

Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada

À qui le problème revient-il?

Paul Caulford MSc MD CCFP FCFP Jennifer D'Andrade RN

En 1999, des professionnels de la santé nous ont informés que de grands nombres d'immigrants et de réfugiés vivaient et travaillaient souvent dans notre communauté de Scarborough, en Ontario, mais qu'ils n'étaient pas admissibles aux soins de santé financés publiquement.

Nos recherches ont permis de découvrir des preuves empiriques que les non-assurés de Scarborough étaient victimes d'inégalités dans l'accès aux soins, de disparités sur le plan de la santé, de difficultés financières et d'acculturation retardée. Le seul centre de santé communautaire (CSC) de Scarborough signalait une liste d'attente de 3 000 nouveaux arrivants sans assurance qui cherchaient à accéder à des soins de santé.

En mai 2000, une équipe interprofessionnelle de praticiens des soins primaires et de travailleurs communautaires a réagi à la situation en établissant 2 cliniques de santé dans la communauté, dirigées par des bénévoles, pour offrir gratuitement des soins de santé de première ligne à ce groupe vulnérable. Nous avons reçu depuis plus de 20 000 visites de patients.

Nos travaux de recherche subséquents ont confirmé que le Canada permet à de grands nombres d'immigrants et de réfugiés sans assurance médicale de résider au pays. Le Canada n'est pas le seul parmi les pays industrialisés dotés de régimes de santé publics aux prises avec cette réalité¹.

Visages des non-assurés

Un examen des consultations par nos patients a révélé que 20 % d'entre eux sont des enfants et des jeunes, 18 % sont des jeunes femmes enceintes sans accès à des soins prénatals, 60 % sont des femmes, 60 % demandent des soins pour des problèmes médicaux aigus et 40 % pour des maladies chroniques. Une foule de politiques et de règlements provinciaux et fédéraux en matière d'immigration et de santé ont entraîné une taxonomie diversifiée des personnes non assurées au Canada.

L'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique sont les 3 seules provinces qui imposent aux immigrants admis au Canada une période de 3 mois d'attente pour jouir de l'assurance-santé. Chaque année, 80 % des

nouveaux arrivants au Canada choisissent ces provinces comme leur premier port d'attache. Les immigrants admis qui ont choisi l'Ontario constituent le tiers des patients traités dans nos cliniques.

Jusqu'aux récents changements apportés au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), expliqués par Raza et ses collaborateurs à la page e365², les demandeurs d'asile au Canada recevaient tous une protection dès leur arrivée. Avant même ces changements, les demandeurs qui présentaient leur demande d'asile à partir du Canada recevaient un refus dans 65 % des cas et leur couverture du PFSI cessait souvent avec cette décision. Certains interjetaient appel et restaient sans assurance pendant ce temps. D'autres sont demeurés au Canada sans avoir de statut. Ces groupes représentent 50 % de nos patients.

Les nouveaux arrivants de la classe parrainée constituent 12 % de nos patients. Il n'est pas rare qu'ils aient à attendre plusieurs années avant d'être admissibles aux soins de santé provinciaux. Ils ne sont pas assujettis à la période de 3 mois d'attente en Ontario.

Le reste de nos patients sont un mélange de citoyens canadiens et de ceux dont le permis de travail ou d'études a expiré. La plupart des citoyens canadiens sont des enfants mal logés ou des jeunes sans abri qui ont perdu ou n'ont jamais obtenu leur carte d'assurance-santé. Ils n'ont pas les connaissances voulues, les documents exigés pour confirmer leur résidence et leur citoyenneté canadienne ou encore les moyens financiers pour obtenir leur carte d'assurance-santé provinciale. Un récent rapport du Conseil scolaire du district de Toronto estime à 13 % la proportion d'enfants et de jeunes dans ses écoles qui n'ont pas de carte d'assurance-santé³.

Un cas observé au CSC d'une jeune de la classe parrainée sans assurance nous a incités à ouvrir en 1999 nos cliniques dirigées par des bénévoles dans la communauté.

Aïcha

Aïcha, âgée de 18 ans, originaire de la Grenade, fréquentait le collège lorsqu'elle a eu un autre épisode dans une série de crises de drépanocytose et s'est présentée pour

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2012 issue on page 725.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2012;58:e362-4

se faire soigner au seul CSC de Scarborough. Son problème exigeait plus que des soins primaires. On lui a dit d'aller à l'urgence de l'hôpital. Au début, elle a refusé d'y aller parce que, lors d'une expérience antérieure, on lui avait demandé de verser au préalable 350 \$ avant de pouvoir être soignée. Le médecin l'a assurée que cela ne se produirait pas. C'était une urgence.

