maroc se situe au premier rang, suivi de la France, de l'Algérie, de la Colombie et de la Chine, au cinquième rang. Notons qu'au cours des années précédentes, la Chine se trouvait au troisième rang (ISQ, 2008b).

1.4 État de santé et besoins de service de santé des immigrants

Selon différents auteurs, les immigrants qui arrivent au Canada, au Québec, aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés, jouissent en général d'un bon état de santé, voire meilleur que celui des résidents de longue date et des citoyens natifs. Ce phénomène est généralement désigné comme « l'effet de l'immigrant en bonne santé » (Santé Canada, 2001; Hyman, 2001; Cognet; Derose et al, 2007; Nagi et Haavio-Mannila, 2008). « Les principaux types d'études recensés dans les écrits qui corroborent l'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé sont les études sur les migrants, les enquêtes sur la santé de la population (généralement transversales) et les études transgénérationnelles » (Hyman, 2001 : résultats). Toutefois, difficile de savoir s'ils sont vraiment en meilleure santé ou s'ils ont moins recours, au cours des premières années, aux services de santé que les immigrants de longue date et que les citoyens du pays d'accueil (Pylypchuk et Hudson, 2008; Clarkson, 2005; Hyman, 2001). D'autres auteurs retiennent aussi comme explication les critères de sélection dans une perspective d'employabilité. Les critères d'évaluation permettent d'attirer une clientèle habituellement en meilleure santé, c'est-à-dire des personnes assez jeunes, avec une situation socio-économique plutôt bonne et en mesure de travailler (Cognet; Clarkson, 2005). Cette clientèle correspond à la catégorie de l'immigration économique. Même s'ils arrivent généralement en bonne santé, les immigrants ont, tôt ou tard, besoin d'obtenir des services de santé, comme toute autre personne. Malgré les services disponibles, ils doivent alors surmonter différents obstacles.

2. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET PROBLÈMES

2.1 Services de santé offerts aux immigrants

Les immigrants installés au Québec, à titre de résidents permanents ou temporaires, tels que travailleurs et étudiants étrangers, sont admissibles, après un délai de carence de trois mois, à la couverture médicale publique, l'assurance maladie du Québec. Il existe certaines exceptions pour lesquelles le délai de carence est levé, notamment dans les cas de grossesse, de victimes de violence ou d'infections pouvant menacer la santé publique ou encore en présence d'une entente de réciprocité avec le pays d'origine pour se soustraire à cette contrainte². Les réfugiés et résidents permanents admis pour des raisons humanitaires ne sont pas soumis au délai de carence. Le régime permet aux assurés de bénéficier gratuitement de soins médicaux. Un régime public d'assurance médicaments est également disponible (RAMQ, 2008). Les trois premiers mois, les nouveaux arrivants doivent assumer eux-mêmes les frais encourus s'ils requièrent des services de santé. Il leur est donc recommandé de souscrire à une assurance privée.

Ainsi, comme les citoyens nés au Québec, les immigrants peuvent bénéficier de services médicaux et de services offerts par des professionnels de la santé dans différents établissements, tels que les cliniques, les hôpitaux et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Bien que les nouveaux arrivants aient droit aux mêmes services que le reste de la population, des ajustements se sont avérés nécessaires afin de favoriser l'accès à des services de qualité. Cette question demeure une préoccupation permanente pour l'État et les différentes instances qui dispensent des services tels que les CSSS.

2.2 Contraintes d'accès aux services de santé

De nombreuses études ont été réalisées à propos de l'accessibilité aux services de santé par les immigrants. Les difficultés les plus souvent relevées et documentées concernent les problèmes de communication. La barrière linguistique est un des premiers obstacles généralement mentionnés. Au Québec, par exemple, de nombreux nouveaux arrivants, ne maîtrisent pas suffisamment le français ou l'anglais ce qui ne leur permet pas de communiquer adéquatement avec un professionnel de la santé, ou encore, de comprendre les explications qui leurs sont données concernant leur santé. S'ajoute à ce problème de communication, l'incompréhension d'aspects culturels, autant de la part de l'immigrant que de l'intervenant. Des croyances et des normes culturelles différentes peuvent créer une barrière. Par exemple, une personne d'origine chinoise peut bien parler l'anglais, une personne d'origine marocaine parler couramment le français, mais l'une et l'autre peuvent avoir une conception de la santé et de la maladie différente de celle qui prévaut dans la société d'accueil. Chacun peut avoir des attentes selon ce qu'il connaît dans son pays d'origine. Ainsi, même si la sélection des immigrants au Québec demande une connaissance du français ou de l'anglais, des barrières de communication interculturelles peuvent exister.

