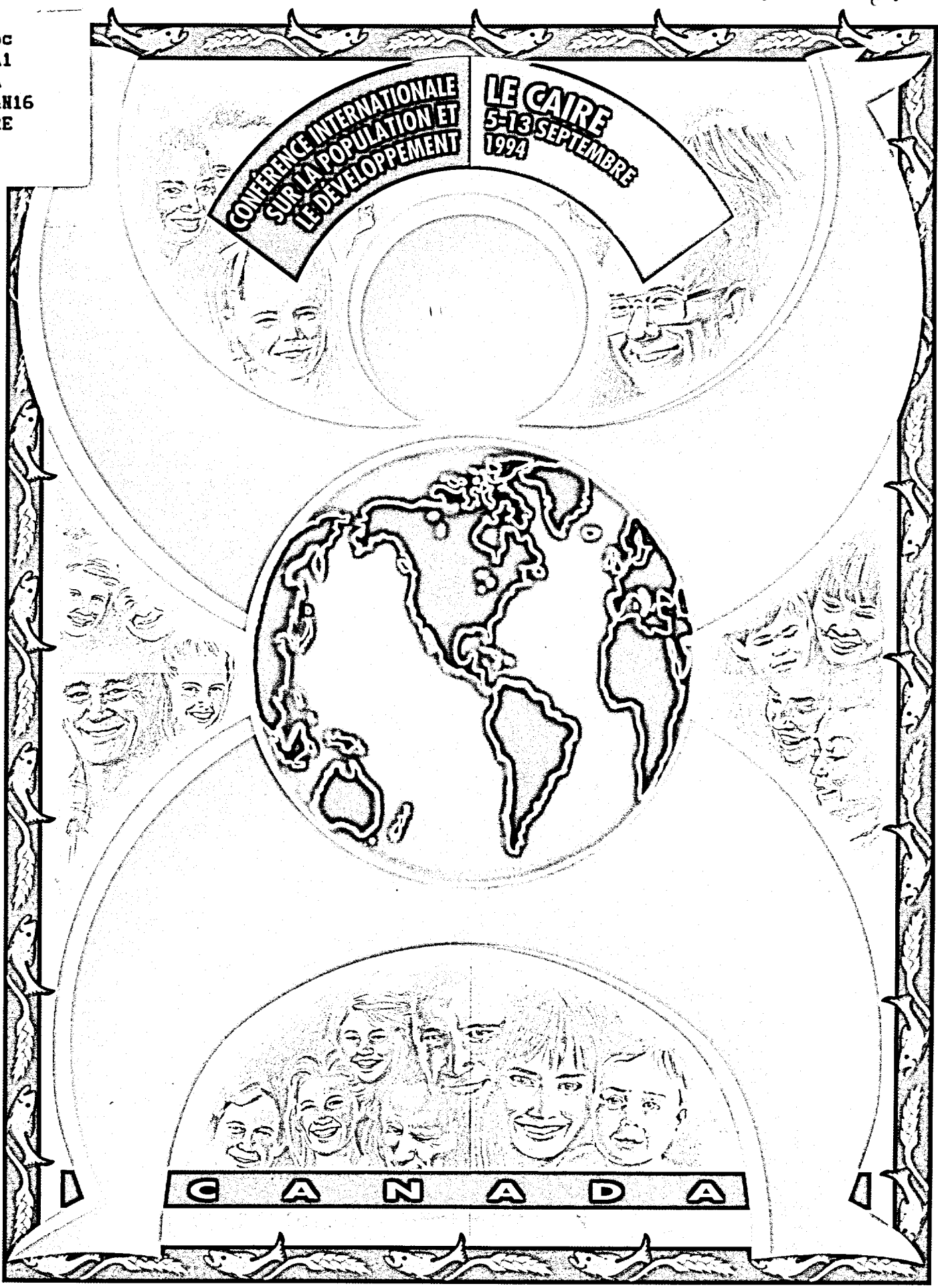


doc
CA1
EA
94N16
FRE



Rapport national sur la population

Dept. of Foreign Affairs
Min. des Affaires étrangères

MAR 14 2001

Return to Departmental Library
Retourner à la bibliothèque du Ministère

**RAPPORT NATIONAL
SUR
LA POPULATION**

613 85 775



C A N A D A

Vous pouvez obtenir gratuitement des copies du Rapport au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, Info Centre, 125, promenade Sussex, Ottawa (Ontario) K1A 0G2, ou en composant (sans frais) le 1-800-267-8376.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1994