À l'urgence, on a dit à Aïcha qu'elle devait payer 350 \$ avant qu'on la soigne et que sa situation ne constituait pas une urgence. N'ayant pas d'argent, Aïcha a expliqué que sa crise de drépanocytose la laisserait bientôt inconsciente, qu'une telle situation s'était déjà produite. Le personnel de l'admission à l'urgence lui a répondu que si elle perdait connaissance, on la traiterait sans lui demander de payer d'abord. Aïcha s'est assise près du poste de triage et a attendu. Lorsqu'elle s'est effondrée, on l'a admise. Après 3 jours d'hospitalisation, elle a reçu une facture de plus de 5 000 \$.

Aïcha était une jeune de la classe parrainée au Canada, qu'avaient fait venir son père et sa belle-mère à l'âge de 15 ans. Ses parents se sont par la suite séparés et ont quitté le Canada. Sa situation de parrainée a pris fin. Aïcha a dû se débrouiller seule, sans assurance médicale. Elle a réussi à se trouver un emploi à temps partiel, a trouvé une chambre à louer, a terminé son secondaire, puis est entrée au collège à Scarborough. Sa facture d'hôpital a mis un terme à ses études.

Questions d'éthique et difficultés pratiques

Nos patients nous racontent souvent des expériences humiliantes semblables à essayer d'obtenir des soins de santé - coûts élevés, état de santé s'aggravant, acculturation entravée. L'histoire d'Aïcha met aussi en évidence comment conspirent les vulnérabilités qui se chevauchent chez les non-assurés - pauvreté, logement inadéquat, et tendance grandissante à la féminisation et à la «pédiatrisation» de l'immigration. Ce ne sont pas tous les nouveaux arrivants, en particulier les enfants et certains groupes de femmes, qui ont eu un mot à dire dans leur immigration.

La prestation de soins de santé aux non-assurés soulève des questions d'éthique et des difficultés pratiques pour tous les Canadiens. Les politiques des politiciens du Canada placent-ils les travailleurs de la santé en conflit avec leurs responsabilités professionnelles et morales de donner des soins de santé aux personnes sans assurance? S'il incombait à Aïcha de se débrouiller seule quand son statut de parrainée a pris fin, de se trouver un emploi et de poursuivre ses études pour aller de l'avant avec sa vie, n'est-ce pas alors notre travail, quand elle est malade, de nous occuper d'elle?

Les nouveaux arrivants sans assurance de Toronto élisent souvent domicile dans le quartier des motels de Scarborough où plusieurs occupent fréquemment une seule chambre. Si un incendie se déclarait,

demandierions-nous qu'ils paient au préalable avant d'envoyer les camions de pompiers? Enverrions-nous par la suite une facture aux enfants rescapés? L'urgence d'Aïcha était-elle différente?

Nous entendons souvent dire que les personnes ne sont pas assurées au Canada parce qu'elles sont ici illégalement, qu'elles n'ont pas de statut. Est-ce vrai? La légalité est-elle un argument justifiable et éthique pour refuser des soins?

Notre recherche confirme qu'une proportion considérable des non-assurés que nous traitons habitent au Canada en toute légalité. À Scarborough, des vendeurs de drogues viennent souvent à l'urgence se faire soigner quand leurs activités clairement illégales deviennent dangereuses. Et que dire des prisonniers? Avons-nous un jour payé pour du travail «au noir» pour éviter de payer des taxes qui financent pourtant les soins de santé? Y a-t-il une «frontière de légalité» à ne pas dépasser, s'il en est une?

Les personnes de la classe parrainée sont admises en toute légalité. Par ailleurs, pensez aux travailleuses du sexe amenées au Canada illégalement ou sous de fausses représentations, ou encore aux personnes qui tombent malades pendant la période de 3 mois d'attente, alors qu'elles sont au Canada en toute légalité. Est-il raisonnable de prétendre qu'aucune de ces personnes sans assurance ne mérite l'accès aux soins de santé, sous prétexte seulement d'une décision arbitraire concernant leur statut?

Certains soutiennent que les nouveaux Canadiens n'ont pas contribué d'argent à «notre système». Pourtant, les nouveaux Canadiens paient des taxes sur tous leurs achats dès leur arrivée. Ces taxes financent le système de santé que nous utilisons, mais on leur refuse l'accès. Nos immigrants et nos réfugiés acceptent des emplois dont souvent personne ne veut au Canada - salissants, dangereux, difficiles, propices aux blessures⁴. Notre expérience à Scarborough confirme que les non-assurés blessés et malades retardent souvent leurs visites médicales jusqu'à ce qu'ils soient admissibles à l'assurance provinciale ou qu'ils soient trop malades pour ne pas se faire soigner et, dans ce cas, ils font face à une importante dette financière. Ils sont donc plus malades encore, ont besoin de soins plus complexes et coûteux, et sont hospitalisés plus longtemps dans un système où les lits sont en nombres limités.

Réfuter les objections

Dans une récente étude, l'Ontario Medical Association a recommandé à l'Ontario d'éliminer la période de 3 mois que doivent attendre les immigrants reçus pour des soins de santé⁵. Ces travaux et nos efforts répétés pour trouver des solutions avec les décideurs ont toujours essuyés un rejet, par tous les paliers de gouvernement. Voici les objections les plus courantes.