La méconnaissance du système de santé et des services disponibles peut s'avérer un autre obstacle. Il n'est pas toujours suffisant de savoir qu'on a accès à une assurance santé. Un nouvel arrivant peut se demander s'il doit aller consulter en clinique, en CSSS ou à l'hôpital. Par ailleurs, il peut connaître *grosso modo* le système de santé, sans savoir précisément à quelle porte frapper lorsque survient un problème. Il peut aussi, tout simplement, ignorer qu'il est admissible à l'obtention de services particuliers. D'ailleurs, des études récentes

aux États-Unis cherchent à comprendre si la constatation voulant que les immigrants utilisent moins les services de santé ne résulte pas plutôt de leur méconnaissance du système (Derose et al, 2007; Pylypchuk et Hudson, 2008; Nagi et Haavio-Mannila, 2008). Différentes études d'une équipe de recherche de Montréal (METISS)³ se penchent également sur l'utilisation effective des services par les nouveaux arrivants au Québec, notamment sur les causes de la sous-utilisation des services et l'accès à ceux-ci chez les personnes d'immigration récente (Le Gall et Cassan, 2008; Lavoie, J-P. et al, 2006). Selon Lavoie et al (2006), pour certains immigrants, le manque de connaissance du système de santé et des droits constitue une des contraintes à l'accès aux services de santé, particulièrement aux services de longue durée. Le Gall et Cassan (2008) constatent, par ailleurs, que la recherche d'emploi est une préoccupation dominante chez les hommes et la santé ne semble pas constituer une priorité.

Au Québec et au Canada, le problème des coûts à défrayer pour des services de santé n'a pas la même envergure qu'ailleurs, notamment aux États-Unis, compte tenu du régime d'assurance public universel. Néanmoins, tous les services de santé ne sont pas couverts, pensons aux services dentaires, pour lesquels les coûts peuvent s'avérer prohibitifs pour les immigrants. Par ailleurs, des services sous-jacents à un problème de santé peuvent être requis, comme le gardiennage d'enfants. Par exemple, une mère de famille devra peut-être s'absenter du travail afin de conduire son enfant chez le médecin et avoir recours à un service de gardiennage pour son deuxième enfant, parce que le père ne peut pas s'absenter du travail. La famille devra alors absorber ces coûts supplémentaires. (L'administrateur en chef de la santé publique, 2008; Derose et al, 2008; Stewart et al, 2006; Santé Canada, 2001; Bowen, 2001; Perras, 1991). Même si

une certaine autonomie financière constitue un des facteurs de sélection des immigrants économiques, il existe tout de même des écarts socio-économiques appréciables au sein de ce groupe.

Soulignons que les difficultés éprouvées par les immigrants ont leur contrepartie au sein du personnel de la santé et l'organisation gouvernementale responsable d'offrir les services à la population dans un contexte d'hétérogénéité culturelle. Ainsi, toute catégorie d'immigration confondues, des effets négatifs ont été observés sur les services, tels que « durée plus longue des interventions [...] ; modes particuliers d'utilisation des services (plus grande utilisation des sans rendez-vous, par exemple) ; présence nécessaire d'interprètes ; besoins, pour les intervenants, de formation sur l'immigration et l'interculturel » (Battaglini et al, 2005 : 2). Bien entendu, une durée d'intervention plus longue, le recours à des ressources spécialisées additionnelles entraînent des coûts supplémentaires. Les ajustements requis suscitent la créativité et peuvent même s'avérer une source d'inspiration dans la résolution d'autres problèmes éprouvés dans le système de santé par d'autres clientèles particulières.