No de cat. F2-144/1994

ISBN 0-662-99386-1



TABLE DES MATIÈRES

1

**Avant-propos
Introduction**

5

Contexte démographique

9

**Vue d'ensemble du régime de santé
et
de bien-être social**

13

**Planning familial
et
santé sexuelle et génésique**

15

Les familles

17

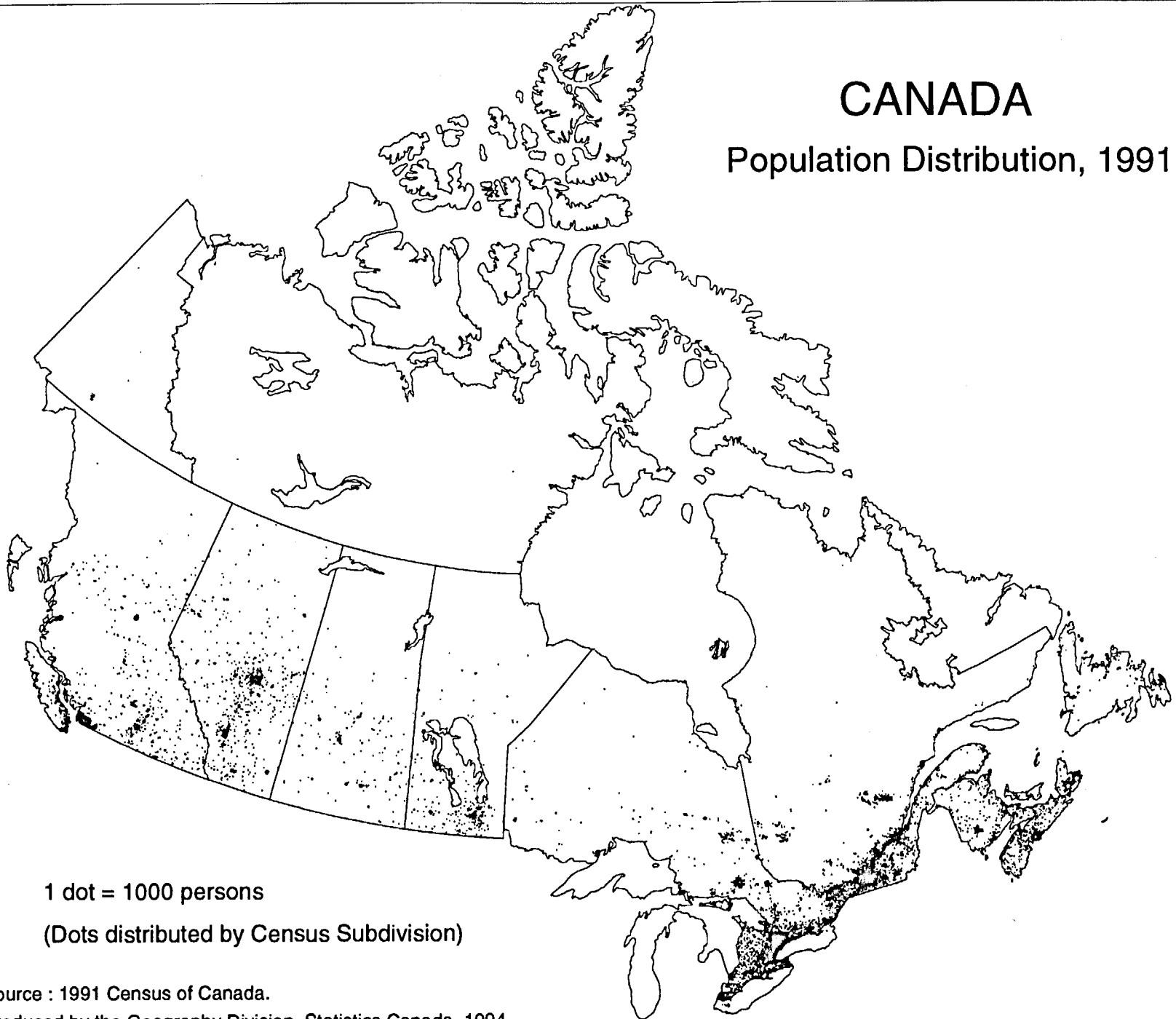
Un aperçu du programme d'immigration

23

Coopération internationale dans le domaine de la population

CANADA

Population Distribution, 1991



1 dot = 1000 persons

(Dots distributed by Census Subdivision)

Source : 1991 Census of Canada.

Produced by the Geography Division, Statistics Canada, 1994.



AVANT-PROPOS

Le dépôt du présent rapport national sur la population s'inscrit au nombre des préparatifs du Canada en vue de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui aura lieu au Caire en septembre 1994. Le Canada souhaite, par la publication de ces renseignements, contribuer à l'analyse et à la synthèse des expériences des divers pays, qui pourraient utilement servir à l'élaboration et à la modification de stratégies futures concernant la population et le développement.

INTRODUCTION

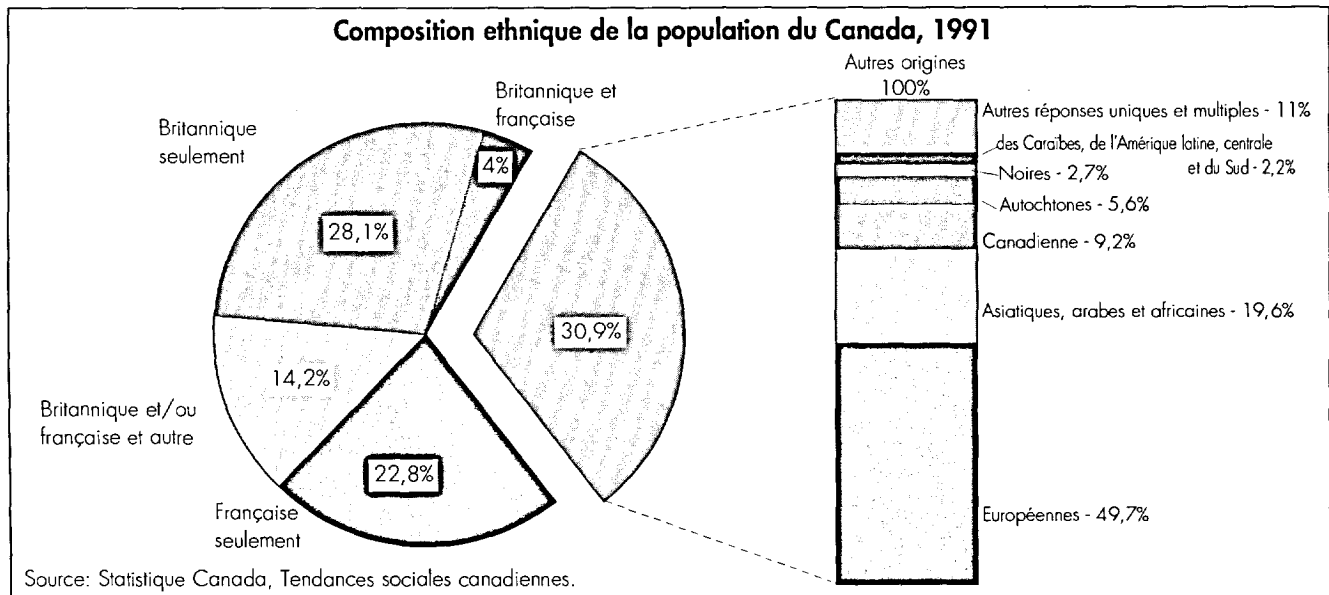
Le Canada a l'une des superficies terrestres les plus importantes du monde. Pourtant, sa population atteint à peine la moitié de celle du Royaume-Uni, dont le territoire ne représente qu'une fraction de celui du Canada. Il suffit de jeter un coup d'oeil rapide sur un tableau démographique pour constater que la population canadienne est répartie de manière extrêmement inégale. Les Canadiens, dans leur très grande majorité, vivent dans la partie méridionale du pays et ils se concentrent, avant tout, à une distance relativement faible de la longue frontière avec les États-Unis. Le vaste arrière-pays situé au Nord ne compte que des groupes d'habitants très dispersés, d'énormes régions se prêtant mal, pour des raisons d'ordre physique et climatique, à un établissement permanent d'êtres humains sur une plus grande échelle. En elle-même, l'impressionnante dimension du pays, conjuguée au mode très inégal d'établissement de ses habitants, a des incidences évidentes sur un large éventail de politiques publiques, notamment sur le coût de l'entretien d'une infrastructure de transport et de communications suffisante, et sur les

services de qualité à offrir aux populations, quel que soit l'endroit où elles vivent.

Sur les plans ethnique, culturel et linguistique, la population est diverse. Les citoyens autochtones en représentent environ 3 p. 100, tandis que le reste se compose des descendants des premiers colons européens d'expression française, des colons anglophones qui ont suivi, puis d'immigrants venus par vagues de toutes les régions du monde. Depuis 1951, les Canadiens nés à l'étranger représentent environ 16 p. 100 de l'ensemble de la population, leur taux de concentration étant nettement plus élevé dans les grandes agglomérations urbaines qui attirent le plus d'immigrants. Toutefois, s'il est vrai que le ratio entre les citoyens nés à l'étranger et les Canadiens de souche est resté relativement stable, la composition du flux des immigrants a changé : la domination première des Européens a fait place à une situation où les immigrants en provenance d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique représentent environ 65 p. 100 des nouveaux Canadiens, les Asiatiques constituant le

groupe le plus nombreux. On peut raisonnablement en conclure que la diversité croissante de la population canadienne se traduira par une demande persistante de voir des programmes tenant compte de la dimension culturelle dans les secteurs de la santé et des services sociaux en général.

Québec est composée de 82 p. 100 de francophones. Mentionnons, également, que les francophones du Canada sont concentrés à 85 p. 100 au Québec. Seule société francophone en Amérique du Nord, le Québec a toujours placé la question démographique au coeur de ses préoccupations, cherchant à préserver son poids



Le Canada est un État de régime fédéral composé de dix provinces et de deux territoires. Il a deux langues officielles, l'anglais et le français, et il a pour système politique la démocratie parlementaire. À l'instar d'autres pays industrialisés, le Canada n'a pas adopté de politique démographique explicite. Il a préféré élaborer des groupes distincts de politiques, de programmes et de lois dans les domaines de l'emploi, de l'immigration, de la santé, de la sécurité du revenu et du bien-être social, qui constituent les principaux éléments des politiques implicites en matière de population. Il convient de faire observer que le cas du Québec constitue peut-être une exception à cette absence générale d'une approche explicite et englobante des questions démographiques. Avec ses 7 millions d'habitants, le Québec représente le quart de la population de l'ensemble canadien. La question démographique a toujours été au coeur de ses préoccupations cherchant à préserver la spécificité linguistique qui le caractérise. Alors que la population du reste du Canada est formée de 80 p. 100 d'anglophones, celle du

relatif au sein du Canada. Ses gouvernements successifs ont ainsi été amenés à se doter de politiques particulières qui le distinguent nettement en ce domaine des autres provinces : principalement une politique familiale et une politique d'immigration.

