Document généré le 28 mars 2024 15:53

**Canadian Journal of Bioethics**
**Revue canadienne de bioéthique**

# Enjeux éthiques à mieux définir le tourisme médical et ses protagonistes au Québec

Annie Liv

Volume 5, numéro 1, 2022

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1087213ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1087213ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Liv, A. (2022). Enjeux éthiques à mieux définir le tourisme médical et ses protagonistes au Québec. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *5*(1), 138–142. https://doi.org/10.7202/1087213ar

Résumé de l'article

Ce commentaire analyse les enjeux éthiques soulevés par la circulaire 03-01-42-07 qui prescrit l'application d'une majoration tarifaire de 200 % à toute personne non affiliée à la RAMQ (assurance maladie publique) pour des soins délivrés dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Cette règle tarifaire s'applique aussi bien aux personnes qui ne résident pas au Québec (touristes) qu'à celles qui y habitent sans couverture d'assurance santé. En ayant pour hypothèse qu'elle vise à protéger le réseau de santé du phénomène de *tourisme médical*, ce commentaire en démontre l'aspect inéquitable et injuste lorsqu'elle s'applique à des personnes qui résident au Québec.

© Annie Liv, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

A Liv. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2022;5(1):138-142

**COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY** (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

# Enjeux éthiques à mieux définir le tourisme médical et ses protagonistes au Québec

Annie Liv[a]

**Résumé**
Ce commentaire analyse les enjeux éthiques soulevés par la circulaire 03-01-42-07 qui prescrit l'application d'une majoration tarifaire de 200 % à toute personne non affiliée à la RAMQ (assurance maladie publique) pour des soins délivrés dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Cette règle tarifaire s'applique aussi bien aux personnes qui ne résident pas au Québec (touristes) qu'à celles qui y habitent sans couverture d'assurance santé. En ayant pour hypothèse qu'elle vise à protéger le réseau de santé du phénomène de *tourisme médical*, ce commentaire en démontre l'aspect inéquitable et injuste lorsqu'elle s'applique à des personnes qui résident au Québec.

**Mots-clés**
éthique organisationnelle, migrants, inégalités de santé, migrants sans assurance maladie, accès aux soins, Québec

**Abstract**
This commentary analyzes the ethical issues raised by circular 03-01-42-07, which prescribes the application of a 200% fee increase to any person not affiliated with the RAMQ (public health insurance) for care delivered in a health and social services network establishment. This fee rule applies both to people who do not reside in Quebec (tourists) and to those who reside in Quebec without health insurance coverage. Assuming that it is intended to protect the health network from medical tourism, this commentary demonstrates its unfairness and inequity when applied to persons residing in Quebec.

**Keywords**
organizational ethics, migrants, health inequalities, migrants without health insurance, access to care, Quebec

**Affiliations**
[a] Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada
**Correspondance / Correspondence:** Annie Liv, annie.liv@umontreal.ca

## INTRODUCTION

Au Canada, la Loi fédérale sur la santé énonce cinq principes qui veillent à l'accessibilité et au partage équitable et juste des ressources entre les assurés sociaux des différents systèmes de santé provinciaux : gestion publique, intégralité, universalité, accessibilité et transférabilité (1). La notion de « partage équitable et juste des ressources » est au cœur du principe éthique d'allocation des ressources qui justifie notamment la mise en place de politiques de rationnement et de priorisation d'accès des différents systèmes publics médico-hospitalier (2).

Au Québec, la circulaire 03-01-42-07 qui prescrit l'application d'une majoration tarifaire de 200 % à toute personne non affiliée à la RAMQ ayant eu recours à des soins de santé effectués dans des établissements publics répond à ce principe d'allocation et de rationnement des ressources puisqu'elle a pour effet de prioriser l'accès au Réseau de la Santé et des Services Sociaux (RSSS) aux bénéficiaires de la couverture de santé de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) (3). De plus, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) justifie cette majoration par le fait qu'elle « compense, entre autres, les coûts de la composante immobilière non comprise dans le prix de journée » (4).