3. STRATÉGIES D'ADAPTATION GOUVERNEMENTALE

Peu d'écrits dans le domaine de la santé et de l'immigration abordent les questions de l'impact de l'immigration sur la collectivité d'accueil, notamment sur l'État. Kinnon (1999) en faisait le constat dans une importante revue des travaux canadiens sur la santé et l'immigration, il y a près de 10 ans. Plus récemment, Battaglini et al (2005), dont les travaux portent sur l'organisation et la prestation des services de santé aux immigrants, soulignent le peu de recherche sur les besoins des organisations qui dispensent des services aux immigrants.

Quelques auteurs examinent les politiques en matière de santé dans le contexte pluriculturel québécois (Helly, 1996).

Il en est de même ailleurs dans le monde, en Allemagne, en Autriche, en Suisse et en Belgique par exemple. L'impact de l'immigration en général sur les systèmes de santé nationaux est rarement abordée, encore moins en ce qui a trait à l'immigration économique. Au Royaume-Uni, la question semble posée, mais différents rapports gouvernementaux soulignent l'absence de données permettant de chiffrer l'ampleur de l'impact de l'immigration sur le système de santé.

Les politiques d'immigration et de santé ont changé au cours des décennies tant à l'échelle du Québec que du Canada. Le Québec a procédé à d'importantes réformes de son système de santé qui ont modifié l'organisation et l'offre de services à la population en général, bien sûr, mais aussi aux immigrants. Il est clair que le contexte migratoire et l'amplification de la diversité culturelle ont dû être pris en considération. Lois, politiques, ententes, accords, commissions, comités ont modifié la donne en ce qui concerne les services gouvernementaux offerts aux immigrants et en particulier les services de santé et services sociaux. Certaines de ces mesures servent ici à illustrer l'impact que l'immigration a eu et continue d'avoir sur le système de santé.

D'abord, en 1982, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec

[...] confie aux CRSSS [Centre régional de santé et services sociaux, appelés aujourd'hui CSSS] et aux établissements la responsabilité d'élaborer des politiques favorisant l'embauche de membres des communautés culturelles, la représentation des communautés culturelles sur les conseils d'administration et l'adaptation des services par la mise en place de programmes de sensibilisation (Perras, 1991 :11-12).

Par cette décision, le MSSS souhaite réduire les obstacles dressés par les différences culturelles et offrir des services qui répondent davantage aux besoins des individus. Perras (1991), mentionne que, sur le terrain, cela a peu d'impacts et que cette décision du Ministère a été l'objet de revendications réclamant des changements réels.

Une réforme du système de santé, au milieu des années 1980, met l'accent sur la nécessité d'adapter les services à la réalité de chaque milieu. En 1985-1986, le gouvernement du Québec adopte le principe de l'égalité aux services pour tous les résidents. Il adopte d'ailleurs, en 1986, le projet de loi n° 142 qui vise à assurer les services en anglais dans les hôpitaux. Cette loi définit les services à la population avec des particularités linguistiques. Pendant cette période, le Québec fait également face à une nouvelle vague migratoire. La ministre de la Santé d'alors établit, en 1986, un comité consultatif sur l'accessibilité des services des établissements du réseau aux communautés culturelles. Elle créera, à la suite des recommandations de ce comité, en 1988, le Bureau de coordination des services aux communautés culturelles dont le mandat consistera à appuyer les instances dans l'amélioration de la distribution des services dans le contexte multiethnique. Toujours en réponse aux recommandations issues de ce même comité, le MSSS adopte en 1989 « ses premières orientations pour l'adaptation des établissements de santé et des services à la diversité culturelle de la population » (Vissandjee et al, 2005 : 421).

En 1989, de nouvelles orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux visent à « lever les barrières qui compromettent l'accessibilité aux services pour plusieurs clientèles cibles » les immigrants font partie de cette clientèle (Perras, 1991 : 13-14). Le

MSSS propose alors l'élaboration de plans régionaux qui permettront de répondre aux besoins particuliers de la population, en ce qui a trait à la langue, à la culture et à la religion. Des modifications dans les pratiques de gestion, de l'organisation des services et des pratiques professionnelles devront être imaginées afin de mieux desservir les minorités culturelles. Cette stratégie vise à répondre au problème de l'accessibilité linguistique et culturelle des services sociaux et de santé (Perras, 1991; Vissandjee et al, 2005).