Des points de vue de l'importance de son économie et de son revenu moyen par habitant, le Canada se classe parmi les pays les plus prospères du monde développé. Les statistiques nationales, cependant, masquent des disparités régionales marquées en ce qui a trait à la richesse et aux possibilités de trouver un emploi. L'une des responsabilités cruciales du fédéralisme canadien consiste à s'efforcer de réduire les inégalités entre les régions grâce à des politiques budgétaires et des programmes économiques conçus dans le but de venir en aide aux provinces moins bien nanties.

On peut faire le même constat dans le domaine de la santé. Le Canada jouit, à juste titre, d'une réputation enviable pour la qualité remarquable de son système

de soins de santé, tant au niveau des normes professionnelles que de l'accessibilité aux soins. À l'échelle nationale, il a obtenu des résultats exemplaires en matière de réduction, par exemple, pour les taux de mortalité maternelle et infantile. Néanmoins, on ne saurait qualifier la situation de satisfaisante dans tous les domaines. Les populations vivant loin des grandes agglomérations, et notamment les Autochtones habitant des collectivités éloignées, ont souvent de la difficulté à obtenir des services sanitaires. Parmi les Autochtones, la courbe de longévité, même si elle s'inscrit à la hausse, est loin de se comparer à la moyenne nationale, ce qui est inacceptable. La même observation vaut, dans une moindre mesure, pour les segments de la population à revenu plus faible en général : on y observe un besoin particulier de programmes et de services de prévention des maladies qui soient axés sur la promotion de saines habitudes de vie. Les défis liés à la définition d'une solution adéquate au problème que

constitue le lien entre le mauvais état de santé et la pauvreté figurent parmi les plus importants que le Canada d'aujourd'hui ait à relever.

Un grand nombre des programmes évoqués dans les pages qui suivent font actuellement l'objet d'examen d'ensemble et de processus de consultation de la population, conformément à l'annonce faite par le gouvernement fédéral début 1994. C'est le cas des programmes de sécurité du revenu, du régime de soins de santé et de l'immigration. En outre, le Canada a amorcé un examen approfondi de sa politique étrangère et de sa politique de défense, notamment de sa politique d'aide extérieure. Comme l'indique ce rapport, plusieurs provinces ont fourni des renseignements sur leurs programmes et leurs initiatives; en outre, un certain nombre d'entre elles ont commencé à examiner leurs programmes sociaux.



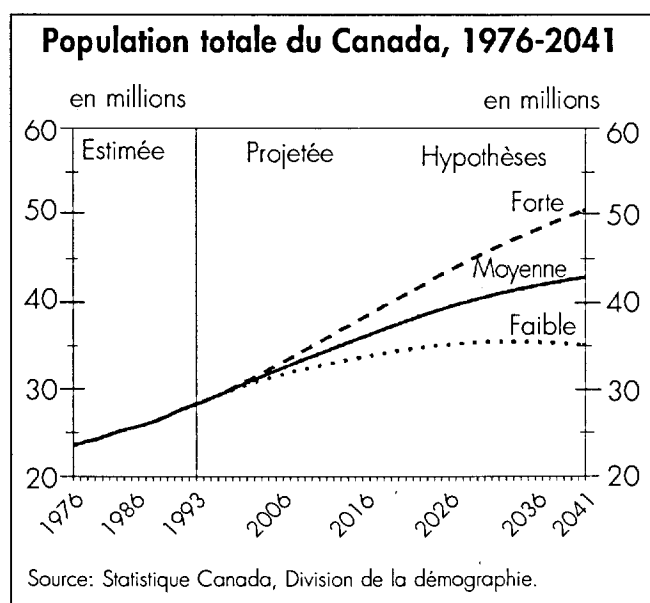
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Taille et croissance de la population

La population du Canada est évaluée actuellement à environ 29 millions d'habitants. Même si elle a été soumise à des fluctuations importantes dans le passé, en fonction notamment des vagues d'immigration, l'accroissement démographique annuel au cours des deux dernières décennies a diminué graduellement par rapport à celui du «baby boom» des années 1950, période pendant laquelle les niveaux de natalité exceptionnellement élevés ont fait grimper le taux de croissance annuelle à 3 p. 100. Il convient aussi de souligner qu'en comparaison avec les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), la croissance de la population

canadienne demeure forte : entre juillet 1992 et juillet 1993, elle était de 1,1 p. 100, soit l'une des plus élevées du groupe.

Après avoir atteint un sommet en 1959, le taux de fécondité s'est mis à décliner. En dépit d'une légère inversion de la tendance récemment et d'une plus grande fécondité chez des groupes comme les autochtones, ce taux demeure (à 1,7 environ) bien en deçà du seuil de renouvellement de la population. Si le phénomène persiste, l'immigration deviendra un facteur de plus en plus déterminant pour l'accroissement de la population dans les années à venir. Selon les diverses hypothèses envisagées, on s'attend à ce que la population du Canada se situe entre 32 et 35 millions d'habitants d'ici l'an 2011.



Le ralentissement de la croissance démographique canadienne résultant du déclin des taux de fécondité, même en l'absence de mouvements migratoires, n'empêchera pas la lente expansion de se poursuivre jusqu'en l'an 2006 environ. Ce fait est attribuable au nombre relativement élevé de femmes en âge d'avoir des enfants dans la population canadienne pendant cette période. Par la suite, comme nous l'avons souligné, à moins que les taux de fécondité n'augmentent radicalement, l'ampleur et la rapidité de la croissance démographique du Canada dépendront dans une large mesure du volume d'immigration.

L'évolution démographique du Québec se singularise de celle de l'ensemble du Canada. Il avait pu

historiquement maintenir un taux d'accroissement équivalent à celui des autres provinces. Il s'est produit au cours des années 60 une cassure. Perdant l'avantage de sa surfécondité relative, recevant proportionnellement moins d'immigrants que le reste du Canada et accusant des déficits dans ses échanges migratoires interprovinciaux, il n'est plus en mesure de suivre le rythme de croissance des populations du reste du pays et son poids démographique y diminue peu à peu.