Au Québec on identifie 4 catégories de personnes non affiliées à la RAMQ : 1) les touristes dont la présence est transitoire, 2) les personnes sans statut qui ont décidé de rester après l'expiration de leur visa ou à la suite de l'échec de leur demande d'asile, 3) les Résidents Permanents (RP) et les citoyens canadiens en période de carence, 4) les Résidents Non Permanents (RNP) non éligibles à la RAMQ. C'est ainsi qu'en 2020, on estimait la présence d'environ 50 000 personnes qui habitent au Québec sans aucune couverture d'assurance santé – autant de personnes sinon plus qui seraient donc concernées par la circulaire en question (5). Ce commentaire a pour objectif d'évaluer la nature éthique de cette norme institutionnelle en utilisant le groupe des RNP non éligibles à la RAMQ comme cas d'étude. L'analyse des effets de la circulaire sur ce groupe permettra d'en illustrer le caractère injuste et inéquitable, particulièrement lorsqu'elle s'applique à des personnes qui font partie intégrante de la communauté québécoise par le fait qu'elles y habitent, y travaillent ou y étudient (6).

C'est la définition du Bilan démographique du Québec qui sera retenue pour définir le statut de RNP : « étrangers admis de façon temporaire au Canada (…) par exemple, les travailleurs temporaires, les étudiants étrangers ou encore les demandeurs d'asile » (7). En 2020, ils étaient au nombre de 60 700 parmi lesquels on estimait près de 50 000 non éligibles à la RAMQ et 13 600 dépourvus de couverture d'assurance santé privée (5,7). Les RNP qui sont éligibles à la RAMQ sont principalement les étudiants étrangers en provenance des 10 pays européens ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec, et les travailleurs étrangers ayant un permis de travail fermé de plus de 6 mois. Les demandeurs d'asile qui bénéficient de la couverture de santé fédérale dans le cadre du Programme Fédérale de Santé Intérimaire (PFSI) sont exemptés par la circulaire.

2022 A Liv. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

La principale critique de ce commentaire est que la majoration tarifaire de 200 % vient se surajouter au fardeau initial de ne pas être éligible à la RAMQ. Il s'agit donc d'une entrave additionnelle qui est opposée aux personnes dont l'accès aux soins est déjà limité par le fait de ne pas être protégé par une couverture d'assurance santé publique. Cette entrave est d'autant plus importante envers les personnes qui n'ont pas les ressources financières de souscrire à une couverture d'assurance santé privée. Ainsi, la circulaire alourdit le bilan financier des démarches médicales des individus, ce qui a pour conséquence de les inciter à ajourner voire à renoncer à leurs soins. Cela participe à l'altération de certains tableaux cliniques qui à terme sont plus complexes et surtout encore plus onéreux à prendre en charge (8).

Ce commentaire sera basé sur l'hypothèse que la circulaire 03-01-42-07 serait un outil pour protéger les ressources des établissements médico-hospitaliers du RSSS du phénomène de *tourisme médical.* Cette hypothèse provient d'abord de l'existence au Canada et au Québec de discours politiques et médiatiques qui se préoccupent de l'augmentation de ce phénomène (6,9). De plus, l'intitulé de la circulaire indique qu'elle vise explicitement « certains ressortissants étrangers » ce qui manifeste un désir de répondre à cette inquiétude. Ce titre est par ailleurs fallacieux car ce sont précisément les « non assurés sociaux » qui en sont réellement la cible. En effet, au sens de la Loi sur l'immigration au Québec, est considérée à titre de ressortissant étranger une personne qui n'est ni citoyen canadien ni résident permanent (10); ces derniers sont pourtant tout aussi concernés par cette mesure lorsqu'ils sont en période de carence ou qu'ils ont perdu le statut de résident. Cette erreur est évocatrice d'un amalgame entre « non assurés sociaux » et « ressortissants étrangers ». Cette confusion nominale sous-entend que la majoration tarifaire serait justifiée par le fait qu'elle s'appliquerait uniquement à des personnes qui solliciteraient les services hospitaliers publics alors même qu'elles sont extérieures à la communauté québécoise. Cette idée est renforcée par le fait que la circulaire s'adresse indistinctement, et ce de manière permanente, aussi bien aux RNP non éligibles à la RAMQ qu'aux touristes. Cela témoigne d'une négligence politique des implications variées de certains RNP non éligibles à la RAMQ au sein de la communauté québécoise à travers toutes sortes d'activités notamment économiques et académiques.