En 1990 le Québec élabore son énoncé de politique sur l'intégration, *Au Québec pour bâtir ensemble*, qui fut adopté en 1991. Cet énoncé met l'accent sur l'« adaptation des institutions à la réalité pluraliste ». Selon Helly, il « reprend des recommandations émises depuis 1977, montrant combien les réalisations et les transformations dans le domaine des services de santé et des services sociaux demeurent peu avancées » (Helly, 1996 : 154, 179). La même année, une nouvelle politique de santé publique recommande une attention particulière à l'égard de la population immigrante « considérée comme vulnérable » (Cognet). Ensuite, le gouvernement souhaite améliorer l'accès à l'information pour les immigrants. Il élabore, en 1991, une « politique sur l'accès à l'information gouvernementale pour les minorités culturelles » (Helly, 1996 : 154). Cette politique vise à améliorer la communication des ministères et organismes gouvernementaux non seulement avec les immigrants mais avec les minorités culturelles (MCCI, 1993).

Dans la foulée du plan d'action de 1991, le MSSS a mis sur pied, par l'entremise de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, une Banque interrégionale d'interprètes linguistiques et culturels. Des services en 28 langues sont offerts aux régions de Montréal, de Québec,

de l'Estrie et de l'Outaouais. Au fil des ans, l'utilisation de ces services illustre le changement dans la provenance des immigrants puisque certaines langues sont plus ou moins en demande, d'une année à l'autre. Par exemple, les données d'utilisation de ce service mentionnent que le panjabi, l'espagnol et le chinois ont été les langues les plus sollicitées en 2005-2006 (Agence SSS Montréal, 2006). Au-delà de l'interprétariat, le programme comporte aussi un accompagnement des immigrants qui ont de la difficulté à communiquer en français « dans leurs rapports avec le réseau sociosanitaire québécois. Depuis 2001, la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal offre de la formation aux interprètes. L'Agence offre aussi de la formation aux interprètes pour couvrir des besoins dans certaines langues » (MICC : 2).

En réponse à la réalité de l'intervention en milieu interculturel, la nécessité d'information et de formation des intervenants du réseau de la santé, en plus des interprètes, se fait sentir dès les années 1970. On souhaite alors des programmes visant à répondre à cette réalité (Helly, 1996 : 158). Par exemple, dans son plan d'action 1994-1997, le MSSS, se donne comme objectif d'offrir de la formation interculturelle au personnel de son ministère et au personnel des régies régionales de santé et services sociaux.

Dans les années 2000, le Québec procède à d'autres transformations de son système de santé et doit encore considérer l'augmentation de l'immigration et de la diversité culturelle. Un exemple éloquent de cette réalité est sans doute la création, en 2004, du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés culturelles. Ce comité veille à ce que l'organisation des services tienne compte des diverses réalités culturelles. L'existence de ce comité, chargé de donner

son avis au ministre de la santé et des services sociaux, a été institutionnalisée dans la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, sanctionnée en juin 2006. Cette décision témoigne ainsi de la « nécessité d'adapter la prestation des services afin de mieux répondre [aux besoins et attentes des minorités culturelles] » (MSSS/SASLACC, 2008).

Encore aujourd'hui, l'effet de l'immigration se fait sentir au MSSS. Ce ministère comprend dans sa structure organisationnelle, outre le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles, le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, et le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles qui soutient les activités des deux comités mentionnés précédemment et se consacre à la coordination des « responsabilités du Ministère à l'égard de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise et aux communautés culturelles ». (MSSS/SASLACC, 2008)

La préparation de documents spéciaux destinés aux personnes immigrantes est une autre des stratégies gouvernementales, et notamment du MSSS, afin de toucher les différentes clientèles et de faciliter l'accès aux services à toute la population. Il peut s'agir de documents visant des clientèles particulières, telles que les femmes enceintes ou les jeunes familles, ou encore de documents d'information générale. Par exemple, *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*, a été traduit en anglais, en espagnol, et en portugais. Compte tenu de l'importance de l'immigration en provenance d'Asie, particulièrement de Chine, il apparaît pertinent de se demander si un document en mandarin serait utile.

La collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) qui œuvrent auprès des personnes immigrantes semble être une autre stratégie visant à pallier la difficulté de rejoindre cette clientèle. Le MSSS finance certaines ONG qui « peuvent, entre autres, offrir des services d'intégration, de l'entraide, du soutien aux familles et aux femmes. Également, les liens qui se tissent entre le système de santé et de services sociaux et les organismes contribuent à briser l'isolement et à renseigner les nouveaux arrivants sur les services qui leur sont offerts » (MICC : 2).

3.1 Stratégies aux paliers régional et local

Au-delà des initiatives gouvernementales destinées à l'ensemble du Québec, les milieux qui accueillent des personnes immigrantes et interviennent auprès de celles-ci ont également développé et mis en place différentes stratégies. Parfois, cela s'est fait en continuité avec l'orientation gouvernementale, parfois les initiatives ont précédé cette dernière. La région de Montréal, principal bassin de l'immigration au Québec, a été le précurseur de plusieurs de ces initiatives. Un aperçu est présenté dans cette section afin d'illustrer la manière dont ce milieu a su répondre aux pressions de l'immigration sur le terrain.

Dans les années 1980, l'accessibilité des services aux communautés culturelles dans la région de Montréal préoccupe le Centre de santé et de services sociaux de la région métropolitaine de Montréal (CSSSRMM) qui entreprend différentes démarches afin d'améliorer la situation. Il adopte notamment une politique régionale sur l'accessibilité, réalise une enquête et recueille l'avis des membres des communautés culturelles sur l'accès aux services de santé.

Vissandjee et al (2005) soulignent que

[...] le réseau montréalais n'avait pas attendu les orientations ministérielles pour rechercher une meilleure adéquation de ses services offerts à la clientèle ethnoculturelle et/ou immigrante. En effet, dès le début des années 80, l'autorité régionale, de concert avec des intervenants de CLSC et d'organismes communautaires, amorçait la réflexion. En 1990, l'autorité régionale adopte son premier plan d'action (Vissandjee et al, 2005 : 421).

À la suite de ce plan d'action sont nés des programmes de formation interculturelle destinés aux intervenants et aux gestionnaires. Notons aussi la création d'un réseau « local » d'interprètes professionnels, formés à l'intervention en santé dans un contexte pluriculturel. Celui-ci continue d'évoluer en parallèle de celui du MSSS puisqu'il semble répondre plus efficacement aux demandes des organismes du milieu. Des projets de partenariats avec certaines ONG qui offraient des services aux personnes immigrantes ont également vu le jour. Vissandjee et al (2005), mentionnent de plus,

En 1992, le service aux communautés linguistiques et ethnoculturelles sera créé : parmi ses mandats, le service-conseil aux établissements dans leur adaptation à la diversité et la gestion de l'offre de services d'interprétariat à l'ensemble du réseau. En 1994, la direction de la santé publique de la Régie régionale de Montréal mettra sur pied l'équipe « Culture et migration ». Cette équipe assure une présence transversale de la composante culturelle dans l'élaboration et l'implantation des programmes et projets de santé publique et est chargée d'introduire les objectifs et enjeux relatifs aux populations immigrantes au sein des divers secteurs de la direction (Vissandjee et al, 2005 : 421).

La création d'équipes ou de centres de recherche spécialisés dans les questions concernant la santé et l'immigration peut être vue, elle aussi, comme une stratégie d'adaptation aux défis que pose l'immigration dans les milieux d'intervention d'abord, et ensuite à l'échelle provinciale.

Plus récemment, Battaglini et al (2007) expliquent que l'augmentation de l'immigration entraîne des conséquences sur l'organisation et la prestation des services de santé. Ils soulignent notamment les besoins spécifiques en ressources humaines, financières et organisationnelles. Ils soulèvent également la nécessité de tenir compte de la diversité culturelle et des particularités de l'intervention dans la répartition du budget par l'État vers les CSSS. De fait, il serait important de connaître exactement le degré de mise en œuvre des politiques gouvernementales, de même que des recommandations formulées dans certains travaux de recherche. Malheureusement, il existe peu d'études à ce sujet. Ainsi, il semble que le recours à la Banque interrégionale d'interprètes, vivement recommandé par le gouvernement, varierait sensiblement d'un secteur à l'autre au sein de la grande région métropolitaine. Il en est de même à propos des critères d'éligibilité et d'admission aux services, particulièrement de longue durée (Lavoie, J-P., 2006).

