LES LIENS ENTRE LES QUESTIONS D'ÉTABLISSEMENT, DE SANTÉ, DE LOGEMENT ET DE SANS-ABRISME TOUCHANT LES IMMIGRANTS AU CANADA

K. Bruce Newbold (McMaster University)

RÉSUMÉ

La documentation a tendance à traiter les questions d'établissement, de santé, du logement et de sans-abrisme touchant les immigrants comme des questions séparées. Pourtant, étant donné que les immigrants voient, en règle générale, leur santé se détériorer à leur arrivée, la mauvaise santé peut mener vers le sans-abrisme. Réciproquement, un logement approprié favorise la bonne santé. Pour les immigrants, et particulièrement les personnes vulnérables, y compris les réfugiés et les personnes âgées, le risque de devenir itinérant peut augmenter chez les personnes de faible santé, sans réseau social et socialement exclues, ou établies dans des régions marginalisées. Le présent document étudie l'état de santé des nouveaux arrivants et l'accès aux soins de santé, puis examine les liens qui peuvent exister avec le logement et le sans-abrisme.

Si les Canadiens devaient énumérer les caractéristiques fondamentales de notre pays, ils pourraient très bien nommer le système de soins de santé universel et son histoire marquée par l'immigration. Or, pour la plupart des gens, il s'agit de deux questions distinctes. Pourtant, l'immigration et le lieu où les immigrants s'établissent sont directement liés à des questions de santé par le biais de facteurs déterminant l'état de santé individuel, y compris les effets socio-économiques comme le revenu et l'éducation, les effets socio démographiques comme l'âge et le sexe, les effets culturels comme le rôle des femmes dans la société, et par le biais de l'accès et du recours aux installations médicales. Comment se portent, par exemple, les immigrants par rapport aux Canadiens de naissance et de quelle façon leur état de santé se modifie-t-il au fil du temps ? Les immigrants reçoivent ils des soins correspondant à leurs besoins ? Quelles sont les incidences globales d'une mauvaise santé ou d'une santé défaillante, et le lieu de l'établissement a-t-il une incidence ? Dans la discussion sur l'immigration, l'établissement et la santé se trouvent le logement et le sans-abrisme. En effet, le logement adéquat favorise une bonne santé, mais une mauvaise santé peut déboucher sur l'itinérance. Pour les immigrants, et surtout pour les populations à risque, notamment les réfugiés et les aînés, de mauvaises conditions économiques et un revenu faible, l'exclusion sociale (le détachement des personnes des institutions sociales, ce qui nuit à leur pleine participation à la société), l'établissement dans des zones marginalisées, la pauvreté, les obstacles linguistiques et les questions de santé mentale peuvent s'allier à peu de possibilités sur le plan économique et à un accès limité au logement abordable, ce qui restreint les possibilités de trouver un logement. L'établissement dans des zones marginalisées peut avoir des répercussions à long terme, tant pour la santé que pour les options de logement. Dans les deux cas, en fin de compte, cette situation peut entraîner l'itinérance. Le présent exposé examinera tout d'abord l'état de santé changeant des nouveaux arrivants et l'accès aux soins de santé, puis se penchera sur les liens entre le logement et l'itinérance.

ÉTAT DE SANTÉ DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Par définition, les immigrants passent d'un milieu où il y a un ensemble particulier de risques liés à la santé, de comportements et de contraintes, à un milieu qui comprend potentiellement un ensemble très différent de celui-ci, comportant des incidences qui peuvent être défavorables pour la santé. Il existe des preuves concrètes, dans les documents actuels, que les immigrants sont nettement plus en santé à leur arrivée dans le pays d'accueil que la population native, leur état de santé étant déterminé selon l'autoévaluation (Comment évalueriez-vous votre état de santé : excellent, très bon, bon, passable

ou mauvais ?), leur état chronique et la santé mentale (Newbold et Danforth 2003). La bonne santé des immigrants s'explique par l'examen médical dans le cadre du processus de demande, processus qui vise à garantir un niveau de santé satisfaisant pour les personnes qui entrent au pays.