Dans le but d'inciter au dialogue proposant au mieux la suppression, au moins une modification de la circulaire 03-01-42-07 qui exclurait toute personne ayant un statut migratoire officiel de résident au Québec permanent ou non, ce commentaire s'articulera en deux parties. La première sera consacrée à une description succincte du phénomène de *tourisme médical* en supposant que cette circulaire a été mise en place dans le but de le prévenir. Il s'agira d'en souligner l'inefficacité d'une part, et ses effets potentiellement délétères sur la santé des populations qu'elle vise d'autre part. La deuxième partie ajoutera que l'assimilation erronée entre touristes et RNP, sur la base de leur passage transitoire, procède à une réification de ces derniers dont la présence au Québec répond en premier lieu à des besoins démographiques et économiques. Cette réification contrevient aux valeurs de solidarité, de justice sociale, d'équité et de réciprocité. Cette partie s'appuiera sur le *Référentiel des valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique* publiée par l'Institut National de la Santé Publique du Québec (INSPQ) (11).

## UNE MAJORATION TARIFAIRE INEFFICACE AUX CONSÉQUENCES DÉLÉTÈRES POUR LA SANTÉ

Le *tourisme médical* est un voyage d'une durée limitée, entrepris dans le but de bénéficier d'une offre de soins curatifs ou thérapeutiques dans un autre pays que celui de résidence (12). L'intérêt de ces voyages à visée médicale est de bénéficier d'un meilleur cadre de soin « plus propice au rétablissement ». Dans le monde, ce phénomène s'observe majoritairement des pays développés du Nord vers les pays émergents du Sud (13). L'intérêt des patients est de bénéficier de soins à prix modiques, au sein de structures privées assurant des services de qualité supérieure aux services hospitaliers des pays d'origine. Le recours au *tourisme médical* pour les Canadiens est souvent motivé par : une impatience à l'égard des temps d'attentes imposés par le système de santé quant à la prise en charge de soins médicaux non urgents, le désir de recourir à des soins de santé non couverts par l'assurance maladie provinciale, ou d'accéder à des soins non approuvés par les autorités sanitaires et indisponibles au Canada (14-16). Les déplacements observés dans le sens inverse, des pays du Sud vers les pays du Nord, sont moins nombreux et concernent des populations nanties (13). Au Canada et au Québec, c'est le phénomène de *tourisme obstétrical* qui est le plus médiatisé. Ce phénomène fait l'objet de contestations dans la mesure où les touristes planifient un voyage au Canada dans le but d'y accoucher et garantir l'obtention de la citoyenneté pour les enfants à naître. Cette réalité concerne des personnes n'ayant aucun projet d'installation au Québec, capables de dépenser entre 30 000 et 40 000 CAD en frais médicaux, d'hébergement et d'avocat (17,18), contrairement à certaines femmes enceintes RNP qui en l'absence de RAMQ rencontrent des difficultés à répondre à leurs besoins de soins périnataux (8,9).

En supposant que la circulaire 03-01-42-07 s'inscrit dans une démarche de lutte contre le *tourisme médical*, ce commentaire souhaite en souligner la double inefficacité. Premièrement parce que cette barrière financière est un élément peu dissuasif pour les personnes ayant la capacité financière de venir au Canada uniquement pour y effectuer un séjour à des fins médicales. Deuxièmement, parce que cette majoration ne s'applique que dans le réseau public, alors même que les acteurs du *tourisme médical* ont davantage recours à des cliniques privées (14). En revanche, ce que cette circulaire génère est un accroissement des inégalités d'accès aux établissements publics médico-hospitalier. En effet, une majoration tarifaire de 200 % procède explicitement à une sélection sur la base des ressources économiques des patients. Elle dissuade de fait les patients économiquement désavantagés qui souhaiteraient bénéficier de services de soins publics. Il s'agit donc d'une mesure discriminatoire dans le sens où elle procède à une différenciation entre les individus. Cette dernière – en étant basée sur la capacité des individus à payer – œuvre à une marchandisation de la santé alors même que la gestion publique de cette dernière témoigne qu'il s'agit d'un droit fondamental et non d'un bien marchand (19,20). Cette situation incite les RNP à

consulter dans des cliniques privées et favorise une médecine à deux vitesses, toujours au profit des plus favorisés, ceux ayant une assurance privée, le cas échéant, ceux ayant la capacité financière de subvenir à leurs besoins de santé.