Enfin, on peut penser que toutes ces initiatives requièrent un financement particulier. Toutefois, on ne dispose d'aucune recherche qui permettrait de savoir si oui ou non des coûts majeurs, dans le domaine de la santé, découleraient de l'installation des immigrants, *a fortiori* des immigrants économiques.

CONCLUSION

L'immigration au Québec est souhaitée et tend à augmenter, notamment pour des considérations économiques. Dans la catégorie des immigrants économiques, l'état de santé des nouveaux arrivants est généralement bon et leur intégration semble facilitée par certains critères de sélection, soulignons la connaissance de base du français ou de l'anglais. Des besoins particuliers de cette clientèle sont tout de même constatés par le personnel et les institutions qui offrent les services de santé. Comme le montrent les politiques d'immigration, et autres politiques relatives à la santé des personnes immigrantes, l'État est soucieux d'offrir les services nécessaires à cette clientèle. C'est pourquoi ses ministères et organismes ont mis en place différentes stratégies afin de répondre à cette réalité. Les immigrants économiques, sans oublier leur famille, ont-ils une incidence particulière sur le système de santé du Québec et ses organismes ? La réponse n'est pas évidente puisque les différentes initiatives documentées visent l'ensemble des immigrants. Toutefois, il est réaliste de penser que les services réclamés s'adressent à une bonne partie de cette clientèle qui représente plus de la moitié des nouveaux arrivants au cours d'une année, et cela depuis huit ans maintenant.

Des études sur le type de services dont peuvent avoir besoin les immigrants économiques paraissent nécessaires, si on veut être en mesure d'offrir et d'organiser les services le plus adéquatement possible. En ce sens, la préservation de la bonne santé des immigrants n'est pas à négliger. Il faudra être vigilant afin de maintenir cet état de santé des nouveaux arrivants, et ainsi favoriser une bonne santé chez les générations à venir.

Le Québec a déjà adopté plusieurs stratégies à l'égard de l'ensemble des personnes

immigrantes. Il ne faut pas perdre de vue la nécessité de répondre, si tel est le cas, aux besoins plus spécifiques des immigrants économiques. Les programmes et autres mesures devront évoluer et s'ajuster au rythme des changements des prochaines vagues d'immigration. Pensons, ici entre autres, au modèle québécois de régionalisation de l'immigration. Il est pertinent de se demander de quelle manière l'État et ses organismes pourront offrir les mêmes services de santé aux personnes immigrantes, alors qu'ils disposent, en général, de moins de ressources préparées à intervenir en contexte de diversité linguistique et culturelle dans les endroits où le bassin de population est plus petit. Les stratégies d'adaptation constatées dans les grandes agglomérations qui reçoivent un fort pourcentage d'immigrants, à commencer par Montréal, peuvent-elles être mises en place dans les villes plus petites et à quel prix ? Selon une étude australienne, la solution réside dans la création de liens de collaboration entre les villes à forte densité de population et les plus petites villes (Fuller et Ballantyne, 2000).

Les organismes qui ont un contact direct avec les immigrants, tels que les CSSS et leurs centres de recherche affiliés, seront fort probablement les premiers à constater les problèmes pouvant être associés aux immigrants économiques et les défis à relever afin de favoriser l'accès à des services de qualité à cette population. Il apparaît donc essentiel de prendre en compte leurs revendications et les solutions qu'ils proposent. La préoccupation actuelle sur des besoins budgétaires de santé associés aux services offerts aux immigrants par les institutions locales qui en voient le plus est un exemple intéressant. L'État devra continuer à voir si des mesures particulières doivent être mises en place afin d'assurer des services de santé à tous ses citoyens.

NOTES

¹ Citoyenneté et Immigration Canada regroupe, dans la présentation des statistiques, les régions de la façon suivante : Afrique et Moyen-Orient; Asie et Pacifique; Amérique du sud et centrale; États-Unis et; Europe et Royaume-Uni.

² Le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal et la Suède ont une entente de réciprocité avec le Québec en matière de santé.