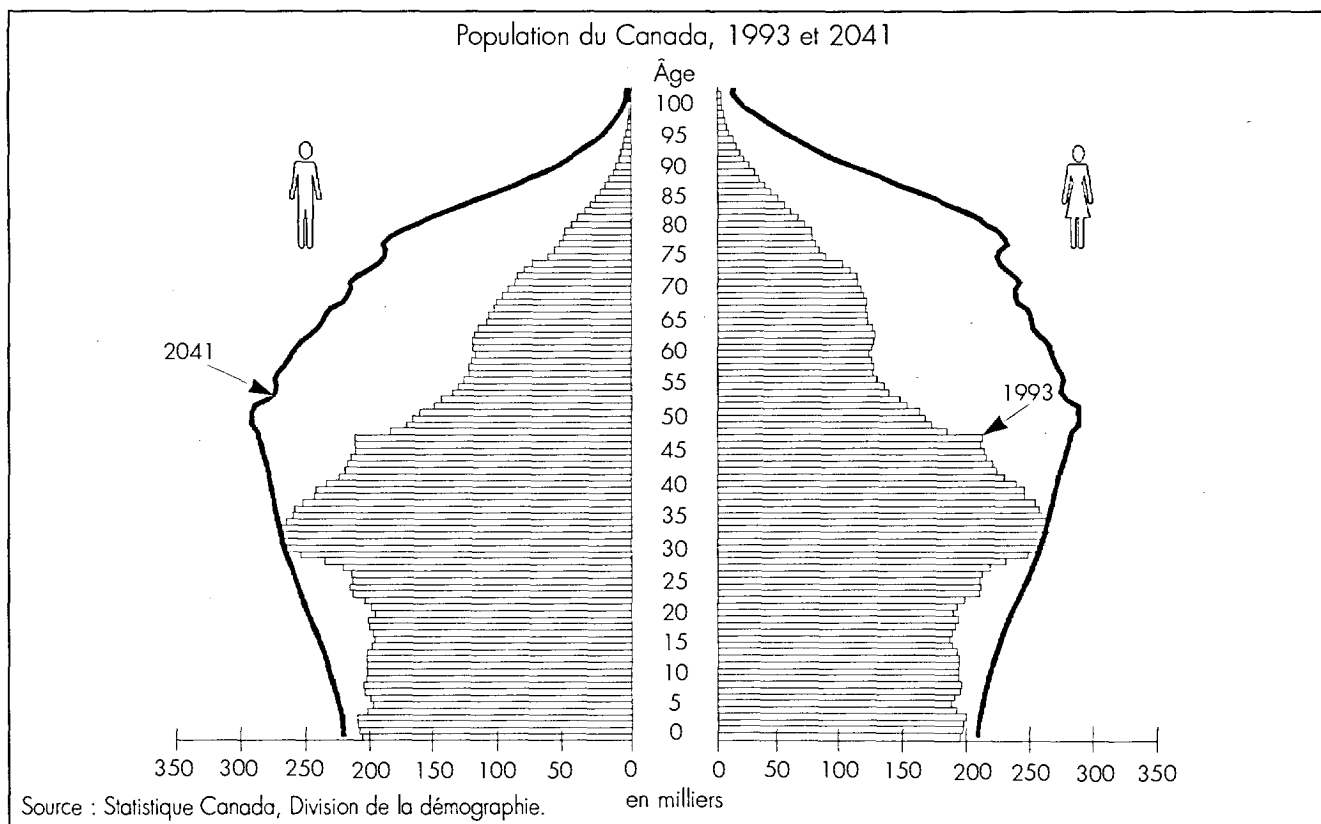
Structure des générations

Les changements qui marquent la répartition de la population par groupes d'âge sont l'un des principaux facteurs qui façonneront la société de demain. Dans le cas du Canada, le vieillissement de la population s'accélère, conséquence inévitable de la chute de la natalité et de l'amélioration de la santé publique. À cet égard, la situation du Canada est à peu près la même que celle de la plupart des pays de l'OCDE. Il n'en a pas toujours été ainsi; il y a 20 ans, par exemple, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ne représentait qu'à peu près 8 p. 100 de la population canadienne, soit le plus faible pourcentage de tous les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, cette statistique est de

12 p. 100 environ, ce qui situe le Canada à peu près dans la moyenne du groupe. Selon des pronostics prudents, le pourcentage des Canadiens âgés de 65 ans et plus doublera dans les 35 prochaines années, pour atteindre approximativement 25 p. 100 de la population. Dans la même période, le pourcentage des personnes âgées de plus de 85 ans quadruplera.

Les conséquences que ce phénomène aura sur le fardeau des programmes sociaux, sur la capacité de la société canadienne à s'adapter aux difficultés qui en découleront et sur les ajustements qu'il sera nécessaire d'apporter à la gestion des affaires publiques font actuellement l'objet d'études et de débats.

En ce qui concerne les dépenses publiques, les trois grands programmes sociaux qui sont le plus touchés par le vieillissement de la population sont la santé, l'éducation et les pensions. Il est clair qu'une analyse de notre «capacité de payer» pour assurer la prestation de ces coûteux programmes dans l'avenir dépasse la portée de la présente étude. Ce problème est extrêmement complexe et soulève une foule d'interrogations. Notamment, il faudra régler des questions aussi cruciales que les politiques fédérales et provinciales à adopter

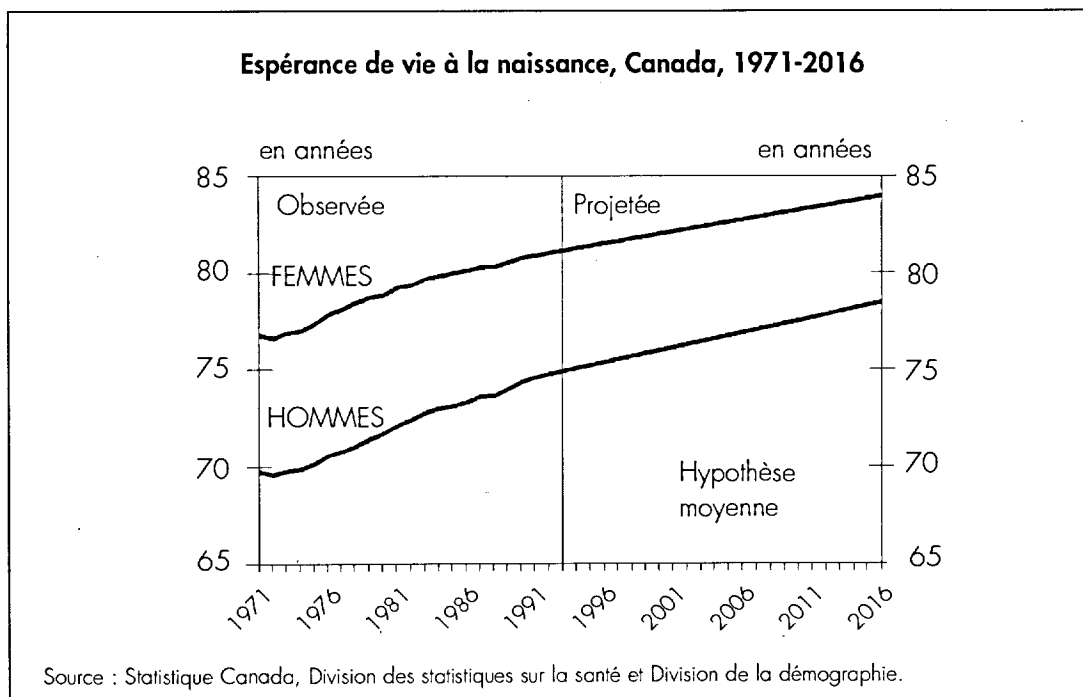


pour réduire le déficit, ou les hypothèses à retenir en ce qui concerne la présence des femmes sur le marché du travail (la proportion est passée d'une femme pour trois hommes en 1960 à près de quatre femmes pour cinq hommes en 1993) et l'effet de cette tendance sur les ratios de dépendance. Néanmoins, certaines autorités (y compris des experts de Statistique Canada) font valoir que les conséquences du vieillissement de la population canadienne sur les dépenses publiques ne seront peut-être pas aussi importantes qu'on peut le croire. La seule chose que nous pouvons prédire avec une certaine assurance, à ce chapitre, c'est que nous assisterons à des changements majeurs en ce qui a trait aux coûts relatifs des programmes sociaux. Ainsi, il est vraisemblable que, dans 50 ans, 20 p. 100 seulement des dépenses consacrées aux trois principaux programmes sociaux iront à l'éducation, alors que la population est actuellement de 40 p. 100 environ. Ce chiffre exclut l'éducation des adultes, la formation et l'éducation permanente, qui pourraient éventuellement connaître une croissance notable.