L'avantage de la bonne santé ou « l'effet de l'immigrant en santé » est un état dont jouiraient les nouveaux immigrants, mais qui semble se détériorer et converger vers le même état que celui des natifs du pays d'accueil. En outre, selon des documents, cette transition se produit rapidement, en moins de cinq ans après leur arrivée au Canada. Les effets liés à la cohorte d'arrivée (la période définissant l'arrivée au Canada) sont également importants et étroitement liés, et les différences d'état de santé peuvent correspondre aux effets de la cohorte (Newbold 2005b ; Pérez 2002). C'est-à-dire que les personnes arrivées il y a peu de temps peuvent tout simplement être en meilleure santé à leur arrivée au pays que leurs homologues qui sont arrivés avant eux, bien que les analyses axées sur les cohortes mettent en évidence une détérioration de la santé similaire (Newbold 2005b). Il ressort de recherches fondées sur des fichiers de données longitudinales extraites de l'Enquête nationale sur la santé de la population du Canada que, par exemple, bien que la santé de tous les immigrants se soit détériorée, les nouveaux immigrants ont signalé une détérioration marquée de leur santé par rapport aux cohortes antérieures, même s'ils étaient plus jeunes que ces dernières et que les personnes nées au Canada (Newbold 2005a). D'autres mesures plus objectives de l'état de santé, y compris les états chroniques et la santé mentale, indiquent également une détérioration rapide de l'état de santé parmi les nouveaux arrivants. Par exemple, la probabilité de déclarer tout état chronique est susceptible d'augmenter proportionnellement au temps passé au Canada, malgré un meilleur état de santé à leur arrivée par rapport aux personnes nées au Canada (Newbold 2006 ; Pérez 2002).

Pourquoi l'état de santé des immigrants se détériore-t-il alors qu'ils ont un accès universel aux soins de santé peu importe qu'ils veuillent payer pour ces services ou aient les moyens de les payer, surtout au Canada où les soins de santé sont nationalisés ? La santé défaillante parmi les nouveaux arrivants a souvent été attribuable à l'adoption de mauvaises habitudes de santé, notamment de mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme et/ou la consommation alcoolique au moment de l'établissement dans le pays d'accueil. Bien que de tels changements ne puissent être démentis, il est peu probable qu'un mauvais état de santé découlant de modes de vie malsains soit susceptible de se manifester au cours de la courte période décrite dans les documents.

Les explications structurelles permettent de raisonner autrement. Les nouveaux arrivants au Canada, y compris les réfugiés au sens de la Convention, les immigrants admis et autres personnes entrées légalement au Canada peuvent être tenus par les autorités provinciales de la santé d'observer une période d'attente (en règle générale, une période maximale de six mois) avant d'avoir accès à un régime de soins médicaux provincial. Un régime de soins de santé privé constitue normalement une mesure intérimaire dans ces circonstances, mais c'est une solution de rechange dispendieuse. En outre, comme les programmes spécialisés administrés par le gouvernement fédéral sont orientés vers les réfugiés, des coûts ou des questions d'accessibilité peuvent surgir. Les groupes à faible revenu et les personnes peu instruites peuvent être moins en mesure d'avoir recours au système de soins de santé, surtout compte tenu de la restructuration du système de soins de santé, tandis que l'accès aux services de santé peut être encore plus ténu pour les personnes qui sont établies dans les quartiers à faible revenu ou marginaux des villes. La gêne ou la méfiance à l'égard du système médical, ou un système médical qui ne fournit pas des soins adaptés à la culture et appropriés, peut engendrer des obstacles additionnels, tandis que le stress et une mauvaise santé mentale, qui témoignent des difficultés du processus d'immigration et de l'acculturation peuvent, à la limite, avoir des répercussions sur la santé physique et mentale (Matuk 1996).

En outre, les immigrants peuvent se heurter à d'autres obstacles à l'utilisation des installations de soins de santé, y compris ceux qui sont engendrés par le stress lié à l'acculturation, à l'exclusion sociale, au sexe, à la culture ou à la langue. Par exemple, la perte du statut socio-économique en raison du chômage, d'un revenu réduit et de la déqualification (p. ex. employeurs qui ne reconnaissent pas certains diplômes, immigrants forcés à occuper des emplois de statut inférieur) a été associée au stress mental et à une mauvaise santé dans la communauté immigrante (Asanin et Wilson 2008). En outre, les réseaux sociaux réduits, les mauvaises conditions de travail et les obstacles linguistiques contribuent à la détérioration de l'état de santé (p. ex. Pottie et autres 2008). L'accès aux services de santé, qui déterminera, en fin de compte, la santé dans son ensemble, peut être particulièrement limité parmi les immigrantes dont la famille, le travail ou les attentes et les rôles culturels peuvent limiter l'accès et l'utilisation des ressources. Un accès difficile et un service médiocre peuvent entraîner une santé défaillante au fil du temps, en raison de la sous-utilisation du dépistage préventif et du sous diagnostic, et du sous-traitement des problèmes de santé. En fin de compte, ces obstacles peuvent limiter l'accès aux soins de santé et contribuer à la détérioration constatée de la santé.

RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ

Si l'état de santé se détériore après l'arrivée, peut on y voir la preuve d'une augmentation concomitante de l'utilisation des établissements de soins de santé ? D'ordinaire, dans l'ensemble, les immigrants sont considérés comme des sous utilisateurs du système des soins de santé en raison, peut être, de leur bon état de santé au moment de leur arrivée (c.-à-d. « l'effet de l'immigrant en bonne santé »). Même si on pouvait soutenir que la détérioration observée de l'état de santé après l'arrivée témoigne d'un contact moins grand de la part des immigrants avec le système des soins de santé que des personnes nées au Canada – y compris le contact pour obtenir des soins préventifs – il y a des preuves contradictoires concernant l'utilisation des soins de santé dans les documents qui traitent de ces questions. D'une part, Globerman (p. 22) a conclu ce qui suit : [traduction] « Dans le cycle complet de vie, il peut n'y avoir que de petites différences dans les schémas d'utilisation des soins de santé, tant chez les groupes d'immigrants que chez les natifs du Canada ». Dans le même ordre d'idées, Laroche (2001) a conclu que les immigrants ne constituent pas un fardeau pour le système des soins de santé, car ils n'utilisent pas les services de façon considérablement différente que celle des natifs du Canada, ce qui donne à penser qu'on répondait (au moins partiellement) aux besoins pour des soins de santé. Chappell et autres (1997) ont remarqué un taux d'utilisation similaire des soins de santé entre les aînés chinois en Colombie Britannique et les aînés canadiens en général.

Cependant, l'équité d'utilisation apparente ne signifie pas qu'on ait adéquatement satisfait aux besoins de soins de santé. Si la détérioration de la santé observée indique effectivement qu'il y a un besoin accru de soins, alors les immigrants sont relativement désavantagés. C'est-à-dire que les obstacles aux soins, y compris la langue, le sexe et la culture peuvent mettre davantage en péril l'utilisation des soins de santé. Le recours aux médecins de famille, par exemple, n'aurait pas augmenté à mesure que l'état de santé se détériore et les taux d'hospitalisation sont considérablement moins élevés pour les immigrants non européens que pour les immigrants européens et les natifs du Canada qui ont les mêmes besoins (Newbold 2005b). Selon d'autres recherches, les immigrants ont tendance à recevoir une moins bonne qualité de soins de santé que les non-immigrants (Elliott et Gillie 1998). Dans les cas où l'utilisation est moindre que celle qui est observée parmi les natifs du Canada, cela peut indiquer qu'on ne répond pas aux besoins de soins de santé d'une certaine partie de la population (Newbold 2005b).

Pris entre une santé défaillante et un besoin accru de services de santé, et une augmentation en apparence limitée du recours aux services de soins de santé, les Canadiens nés à l'étranger peuvent voir leur état de santé se détériorer encore plus, avec un potentiel de répercussions à long terme, y compris un moins bon état de santé individuel et sociétal. Un mauvais état de santé peut être particulièrement gênant pour les groupes marginalisés ou vulnérables, y compris les aînés et les réfugiés, deux groupes qui ont des liens limités avec la collectivité en général. Chez les aînés, les obstacles à la santé, y compris les liens linguistiques et sociaux, peuvent être exacerbés avec ce type d'exclusion sociale reliée à une mauvaise santé. Quant aux réfugiés, il est généralement admis qu'ils ont des besoins plus importants en matière de santé que la plupart des immigrants qui arrivent, car ils ont des besoins particuliers en raison de leur expérience en tant que réfugiés et du processus de réétablissement. Les réfugiées sont, par exemple, plus susceptibles à la dépression que les femmes qui ne sont pas réfugiées ou que les hommes réfugiés et sont touchées de façon disproportionnée par la violence physique et sexuelle, les mauvais traitements et un accès inégal aux procédures de demandes d'asile (Lawrence et Kearns 2005).