Les entraves d'accès aux soins favorisent les inégalités de chances de travailler et d'étudier dans un état de plein potentiel défini comme un bien-être global, physique et psychique (11). Au Canada, elles participent à l'altération des états de santé que l'on observe chez des individus issus de populations immigrées non européennes. Cette altération s'accroit graduellement au fur et à mesure de l'expérience migratoire (8,21). De manière évidente, la majoration de 200 % contrevient à l'acquisition de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa : « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (…) il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (22). *A contrario,* elle concoure au constat que les travailleurs étrangers sont durant leurs premières années d'immigration plus fréquemment victimes de lésions, notamment graves et irréversibles, comparativement aux Québécois. Les raisons identifiées à cette situation sont notamment un accès aux soins rendu difficile par les coûts financiers et la langue (23) ; force est de constater que la circulaire alourdit le bilan financier des soins.

Les RNP non éligibles à la RAMQ habitent au Québec notamment pour y travailler ou y étudier. Il est indispensable de les dissocier de toutes mesures politiques qui viseraient des touristes qui pratiqueraient le *tourisme médical*. À la différence de ces derniers, ce n'est pas exclusivement la qualité du système sanitaire québécois qui motive leur présence dans la province, mais plutôt le désir légitime de bénéficier d'une meilleure qualité de vie globale. Au 1er juillet 2020, les RNP étaient à 46 % des travailleurs et à 23 % des étudiants (7). Leur présence au Québec est autant une opportunité pour eux-mêmes que pour la province d'un point de vue économique, social, culturel et académique. C'est l'ensemble des résidents du Québec qui compose la communauté québécoise et l'enrichisse. Le fait que le 31 mars 2020 le MSSS ait émis une directive visant à assurer la couverture publique à tous pour l'ensemble des soins liés à la COVID-19 témoigne de l'appartenance à la communauté québécoise de l'ensemble des résidents – qu'ils soient permanents ou non, assurés ou non, au statut légal ou non.

## MAJORATION TARIFAIRE ENVERS LES RNP ET RÉIFICATION DES CORPS

L'assimilation erronée entre RNP et touristes qui est produite par le ciblage populationnel de la circulaire 03-01-42-07 témoigne d'une négligence de leurs apports économiques, sociaux, culturels et académiques au sein de la province puisqu'ils y travaillent et/ou étudient et y consomment. Le fait d'attirer les RNP à travailler ou à étudier au Québec associé à une limitation renforcée de leur accès aux structures sanitaires procède à une réification de leur corps. La réification des individus s'opère lorsque l'usage des corps n'est pas justement récompensé – ou peu valorisé – au vu des profits générés par ces derniers (24). Cela favorise de surcroît l'idée selon laquelle les opportunités d'emploi ou de scolarité autorisées aux RNP seraient le produit de gestes généreux de la part des politiques migratoires alors même qu'elles s'inscrivent dans des politiques économiques grâce auxquelles les provinces s'enrichissent. La réification est d'autant plus flagrante aujourd'hui dans la nature éphémère et spécifique des directives de couverture universelle des soins liés à la COVID-19. Dans sa tribune publiée dans Le Devoir le 27 avril 2020, la sociologue Estelle Carde souligne que le caractère inédit de cette directive du MSSS témoigne qu'il s'agit davantage d'une méthode pour venir rapidement à bout de la pandémie, que d'une reconnaissance effective d'une communauté québécoise composite (25).