La perspective d'une société dans laquelle le nombre de personnes âgées atteindra des niveaux sans précédent obligera les Canadiens à trouver des réponses inédites à l'ensemble des questions politiques, économiques et sociales auxquelles ils devront faire face. Cette réalité influencera la façon d'aborder la santé publique, qu'il

faudra axer davantage, notamment, sur la prévention des maladies chroniques et sur les soins aux personnes qui en sont atteintes. Il sera de plus en plus souhaitable d'assouplir les règles concernant la retraite et de trouver d'autres arrangements en matière de logement. Nous devons nécessairement apprendre à tirer le meilleur parti possible de l'expérience et de l'énergie d'un plus fort contingent de personnes âgées en bonne santé, parfaitement capables de se rendre utiles en milieu de travail et dans d'autres champs d'activité. Les innovations en matière de régimes de retraite seront indispensables. Par-dessus tout, les stéréotypes concernant la place des personnes âgées dans la société devront céder le pas à des attitudes et à des politiques qui aideront ces personnes à assumer des rôles nouveaux et novateurs dans le Canada de demain. Les pouvoirs publics et les leaders d'opinion en général s'intéressent de plus en plus aux enjeux de ce profond changement démographique, et cherchent des moyens d'y faire face efficacement.

Quant au Québec, il sera confronté à un autre défi de taille. Si la fécondité qu'on y observe devait demeurer au niveau actuel, et si le nombre d'immigrants des divers pays de provenance était maintenu à moyen et à long terme, la diversification ethnoculturelle qui s'ensuivrait constituerait nécessairement, sur le plan linguistique, un enjeu majeur pour lui.



Mortalité

De 1980 à 1990, le taux de mortalité a chuté en moyenne de 1,5 p. 100 par an chez les hommes et de 1,3 p. 100 dans le cas des femmes. Ce phénomène a porté l'espérance de vie à 74 ans pour les hommes et à 81 ans pour les femmes, selon les chiffres actuels. À titre de comparaison, l'espérance de vie en 1931 était de 61 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes. Depuis 1950, la mortalité infantile est en chute libre. Pendant cette période, la proportion des décès est passée de 41,5 à environ 6 pour 1 000 enfants nés vivants.

Parmi les Canadiens d'âge adulte, les maladies chroniques représentent la première cause de décès. Les maladies coronariennes se classent au premier rang,

suivies chez les hommes par le cancer du poumon et les accidents cérébrovasculaires, et chez les femmes par les mêmes maladies cérébrovasculaires et le cancer du sein. Le cancer du poumon demeure une des premières causes de décès la plus évitable au Canada. Suite aux changements d'habitudes des hommes et des femmes en matière de consommation du tabac, les décès causés par le cancer du poumon ont peu changé au cours de la dernière décennie: ils ont diminué légèrement mais graduellement chez les hommes alors qu'ils sont à la hausse chez les femmes. De façon générale, la mortalité causée par les maladies chroniques a régressé depuis 15 ans. Les décès imputables aux mélanomes malins et au cancer de la prostate échappent toutefois à cette tendance. Parmi les maladies respiratoires, la pneumonie est la principale cause de décès.



VUE D'ENSEMBLE DU RÉGIME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE SOCIAL

Les Canadiens s'enorgueillissent à juste titre de l'accessibilité et de la qualité de leurs services de santé. Depuis le début du siècle, les programmes de santé publique du Canada ont constamment progressé, si bien que notre régime de santé se classe actuellement parmi les meilleurs du monde. Plus particulièrement dans les années qui ont suivi la dernière guerre mondiale, de grands progrès ont été réalisés en vue d'établir le régime de santé grâce auquel, aujourd'hui, tous les Canadiens ont accès à une assurance, financée à même les fonds publics, qui couvre les coûts de tous les traitements hospitaliers et médicaux nécessaires.

La même période a été marquée par un accroissement spectaculaire des mesures visant à stabiliser le revenu et des services sociaux en général. Citons, à titre d'exemples, le programme de sécurité de la vieillesse qui procure une pension à taux fixe à tous les Canadiens de plus de 65 ans; le Régime de pensions du Canada, instauré en 1966, auquel tous les salariés canadiens sont tenus de cotiser et qui les protège, ainsi que leurs familles, contre les pertes de revenu en cas de retraite, d'invalidité ou de décès; les programmes de prestations pour enfants, destiné à aider les familles à faible revenu; et le Régime d'assurance-chômage.

Aux termes de la Constitution, la prestation des services de santé et de bien-être social incombe en premier lieu aux provinces. Cependant, le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel en établissant des normes nationales et en les faisant respecter en usant de son pouvoir de dépenser. Le gouvernement fédéral participe

au financement du régime, par l'entremise des paiements de transfert administrés en vertu d'accords fédéraux-provinciaux. L'une des fonctions importantes de ces accords vise la mise en application de normes nationales. Les lois fédérales de la santé, par exemple, établissent les principes essentiels et les modalités de versement des contributions fédérales au titre des régimes provinciaux, et elles comportent une série de critères précisant notamment que les programmes provinciaux doivent être administrés de manière à ne générer aucun profit, offrir une protection complète, s'adresser à tous les résidents légaux de la province concernée, et être transférables. Il faut noter, dans ce cadre, que les provinces et les territoires ont souvent élaboré et mis en oeuvre des politiques et des programmes innovateurs qui reflètent leurs priorités particulières. Le gouvernement fédéral finance aussi les programmes nationaux de sécurité du revenu et de protection de la santé publique. Il procure des subventions de soutien aux organisations bénévoles qui, en collaboration avec l'ensemble des pouvoirs publics, jouent un rôle essentiel dans l'aide aux familles, aux jeunes, aux personnes âgées, aux handicapés et aux Autochtones.

En outre, le gouvernement fédéral assure la prestation des services de santé aux populations indiennes habitant dans des réserves, ainsi qu'aux Inuit. Même s'il s'est produit une amélioration considérable au cours des vingt dernières années, il existe toujours un grand écart entre l'état de santé des autochtones et des Inuit et celui des autres Canadiens. Diverses initiatives spéciales sont prises pour combler cet écart, dont des initiatives visant

l'abus des solvants, de l'alcool et des drogues, le SIDA et les problèmes de santé mentale.

En consultation avec les Indiens et les Inuit, les travaux visant le transfert de la responsabilité de la gestion et de la prestation des services de santé aux communautés indiennes et inuit se poursuivent. Le processus de transfert constitue un important volet de l'engagement du gouvernement fédéral à accélérer chez les Indiens et les Inuit la prise en charge de leurs propres affaires. Les groupes autochtones et les gouvernements fédéral et provinciaux continuent à tenir des discussions en vue de l'autonomie gouvernementale des Autochtones. Au niveau provincial et territorial, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a adopté et applique vigoureusement l'approche des soins de santé primaires préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les pouvoirs publics privilégient la formation de travailleurs de la santé additionnels et leur incorporation dans le système de soins de santé comme dispensateurs de soins et l'habilitation des collectivités à gérer leurs services de santé par la mise sur pied de conseils régionaux de santé. Pour sa part, la province d'Ontario coopère avec les associations d'autochtones pour mettre au point des stratégies devant permettre d'aborder les questions de violence familiale et de santé dans un vaste cadre holistique applicable à la santé physique, mentale, émotive et spirituelle des populations autochtones de l'Ontario. La province de Québec a précisé que, sur le plan de la santé, les conditions de vie sont en nette progression, grâce à l'implantation d'établissements de santé dans chaque communauté ainsi qu'à de meilleures conditions de logement et de meilleures infrastructures sanitaires. Toutefois, plusieurs communautés sont encore aux prises avec des taux élevés de mortalité, d'infection, de suicide et de consommation de drogue et d'alcool. Sur le plan économique, les Autochtones se tournent de plus en plus vers un développement axé sur les marchés et les réseaux économiques environnants.