LIENS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT, LA SANTÉ, LE LOGEMENT ET LE SANS-ABRISME DES IMMIGRANTS

Quels sont les liens entre l'établissement, la santé, le logement et le sans-abrisme des immigrants ? Tout concourt à démontrer que les personnes nées à l'étranger sont relativement sous-représentées parmi les sans-bris. Ce fait est assez étonnant, compte tenu de leur situation potentiellement précaire par rapport à la santé et au revenu, surtout dans les plus grandes villes portes métropolitaines où il y a déjà une pénurie de logements abordables. En outre, les corrélats entre la mauvaise santé et le sans-abrisme, y compris les obstacles linguistiques, les connaissances, le revenu, l'expérience et l'exclusion, sont similaires. Qu'est-ce qui entraîne alors le sans-abrisme ? Premièrement, étant donné que les personnes nées à l'étranger voient souvent, de manière générale, leur santé se détériorer et ont tendance à sous utiliser les installations de soins de santé, leur mauvaise santé peut entraîner le sans-abrisme. Pour ce qui est de l'expérience des réfugiés, le fait d'être séparé de la famille et des amis, et d'être victime de violence physique et sexuelle, ils peuvent être particulièrement susceptibles d'avoir une mauvaise santé, surtout la santé mentale, et cette vulnérabilité se traduit par des options de logement limitées. En effet, la mauvaise santé mentale a constamment été associée au sans-abrisme (Living on Ragged Edges 2003). Réciproquement, plus on est sans-abri

longtemps, plus on risque de souffrir de santé mentale et de problèmes liés à la santé, ce qui crée un cercle vicieux.

Deuxièmement, le lieu initial de l'établissement peut être lié au sans-abrisme. Bien que de nombreux immigrants s'établissent initialement dans des logements pauvres ou temporaires, les personnes nées à l'étranger ont tendance à avoir un accès progressif au marché de l'habitation. Ainsi, le taux de propriété s'accroît avec le temps et l'augmentation des revenus (CMHC 2004). Mais, les immigrants ne suivent pas tous la même méthode pour trouver un logement et n'ont pas la même expérience pour ce qui est de l'accès et de la conservation d'un logement abordable au fil du temps. Certains d'entre eux n'ont comme seul choix que de consacrer une grande partie de leur revenu à un abri et de vivre dans des logements surpeuplés ou avec des membres de leur famille pour s'en sortir (Murdie et Teixeira 2003), étant donné le manque de logement abordable, qui offre peu d'options. Les personnes établies dans des logements inadéquats ou dans des quartiers marginalisés ont tendance à y rester et à se mettre de plus en plus à l'écart (Hiebert et autres 2005). D'autres peuvent faire l'objet de discrimination dans le marché du logement (Danso et Grant 2000) ou sont aiguillés vers des quartiers pauvres composés de logements marginaux et où il y a peu de ressources sociales. Dans chaque cas, les logements inadéquats et les quartiers pauvres constituent des obstacles au succès économique, augmentent la probabilité d'avoir une mauvaise santé, contribuent à l'exclusion sociale et, à la limite, augmentent le risque de devenir des sans-abri (Access Alliance 2003 ; Hiebert et autres 2005).

Troisièmement, les immigrants et les réfugiés ayant peu de soutien social dans la communauté sont plus à risque de devenir des sans-abri. Un taux de pauvreté élevé et/ou de revenu faible – deux déterminants de mauvaise santé en soi et communs parmi les nouveaux arrivants – peut signifier que les personnes nées à l'étranger dépendent davantage des réseaux sociaux pour se loger. Ces installations partagées avec la famille et les amis constituent une stratégie d'adaptation qui permet de supposer qu'il y a un sans-abrisme caché chez les personnes nées en dehors du Canada (Hiebert et autres 2005). Il n'est donc pas étonnant que les personnes qui n'ont pas de réseaux de soutien composés de la famille et des amis aient encore moins d'options de logement en temps de crise. Autre témoignage du manque de soutien social : les nouveaux arrivants peuvent être restreints par le manque de crédit et de transport, le coût et l'abordabilité du logement. Les difficultés liées à la langue et à la compréhension du fonctionnement du système sont aggravées par les incertitudes et les limites entourant le droit aux avantages sociaux et à l'appui, ce qui limite l'accès à l'aide, et rend plus difficile l'accès aux services de soutien. Ce type d'exclusion sociale a également été lié à un mauvais état physique et mental.