Les immigrants et les réfugiés peuvent obtenir une assurance privée. Ce n'est généralement pas une option en raison de problèmes préexistants, des coûts élevés et des exclusions liées à l'âge.

En Ontario, les non-assurés peuvent aller dans les CSC, où la carte d'assurance-santé n'est pas obligatoire. Les CSC en Ontario soignent effectivement de nombreuses personnes sans assurance, mais ils ont été créés il y a 40 ans et ce rôle n'était pas alors prévu. Ce rôle a évolué par défaut, étant donné que les tendances de l'immigration, les politiques et les changements démographiques ont fait gonfler les rangs des personnes sans assurance. Leur capacité insuffisante et les obstacles administratifs limitent l'accès à de nombreux non-assurés.

Soigner les personnes sans assurance est trop coûteux. Des études dans de grands centres américains où l'on compte de grandes populations d'immigrants non assurés prouvent le contraire⁶. Les coûts des soins de santé et les admissions dans les hôpitaux baissent lorsqu'on donne accès aux personnes sans assurance à des soins de santé primaires.

Solutions possibles

Il existe des solutions concrètes, fondées sur des données probantes et rentables. Les efforts de bénévoles, s'ils apportent un certain soulagement, ne sont pas assez durables et généralisés pour répondre à des problèmes d'une telle ampleur. Nous présentons les recommandations suivantes:

- Éliminer l'attente de 3 mois pour l'admissibilité à l'assurance-santé provinciale.
- Réactiver la protection du PFSI, qui a été annulée lors de récents changements par le gouvernement fédéral, et élargir la couverture de ce programme aux réfugiés durant la période d'appel permise par la loi.
- Éliminer les obstacles administratifs et fournir des cartes d'assurance-santé à tous les Canadiens admissibles, en insistant immédiatement sur les jeunes et les enfants marginalisés et vulnérables.
- Former un groupe de travail interdisciplinaire national ayant pour mandat de présenter des recommandations

fondées sur des données probantes pour régler les problèmes des non-assurés sur les plans provincial et fédéral.

Le Canada est signataire de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies⁷ qui exige des pays signataires qu'ils garantissent des soins de santé accessibles à tous les résidents. Le Canada invite des immigrants et a besoin d'eux pour soutenir notre prospérité future. Les médecins ont des responsabilités professionnelles de fournir les soins médicaux nécessaires aux résidents non assurés, quels que soient la capacité du résident de payer ou son statut d'assuré déterminé par les politiques. Les décideurs ont une responsabilité égale d'assurer que les médecins ont les moyens et la rémunération voulus pour fournir ces soins en fonction des normes fixées. Autrement, le Canada risque d'avoir un système de santé de type apartheid.

Il est grand temps de mettre un terme à l'attente pour que les immigrants, les réfugiés et les personnes parraînées reçoivent des soins de santé - dans l'intérêt de la santé de tous.

D^r Caulford est médecin en chef et président de l'Équipe de santé familiale universitaire de Scarborough à Toronto, en Ontario; directeur médical de la Volunteer Clinic for Medically Uninsured Immigrants and Refugees, du Programme Bridge pour les nouveaux Canadiens et du projet SWAN; et professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de l'University of Toronto. **M^{me} D'Andrade** est infirmière en santé publique à Toronto, en Ontario, et infirmière en chef à la Volunteer Clinic for Medically Uninsured Immigrants and Refugees à Scarborough, en Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Paul Caulford, 3000 Lawrence Ave E, Bldg B, Floor 2, Suite 2205, Scarborough, ON M1P 2V1; téléphone 416 439-7473; courriel safht@live.com

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Caulford P, Vali Y. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *CMAJ* 2006;174(9):1253-4.
2. Raza D, Rashid M, Redwood-Campbell L, Rouleau K, Berger P. A moral duty. Why Canada's cuts to refugee health must be reversed. *Can Fam Physician* 2012;58:728-9 (ang), e365-7 (fr).
3. A school and hospital all in one. *Toronto Star* du 11 décembre 2011.
4. Dwyer J. Illegal immigrants, health care and social responsibility. *Hastings Cent Rep* 2004;34(1):34-41.
5. Reviewing the OHIP three-month wait: an unreasonable barrier to accessing health care. OMA policy paper. *Ont Med Rev* 2011;(4):13-8.
6. Kaufman A, Derksen D, McKernan S, Galbraith P, Sava S, Wills J et collab. Managed care for uninsured patients at an academic health center: a case study. *Acad Med* 2000;75(4):323-30.
7. Assemblée générale des Nations Unies. Universal Declaration of Human Rights. Genève, Suisse: Nations Unies; 1948. Accessible à: www.un.org/en/documents/udhr/. Accédé le 29 mai 2012.