Le ciblage des RNP non éligible à la RAMQ est révélateur d'une négligence de leur appartenance et leur contribution au dynamisme du Québec. Elle contrevient aux valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité et de réciprocité qui, d'après le *Référentiel des valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique* publié par l'INSPQ, sont des paramètres primordiaux à la mise en œuvre éthique d'une politique sanitaire. La réciprocité prend forme lors d'échanges mutuels s'instaurant dans le cadre d'une relation entre individus ou groupes d'individus. Ces échanges se répondent les uns aux autres de manière à être respectivement équivalents, c'est-à-dire de valeur similaire (morale, financière ou matériel). La réciprocité est à la base du Contrat social défini par Rousseau. Le système d'équivalence proportionnée qu'elle implique garantit l'harmonie au sein d'une société entre les groupes d'individus d'une part, mais également entre le corps politique et le corps social d'autre part. Ainsi, si les individus acceptent de renoncer à certains droits – en l'occurrence ici, celui d'un accès différentiel au droit à la santé pour les RNP – cela doit être compensé par une protection morale du corps politique (26). D'après l'INSPQ, la réciprocité est respectée lorsque la relation est « compréhensible pour autrui, appropriée et proportionnelle (…) une relation de réciprocité peut être considérée du point de vue de la justice sociale et de l'équité (…) en l'absence d'équité, l'exigence de réciprocité risquerait de donner lieu à des relations de servitude et de dépendance marquant la domination d'une partie sur l'autre. » (11). Dans le domaine de la santé, l'équité vise à l'atteinte du plein potentiel pour chaque individu par le biais de politiques de distribution des ressources tenant compte des disparités existantes au sein de la population. Cette circulaire va donc à l'encontre de l'équité puisqu'elle a la potentielle capacité de nuire aux états de santé des individus ciblés, particulièrement pour ceux ayant pour ambition de s'installer de façon pérenne au Québec (27). À terme cela peut même les empêcher d'accéder à des démarches d'obtention de résidence permanente au Canada puisqu'un bon état de santé est requis pour ce statut (21). Ce risque déséquilibre la relation de réciprocité entre les RNP et le corps politique puisqu'on requiert un état de santé satisfaisant tout en entravant son acquisition. En outre, la majoration tarifaire contrevient à l'équité puisqu'elle se surajoute au désavantage social déjà lourd d'être exclu *de facto* de l'assurance maladie publique. Compte tenu de leurs contributions et de leur appartenance à la communauté québécoise, cette barrière supplémentaire à l'accès aux soins est injuste et inéquitable.

Un des enseignements de la pandémie de COVID-19 est que la préservation du bien commun au sein d'une société est un travail collectif qui repose sur la reconnaissance réciproque d'une communauté inclusive. Bien que cette situation soit inédite, il serait opportun d'en extraire les enseignements de façon plus générale dans un but de santé publique et de préservation du bien commun. Contrairement à la circulaire, le SRAS-CoV 2 et les autres agents infectieux avant lui circulent d'un individu à l'autre sans distinction administrative.

## CONCLUSION

Alors même que la circulaire 03-01-42-07 s'inscrit dans une visée de gestion financière (4), d'un point de vue de santé publique, les barrières d'accès aux soins favorisent des états de santé dégradés. En effet, elles encouragent des renoncements aux soins découlant sur des retards de prises en charge médicales pouvant aboutir à des états de santé altérés dont la complexité implique des dépenses de santé plus onéreuses pour les établissements de santé. En sachant que ces derniers ont le devoir déontologique et légal de prendre en charge toute personne présentant un état sanitaire aggravé urgent, la majoration favoriserait le risque de factures impayées par les patients auxquels elle s'applique et qui n'auraient pas la capacité de payer. C'est face à cette éventualité économique que des pays tels que la France assurent une couverture de santé publique réellement universelle, accessible à toute personne résidant sur le territoire français depuis au moins trois mois, et ce, quel que soit le statut migratoire légal ou non (28). Au Québec, le choix politique est d'attribuer l'accès à la couverture de santé publique sur la base du statut migratoire ce qui a pour inconvénient de délaisser des personnes résidentes, parfois pour plusieurs années. Ce commentaire s'est intéressé au cas des RNP travailleurs temporaires et/ou étudiants non éligibles à la RAMQ et assujettis à la circulaire 03-01-42-07. L'entrave additionnelle que constitue la majoration tarifaire est non seulement discriminatoire, elle procède à la réification de leurs corps tant elle néglige les contributions sociales, économiques, culturelles et académiques de ces résidents. Comme le dit Maryse Gadreau, le calcul des dépenses de santé doit, dans une réflexion éthique, éviter d'être pourvoyeur de jugements de valeur (29). Le rationnement des ressources de santé est certes un moyen efficace de les protéger pour mieux les partager, toutefois, il convient de veiller à ce que ce moyen ne devienne pas une fin aux conséquences délétères.