³ « L'équipe METISS [Migration et Ethnicité dans les Interventions de Santé et de Service social] est née d'une recombinaison de la dernière équipe CQRS [Conseil québécois de la recherche sociale] en mai 2004 à la suite de l'obtention d'une demande de soutien aux équipes de recherche en partenariat CAU [Centre affilié universitaire] accordée par le FQRSC [Fonds de recherche sur la société et la culture] et intitulée *Services sociaux et de santé en milieu pluriethnique : vers une pratique de citoyenneté inclusive* pour la période 2004-2008. Sa programmation a été renouvelée pour la période 2008-2012 sous le titre *Parcours migratoires et citoyenneté inclusive: services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* » (Site Internet mis à jour 24/07/2008, <http://www.clscote-des-neiges.qc.ca/fr/crf/METISS-Historique.aspx>).

Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006), *Banque interrégionale d'interprètes 2005-2006*, <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-373-8.pdf>

Accès Canada G & G. (2008). Firme spécialisée en immigration francophone au Canada, Site Internet, http://www.accesscanada.com/main+fr+03_300+.html (septembre 2008).

Battaglini, Alex, Désy, Michel, Dorval, Danièle, Poirier, Léo-Roch, Fournier, Michel, Camirand, Hélène et Daniel Fecteau, (2007). *L'intervention de première ligne auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montréal, Santé publique.

Battaglini, Alex, Alvarado, Elena, Poirier, Léo-Roch et Malijaï Caulet, (2005). Les services de première ligne et les populations immigrantes, *Projet pilote : synthèse*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montréal, Santé publique, février.

Bowen, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf

Citoyenneté et immigration Canada (CIC), (2008). *Faits et chiffres 2007, Aperçu de l'immigration, Résidents permanents et temporaires*, <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2007.pdf>

Clarkson, May, (2005). La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire, *Santé Société et solidarité*, no1, p.121-128.

Cognet, Marguerite, (date inconnue). *Ethnicité et santé : quelques pistes de recherche*, p. 1-6. http://www.uhb.fr/sc_humaines/ceriem/documents/cc6/cc6cognet.htm

Communautés culturelles et Immigration (MCCI), (1993). *Bilan des réalisations gouvernementales en matière d'immigration et d'intégration*.

Derose, Kathryn Pitkin, Escarce, José J. and Nicole Lurie, (2007). "Immigrants And Health Care : Sources Of Vulnerability", *Health Affairs*, September/October, Vol. 26, No. 5: 1258-1268.

Fuller, Jeff et Alyson Ballantyne, (2000). "Immigrants and equitable health-care delivery in rural areas", *Australian Journal of Rural Health*, Volume 8, p.189-193.

Gouvernement du Québec, *Loi sur l'immigration au Québec*, Section 4, 3.3b, À jour au 1er août 2008. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_0_2/I0_2.html

Helly, Denise, (1996). *Le Québec face à la pluralité culturelle 1977-1994; Un bilan documentaire des politiques*, Institut québécois de recherche sur la culture.

Hyman, Ilene (2001). *Immigration et santé*, Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2001-0105-immigration/intro-fra.php>

Institut de la statistique du Québec (ISQ), (2008). Site Internet, Migration et population immigrante, Tableaux statistiques http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_poplt_imi-gr/605.htm

Institut de la statistique du Québec (ISQ), (2008a). « Immigrants admis au Québec selon la catégorie détaillée (24 avril 2008) », Banque de données des statistiques officielles, Démographie, Migration et population immigrante [En ligne]

http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/iwae.proc_acce?p_temp_bran=ISQ

Institut de la statistique du Québec (ISQ), (2008b). « Immigrants admis au Québec selon les 15 principaux pays de naissance (24 avril 2008) », Banque de données des statistiques officielles, Démographie, Migration et population immigrante [En ligne]

http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/iwae.proc_acce?p_temp_bran=ISQ

Institut de la statistique du Québec (ISQ) et Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC), (2008). *Tableau statistique canadien, L'immigration*, juillet 2008, Vol.6, no1, p. 14.

http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01662FR_TSC2008H00F00.pdf

Kinnon, Diane, (1999). *Recherche sur la santé et l'immigration au Canada*, Santé Canada

<http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H21-149-1999F.pdf>

L'administrateur en chef de la santé publique, (2008). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, p.1-119. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf>