En 1991, le coût des services de santé représentait approximativement 10 p. 100 du produit intérieur brut (PIB), soit autour de 57 milliards de dollars US par an. Les dépenses de santé absorbent jusqu'au tiers du budget des provinces. Pour mettre en perspective ces chiffres considérables, soulignons que le plus proche voisin du Canada, les États-Unis, a consacré pas moins

de 13 p. 100 de son PIB aux services de santé, soit plus de 2 800 \$ par habitant. La simplicité de la structure du régime de santé, qui entraîne des frais d'administration moins élevés, est l'un des principaux facteurs qui contribuent à juguler les dépenses globales dans le système canadien. Pour les patients, cette simplicité signifie surtout qu'ils peuvent compter sur une source unique d'assurance et de financement, à savoir les fonds publics; pour les médecins, elle leur permet de s'appuyer sur un barème tarifaire commun négocié, et leur épargne bien des problèmes de facturation.

Actuellement, le Canada compte approximativement un médecin par tranche de 450 habitants. La proportion des lits d'hôpitaux par rapport à la population est d'environ sept lits pour 1 000 habitants. Même si cette proportion est demeurée assez constante depuis une dizaine d'années, le rapport s'est modifié entre les lits destinés à accueillir des patients pour de courts séjours et ceux prévus pour les soins prolongés; il a fallu augmenter le pourcentage des lits qui appartiennent à la seconde catégorie pour faire face à l'accroissement du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins hospitaliers.

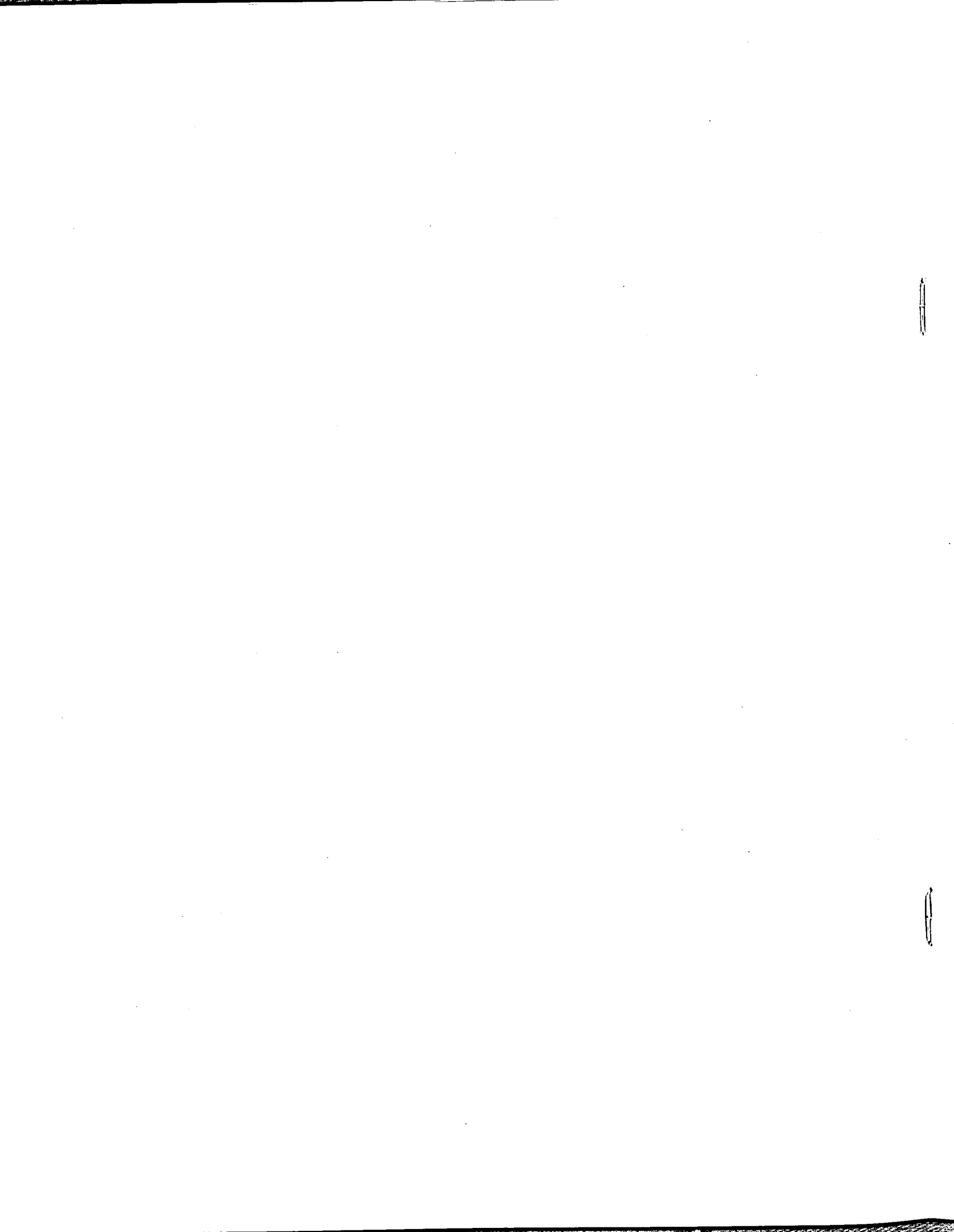
Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), et son responsable, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), demeure au Canada un important problème de santé publique, et la Stratégie nationale sur le SIDA prévoit un cadre d'action pour prévenir cette maladie et la tenir en échec.

La Stratégie nationale sur le SIDA a été lancée en juin 1990, les fonds consacrés à la première phase s'élevant au total à 112 millions de dollars sur trois ans. Pendant cette période, on a mis en place l'infrastructure de base nécessaire pour s'attaquer à tous les volets de la maladie : une meilleure définition de l'épidémiologie de la transmission du VIH, les moyens, à l'échelle nationale, de faciliter l'essai de nouveaux médicaments, le Réseau canadien pour les essais VIH, de meilleures possibilités de collaboration internationale et un réseau communautaire pancanadien pouvant s'occuper, avec plus d'efficacité que les gouvernements seuls, d'éducation en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins communautaires et d'initiatives de soutien.

La Stratégie a été renouvelée en mars 1993 avec un financement de 203,5 millions de dollars réparti sur cinq ans. Cette phase illustre la nature évolutive du SIDA et met en lumière le besoin de consolider et d'accroître les partenariats actuels - entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et la collectivité.

Le Canada participe à l'élaboration de politiques multilatérales de prévention et d'endiguement de la maladie depuis l'instauration du Programme spécial sur le SIDA de l'Organisation mondiale de la santé et il continue de prendre part aux efforts internationaux de lutte contre la maladie. Il a toujours été partisan d'une approche intersectorielle intégrée face aux questions sur le SIDA, de l'adoption de mesures non discriminatoires contre les personnes atteintes d'une infection du VIH et du SIDA, et d'une meilleure coordination, entre les organismes des Nations Unies, sur les questions relatives au SIDA.

L'idée d'un partenariat unique entre les divers paliers de gouvernement, les organismes non gouvernementaux et les organisations bénévoles figure parmi les principes fondamentaux qui ont façonné le régime de santé publique du Canada, et qui continuent à orienter ses politiques en matière de santé. Les plus récentes initiatives, davantage axées sur la prévention des maladies et la promotion de modes de vie plus sains, ont toutes été fondées sur l'application la plus efficace possible de ce principe. Elles visent à lutter contre l'abus d'intoxicants, à promouvoir la santé en général, à protéger l'environnement et à prévenir la propagation du VIH, donc du SIDA. Pour mettre en oeuvre ces initiatives, des partenariats ont été établis entre les pouvoirs publics fédéraux, provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales (ONG), les fournisseurs de services de santé et les organismes de recherche.