Bien que la documentation n'ait étudié que partiellement les liens entre l'immigration, l'établissement, la santé et le sans-abrisme, et que d'autres analyses devraient être effectuées, les liens qui les unissent sont intuitifs. Les immigrants et les réfugiés sont des groupes potentiellement vulnérables qui doivent relever des défis en matière de logement et de soins de santé, ce qui exige des stratégies particulières dans les deux cas. Même si des renseignements non scientifiques donnent à penser que relativement peu d'immigrants résident dans des refuges, les réfugiés pourraient être surreprésentés parmi les personnes nées à l'étranger, parce qu'ils sont plus désavantagés en ce qui a trait à la santé, au logement et au marché du travail. Bien qu'ils ne soient pas nécessairement sans-abri, les immigrants et les réfugiés éprouvent des problèmes par rapport au marché de l'habitation et sont, en quelque sorte, plus enclins au sans-abrisme que la population en général. Cette probabilité augmente en raison d'une mauvaise santé mentale, des réseaux sociaux limités, de la pauvreté et d'un établissement initial dans des quartiers défavorisés.

RÉFÉRENCES

Access Alliance Multicultural Community Health Center. 2003. *Best practices for working with homeless immigrants and refugees*. Toronto, ON.

Asanin, J., and K. Wilson. "I Spent Nine Years Looking for a Doctor : Exploring Access to Health Care Among Immigrants in Mississauga, Ontario, Canada." *Social Science and Medicine* 6 (2008) : 1271-1283.

Chappel, N.L. et autres 1997. *A Study of the Chinese Elderly in British Columbia*. Ottawa : Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Danso, R. et M. Grant. "Access to Housing as an Adaptive Strategy for Immigrant Groups : Africans in Calgary." *Études ethniques au Canada* 32.3 (2000) : 19-43.

Elliott, S.J., and J. Gillie. "Moving Experiences : A Qualitative Analysis of Health and Migration." *Health Place* 4.4 (1998) : 327-339.

Globerman, S. 1998. *Immigration and Health Care Utilization Patterns in Canada*. Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le cadre du projet Metropolis, no de document 98-08.

Hiebert D., S. D'Addario and K. Sherrell. 2005. *The Profile of Absolute and Relative Homelessness Among Immigrants, Refugees, and Refugee Claimants in the GVRD.* Report prepared for the National Secretariat on Homelessness, Vancouver BC : Mosaic.

Laroche, M. "Health Status and Health Services Utilization of Canada's Immigrant and Non-Immigrant Populations." *Analyse de politiques* 26.1 (2001) : 51-73.

Living on the Ragged Edges : Immigrants, Refugees and Homelessness in Toronto. Résumé du forum, le 28 mars 2003. Affiché à l'adresse suivante : http://ceris.metropolis.net/virtual%20library/housing_neighbourhoods/ragged%20edges%20031113.pdf (Consulté le 9 janvier 2009)

Lawrence, J., and R. Kearns. "Exploring the 'Fit' Between People and Providers : Refugee Health Needs and Health Care Services in Mt. Roskill, Auckland, New Zealand." *Health and Social Care in the Community* 13.5 (2005) : 451-461.

Matuk, L.C. "Health Status of Newcomers." *La revue canadienne de santé publique* 87.1 (1996) : 52-55.

Murdie, R., and C. Teixeira. 2003. "Towards a Comfortable Neighbourhood and Appropriate Housing : Immigrant Experiences in Toronto." In P. Anisef and M. Lanphier (eds.), The World in a City. Toronto : University of Toronto Press. 132-191.

Newbold, K.B., and J. Danforth. "Health Status and Canada's Immigrant Population." *Social Science and Medicine* 57 (2003) : 1981-1995.

Newbold, K.B., 2005a. "Self-rated health within the Canadian immigrant population : Risk and the healthy immigrant effect." *Social Science and Medicine* 60 (2005a) : 1359-1370.

Newbold, K.B. "Health Status and Health Care Utilization of the Foreign-Born in Canada : A Longitudinal Analysis, 1994/95 – 2000/01." *Journal of Health Services Research and Policy* 10.2 (2005b) : 77-84.

Newbold, K.B. "Chronic Conditions and the Healthy Immigrant Effect : Evidence from Canadian Immigrants." *Journal of Ethnic and Migration Studies* 32.5 (2006) : 765-784.

Pérez, C.E. 2002. « État de santé et comportement influant sur la santé des immigrants. » *Supplément aux rapports sur la santé*, Statistique Canada, no de catalogue : 82-003-SIE, 1-12.

Pottie, K. et autres. "Language Proficiency, Gender and Self-Reported Health : An Analysis of the First Two Waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada." *La revue canadienne de santé publique* 99.6 (2008) : 505-510.

Société canadienne d'hypothèque et de logement. 2004. *Série sur le logement selon les données du recensement de 2001 : Numéro 7- Ménages immigrants*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèque et de logement. Indicateurs du marché de l'habitation de la SCHL (2007).