**Reçu/Received:** 09/09/2020
**Publié/Published:** 01/03/2022

**Conflits d'intérêts**
Aucun à déclarer

**Conflicts of Interest**
None to declare

**Édition/Editors:** Amandine Fillol & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

**Évaluation/Peer-Review:** Magalie Benoît & Cloos Patrick

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

## RÉFÉRENCES

1. Loi canadienne sur la santé. L.R.C. (1985), ch.C-6.
2. Sommer JH. Le rationnement explicite dans le domaine de la santé : perspectives éthiques, médicales, économiques et sociale. Revue de politique économique. 2001;9:4-8.
3. Ministère de la santé et des services sociaux. Manuel de gestion financière. 2015.
4. Ministère de la santé et des services sociaux. Circulaire 03-01-42-07 relative à la surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau. 2014
5. Cleveland J, Hanley J, Jaimes A, Wolofsky T. Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables. Montréal: Institut universitaire SHERPA; aout 2020.
6. Lagrange S, Fillol A, Fête M, Ridde V. Les enfants et les femmes enceintes sans assurance médicale à Montréal. Chaire REALISME. 2018.
7. Institut de la Statistique du Québec (ISQ). Le bilan démographique du Québec. 2020
8. De Maio FG. Immigration as pathogenic : a systematic review of the health of immigrants to Canada. Int J Equity Health. 2010;9(1):27.

9. Ricard-Guay A, Hanley J, Montgomery C, Meloni F, Rousseau C. Mère et sans-papiers au Québec. Dans: Kanouté F, Lafortune G (eds.), L'intégration des familles d'origine immigrante: Les enjeux sociosanitaires et scolaires. Presses de l'Université de Montréal ; 2014. p. 49-64.
10. Gouvernement du Canada. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés. 2001.
11. Institut national de santé publique du Québec. Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. 2015.
12. Behrmann J, Smith E. Top 7 issues in medical tourism: challenges, knowledge gaps, and future directions for research and policy development. Global Journal of Health Science. 2010;2(2):80-90.
13. Menvielle W, Menvielle L. Tourisme médical : un secteur stratégique pour le développement des États. Revue internationale et strategique. 2013;90(2):153-62.
14. Turner L. First world health care at third world prices': globalization, bioethics and medical tourism. BioSocieties. 2007;2(3):303-25.
15. Snyder J, Crooks VA, Johnston R, Kingsbury P. What do we know about Canadian involvement in medical tourism? A scoping review. Open Med. 2011;5(3):e139-48.
16. Béland D, Zarzeczny A. Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda. Globalization and Health. 2018;14(1):68.
17. St-Pierre G. Un «bébé passeport» par jour au Québec. Le Journal de Montréal. 19 janvier 2019.
18. Szacka A. Bond du nombre du nombre de « bébés passeports » au Canada. Radio Canada. 16 octobre 2019.
19. WHO. Santé et droits de l'homme. 2017.
20. Batifoulier P. Prix, marché et liberté tarifaire en médecine. Journal de gestion et d'économie médicales. 2011;29(5):204.
21. Cognet M. La vulnérabilité des immigrés : analyse d'une construction sociale. In: Identités, vulnérabilités, communautés. Quebec: Nota Bena; 2004. p. 333.
22. OMS. Charte d'Ottawa. 1986.
23. Gravel S, Rhéaume J, Legendre G. Les inégalités sociales de santé des travailleurs immigrés au Québec victimes de lésions professionnelles. Revue européenne des migrations internationales. 2012;28(2):57-80.
24. Honneth A. La réification. Gallimard ; 2005.
25. Carde E. Racisme et santé. Droits et libertés. 01 mars 2017.
26. Durkheim É. Le « contrat social » de Rousseau. Revue de Métaphysique et de Morale. 1918;25(2):129-61.
27. Brabant Z, Raynault M-F. Health situation of migrants with precarious status: review of the literature and implications for the canadian context—part a. Soc Work Public Health. 2012;27(4):330-44.
28. IGF/IGAS. L'Aide Médicale d'État : diagnostics et propositions. France; 2019.
29. Gadreau M. Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur. Revue de philosophie économique. 2009;10(1):3-17.