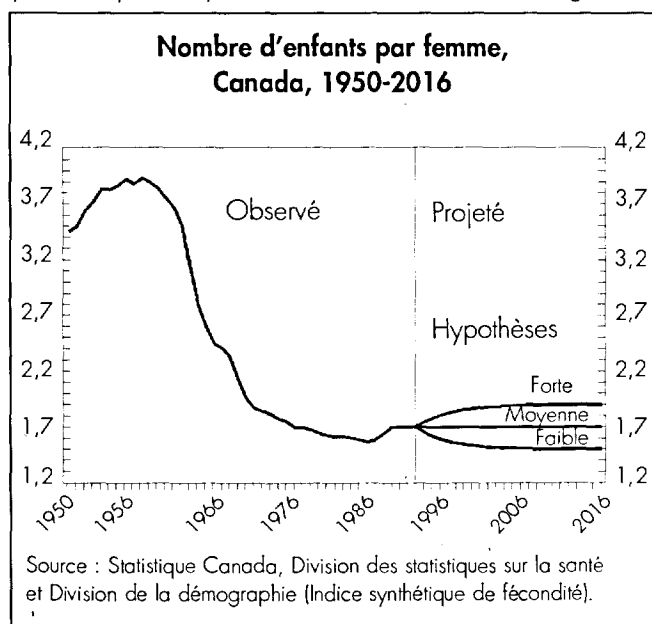
PLANNING FAMILIAL ET SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

La conception canadienne du planning familial est fondée sur la reconnaissance du droit des individus de choisir eux-mêmes le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances. Le planning familial se place dans une perspective plus large de santé sexuelle et génésique. Axé à l'origine presque exclusivement sur le nombre et la fréquence des naissances, il a évolué pour englober la protection de la santé sexuelle, la promotion d'une sexualité saine, la prévention des maladies de l'appareil génital, et les soins qui s'y rapportent sous forme de traitements et de services appropriés. Actuellement, le Canada n'a pas d'objectif établi en ce qui concerne le volume des naissances ni en matière de planning familial. La prestation des services de santé sexuelle et génésique relève principalement des pouvoirs publics provinciaux et varie selon les régions.

Au Canada, l'usage des contraceptifs n'est plus limité par aucune mesure légale depuis 1969. La qualité des médicaments et dispositifs contraceptifs est régie par la Loi sur les aliments et drogues. Les restrictions touchant l'avortement qui étaient prévues au Code criminel ont été enlevées en 1988, et l'interruption volontaire de la grossesse n'est plus limitée désormais que par les normes établies de la pratique médicale. Le régime d'assurance de chaque province et chaque territoire du Canada couvre maintenant le coût des avortements pratiqués pour des raisons médicales, bien que les conditions d'admissibilité varient aussi bien à l'intérieur des provinces que d'une province à l'autre.

En accord avec l'approche canadienne du planning familial et de la santé sexuelle et génésique, les administrations provinciales fournissent habituellement de l'information sur les buts et les méthodes du planning familial, sur la prévention des maladies transmises sexuellement (MTS) et sur les caractéristiques d'une sexualité saine. Les programmes provinciaux favorisent également la recherche sur la santé sexuelle et génésique, ainsi que sur la fréquence et la prévention des MTS et leurs séquelles. Le gouvernement fédéral appuie financièrement certains bureaux nationaux d'associations nationales bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé sexuelle et génésique et leurs activités.

La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction a été établie en 1989 pour faire des recherches sur les innovations médicales et scientifiques



actuelles et projetées liées aux nouvelles techniques de reproduction, en tenant compte notamment de leur portée sociale, éthique, médicale, scientifique, juridique et économique ainsi que de l'intérêt public et pour recommander les politiques et les mesures de protection qu'il convient de mettre en place. Les travaux de la Commission comportaient deux volets : premièrement, elle a recueilli de l'information et mené des consultations au sujet des nouvelles techniques de reproduction, et deuxièmement, elle a procédé à la recherche proprement dite et à l'évaluation des données. Son rapport, publié à la fin de 1993, fournit aux Canadiens intéressés et à leurs dirigeants une base d'information et d'analyse largement suffisante pour favoriser une discussion plus approfondie sur les importantes questions en jeu dans ce dossier.

Les préoccupations suscitées par les techniques de reproduction ne se limitent pas aux soins et aux traitements apportés à environ 7 à 10 p. 100 des Canadiens qui, selon les estimations, ne peuvent pas concevoir un enfant et le mener à terme quand ils le désirent. Il arrive que les causes de la stérilité soient connues et puissent être prévenues, par exemple, dans les cas imputables à des maladies transmissibles sexuellement. De façon générale, les indicateurs de la santé génésique des Canadiens reflètent la qualité élevée des soins de santé et la grande accessibilité des services. Néanmoins, les statistiques sur les grossesses involontaires et les MTS dénotent des lacunes importantes en matière de santé sexuelle dans certains groupes, notamment les adolescents, les personnes isolées et les Autochtones.

On s'aperçoit de plus en plus que les risques environnementaux et professionnels ont une incidence sur

la santé génésique des hommes et des femmes. Bien que l'on sache que le système reproducteur soit sensible aux effets toxiques des produits chimiques dangereux, très peu de produits chimiques ont fait l'objet d'études à cet égard. Il faudra mener de nouvelles recherches pour évaluer de façon spécifique l'impact des produits potentiellement dangereux sur la santé génésique. D'autres recherches seront aussi requises pour évaluer les effets à long terme des combinés chimiques, en tenant compte de la constitution physique et du mode de vie de chaque personne.

Le gouvernement fédéral s'efforce d'ouvrir la voie et de diffuser les connaissances dont il dispose, en agissant comme un catalyseur pour promouvoir la coopération entre les divers paliers de gouvernement, les regroupements professionnels, les organismes du secteur de la santé et les organisations bénévoles. Au nombre des initiatives récentes dans le domaine de la santé génésique et sexuelle, mentionnons l'établissement de lignes directrices pour l'éducation en matière de santé sexuelle ainsi que la diffusion de publications sur les MTS et sur la santé génésique des adolescents, et de lignes directrices sur la prévention des mauvais traitements infligés aux enfants.

De plus, on a créé récemment un comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, chargé de présenter des avis à la Conférence des sous-ministres de la Santé sur les meilleures stratégies nationales et interprovinciales à adopter en vue d'améliorer l'état de santé général de la population canadienne, et de favoriser une meilleure intégration des programmes de santé.



LES FAMILLES

Les grands courants sociaux qui influent sur la famille représentent un facteur essentiel pour l'élaboration de programmes adéquats dans le domaine des soins à la mère et à l'enfant et de l'aide à la jeunesse. Depuis le début du siècle, la famille canadienne a connu de profonds changements. La famille interdépendante et en grande partie autonome est désormais chose du passé. Dans la société actuelle, industrialisée, extrêmement urbanisée et mobile, non seulement la famille type est devenue beaucoup plus petite qu'auparavant, mais elle s'est également métamorphosée sous bien d'autres aspects. Par exemple, moins de 14 p. 100 des familles canadiennes sont encore conformes au modèle traditionnel qui compte deux parents et un seul soutien de famille. Dans plus de 60 p. 100 des familles qui comptent deux parents, ceux-ci ont tous deux un emploi à l'extérieur de la maison. Le nombre de familles monoparentales est à la hausse (il représente maintenant 13 p. 100 du total), et dans la plupart des cas, ce sont des femmes qui sont à la tête de ces unités familiales. Parmi les mères d'enfants de moins de six ans, 58 p. 100 sont sur le marché du travail. La moitié des divorces ont lieu dans des familles avec des enfants, alors que le nombre de mariages continue à diminuer et que celui des unions de fait augmente en conséquence.