Laaroussi, Michèle Vatz, (2003). *La régionalisation de l'immigration au Québec: Vers un modèle d'analyse des obstacles et conditions gagnantes*, 6th National Metropolis Conference, March 2003, Edmonton AB Canada

<http://pcerii.metropolis.net/6th%20National%20Conference/abstracts/Laaroussi.PDF>

Lavoie, Jean-Pierre, Guberman, Nancy, Battaglini, Alex, Belleau, Hélène, Brotman, Shari, Montejo, Maria Elisa et Karima Hallouche, (2006). *Entre le soin et l'insertion. L'expérience de familles d'immigration récente qui prennent soin d'un proche*, Rapport de recherche, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), CSSS Cavendish.

<http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/cavendish/docs/CAU/Rapport%20final%20prendre%20soin%20et%20migration45.pdf>

Le Gall, Josiane et Christelle Cassan, (2008). « Temporalité, spatialité et trajectoire d'utilisation des services sociaux et de santé par les nouveaux arrivants », in Leloup, X. et Radice, M. (dir), *Les nouveaux territoires de l'ethnicité*, PUL, p. 57-72.

Le Gall, Josiane et Christelle Cassan, (à paraître). « Le point de vue des hommes immigrés sur leur non-utilisation des services de première ligne », in A. Battaglini, *Les services sociaux et de santé de 1e ligne face à la pluriethnicité*, PUM.

Ministère de l'Immigration et Communautés culturelles (MICC), (2007). *L'immigration au Québec. Partage des responsabilités Québec-Canada, Statuts des personnes se trouvant au Québec, Catégories d'immigration*. Consultation 2008-2010, mai 2007.

Ministère de l'Immigration et Communautés culturelles (MICC), Site Internet

<http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca>

Ministère de l'Immigration et Communautés culturelles (MICC), (date inconnue). *Soutien financier offerts aux immigrants au Québec 2006-2007*, p.2

<http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/Soutien-financier-immigrants-Qc2006-2007.pdf>

MSSS/SASLACC, (2008). Site Internet, Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles.

http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?communautes_culturelles

Nagi, Saad Z. et Elina Haavio-Mannila, (1980). "Migration, Health Status and Utilization of Health Services", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 2 No. 2 July: 174-193

(Publication électronique 28 juin 2008).

Perras, Monique (1991). *L'accessibilité des services sociaux et de santé aux communautés culturelles de Laval: diagnostic de la situation et propositions d'actions*, Rapport d'intervention présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique.

Pylypchuk, Yuriy et Julie Hudson, (2008). "Immigrants and the use of preventive care in the United States", *Health Economics*, Online August.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Site Internet, RAMQ

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/serv_couv_queb.shtml (consulté 7 octobre 2008).

Robert, Jacques (2005). « L'intégration vue du Québec », *Santé Société et solidarité*, no1, p. 69-78.

Santé Canada, (2001). « *Certaines circonstances* » *Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, Préparé pour la division des Systèmes de santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/part1-doc1-ref-fra.php>

Stewart, M.J., Neufeld, A., Harrison, M.J., Spitzer, D., Hughes, K. and E. Makwarimba (2006). "Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors", *Health and Social Care in the Community*, June, Vol. 14, No. 4: 329-340.

Vissandjee B., Hemlin, I., Gravel, S., Roy, S. et S. Dupéré, (2005). « La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique. Cultural Diversity in Montreal: a range of public health challenges », in Société française de santé publique, *Santé publique*, vol.3, no.53 : 417 à 428.



Le Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation a été créé en 2004 par une entente de partenariat entre le Ministère des Relations internationales et l'ENAP. Le Laboratoire est un lien de veille et d'analyse consacré à l'étude des effets de la mondialisation sur le rôle de l'État, et sur les politiques publiques au Québec, et ce sur les enjeux d'ordre culturel, économique, environnemental, de santé, d'éducation et de sécurité.

**Relations
internationales**

Québec 

Directeur : Paul-André Comeau

Pour plus d'information ou si vous avez des renseignements à nous transmettre, vous pouvez contacter :

la technicienne du Laboratoire
Téléphone : (418) 641-3000 poste 6864
leppm@enap.ca

Les publications du Laboratoire peuvent être consultées sur le site Internet :

www.leppm.enap.ca