La violence familiale est l'un des pires problèmes de notre temps. Tous les groupes sociaux ont à souffrir de la violence ou des abus de pouvoir, que ceux-ci soient physiques, sexuels, psychologiques ou pécuniaires, mais ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui sont les plus vulnérables à cet égard. Il est de plus en plus admis que les adolescents forment un autre

groupe particulièrement exposé à ce fléau. La première initiative fédérale pour contrer la violence familiale, lancée en 1988, a été axée sur la sensibilisation du public à la nécessité de prendre des mesures préventives, et sur la création de services de protection et de traitement plus efficaces pour venir en aide aux victimes.

Une seconde initiative quadriennale a été lancée en 1991 pour mobiliser les particuliers et les collectivités afin de prévenir la violence et, à l'aide de partenariats, pour accroître l'aptitude des régimes de santé et des services sociaux ainsi que de l'appareil judiciaire à aider les victimes et à empêcher les coupables de récidiver. Cette initiative vise aussi la mise en place de refuges pour les femmes victimes d'abus, l'échange de ressources et de connaissances, et l'établissement d'une base de données portant sur l'étendue du phénomène de la violence. Une attention particulière est portée aux besoins des personnes les plus vulnérables ou qui ont le plus de difficultés à obtenir des services, notamment les handicapés, les membres de groupes minoritaires, les Autochtones et les personnes qui vivent dans des régions éloignées ou en milieu rural. Les coûts d'un grand nombre des services associés à ces projets sont partagés entre les pouvoirs publics fédéraux et provinciaux par l'entremise du Régime d'assistance publique du Canada, qui finance aussi des familles d'accueil et des établissements adaptés, par exemple, des refuges pour les victimes de violence familiale et des centres de crise pour les victimes de viol. En 1993, le Comité canadien sur la violence faite aux femmes a publié ses conclusions et recommandé des mesures concrètes.

Pour illustrer les efforts des autorités provinciales dans ce domaine, mentionnons les deux initiatives coordonnées par la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario : l'Initiative de prévention de la violence conjugale et l'Initiative de prévention de l'agression sexuelle. Ces deux initiatives consistent à financer 68 programmes répartis dans neuf ministères, dans trois domaines : services, éducation du public, et prévention et justice. Actuellement, le Gouvernement de l'Ontario révisé ces deux stratégies en vue de les intégrer dans une Stratégie de prévention de la violence faite aux femmes qui abordera le problème de manière concertée, responsable et accessible.

Prendre soin des enfants et les protéger, dans le monde d'aujourd'hui, présente des difficultés particulières; pour y faire face, les pouvoirs publics et divers organismes indépendants offrent un large éventail de services spéciaux. Le gouvernement fédéral appuie un programme à grande échelle, lancé en 1992, pour promouvoir les intérêts des enfants. Cette initiative, baptisée Grandir ensemble, est fondée sur quatre grands principes : le besoin d'intervenir le plus rapidement possible, la nécessité d'établir des partenariats entre tous les secteurs de la société, la préséance accordée aux intérêts des enfants et des parents, et la nécessité d'orienter l'aide vers les personnes qui en ont le plus besoin.

Outre le financement du programme par le gouvernement fédéral, certains services de soutien sont

financés conjointement avec les provinces par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada. Les municipalités font aussi leur part pour aider les familles, en établissant des centres communautaires et divers programmes d'extension de services. De même, un grand nombre d'organisations bénévoles multiplient les efforts pour venir en aide aux enfants, en fournissant des services d'aide ménagère, de counseling pour les soutiens de famille, de réadaptation et d'adoption. Les mesures visant à protéger les enfants victimes d'abus ou délaissés sont particulièrement importantes. La Coalition canadienne des droits de l'enfance, qui reflète la tendance croissante des organisations non gouvernementales à collaborer en vue d'un but précis, regroupe plus de 50 organisations qui font cause commune pour défendre les droits des enfants.

Pour illustrer les efforts des autorités provinciales dans ce domaine, mentionnons la politique familiale du Québec, qui s'appuie sur les principes suivants : la reconnaissance de la famille comme valeur collective fondamentale, la cohésion et la stabilité de la famille, la responsabilité parentale et l'intérêt de l'enfant. Son gouvernement tient compte de la réalité familiale dans nombre de domaines, dont le soutien économique aux coûts de la prise en charge des enfants, l'habitation, l'organisation du travail, les relations entre l'école et la famille, les services sociaux et de santé et le droit de la famille.



UN APERÇU DU PROGRAMME D'IMMIGRATION

Le gouvernement du Canada a commencé à passer en revue tous les programmes et toutes les politiques d'immigration. Afin de situer cet examen dans son contexte et de jeter un éclairage sur l'exposé des cas politiques et programmes qu'on trouvera ci-dessous, il convient d'étudier les extraits suivants d'une déclaration du ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration, à l'occasion de la présentation au Parlement de son rapport annuel, le Plan d'immigration pour 1994 :

La politique d'immigration représente actuellement l'un des défis les plus importants et les plus complexes que doit relever le Canada. Elle est intimement liée, peut-être plus que tout autre domaine de politique générale, à notre histoire, à nos valeurs, à notre diversité culturelle, à la dynamique régionale et économique de notre nation. À long terme, elle aidera à forger le caractère de notre nation dans les années à venir.

J'ai à cœur de mettre en place une politique d'immigration ouverte et progressiste, qui ne ferme pas la porte à ceux qui ont besoin de notre aide ni à ceux qui peuvent contribuer à l'essor de notre pays. Notre gouvernement est déterminé à conserver un programme d'immigration dynamique, un programme qui permettra de réaliser les objectifs sociaux, humanitaires et économiques fondamentaux qui sont énoncés dans la Loi sur l'immigration.

De temps à autre au fil de notre histoire, particulièrement en périodes de difficultés économiques, certains ont réclamé qu'on ferme la porte à l'immigration. Il est arrivé que ce sentiment se traduise par des lois et des politiques restrictives. Un tel sentiment reflète un manque de vision face à l'avenir de ce pays. Si ce genre de sentiment l'avait emporté par le passé, je pense que le Canada serait aujourd'hui une bien moins grande nation. Le Canada n'aurait pas connu pareils développement et progrès si nous nous étions repliés sur nous-mêmes et avions exclu les gens qui ont contribué à notre prospérité.

Le document avec lequel le gouvernement a mené sa campagne électorale (le Livre rouge) fait état du besoin pressant de prendre en charge des réfugiés et des personnes déplacées - plus de 20 millions - pour cause de guerres, de persécutions ou de catastrophes naturelles. Nous devons nous attaquer, par une action multilatérale concertée, aux causes de ces mouvements migratoires : troubles raciaux et religieux, intolérance ethnique, pauvreté et répression politique.

Je pense qu'il est vital de trouver des modes de coopération pour répondre à ce besoin. Face aux pressions migratoires de plus en plus fortes, nombre de pays ont agi seuls et tout simplement fermé leurs portes, ce qui a poussé un plus grand

nombre de migrants à prendre des moyens détournés pour entrer illégalement dans ces pays ou à se présenter aux frontières des pays dont les portes sont toujours ouvertes.

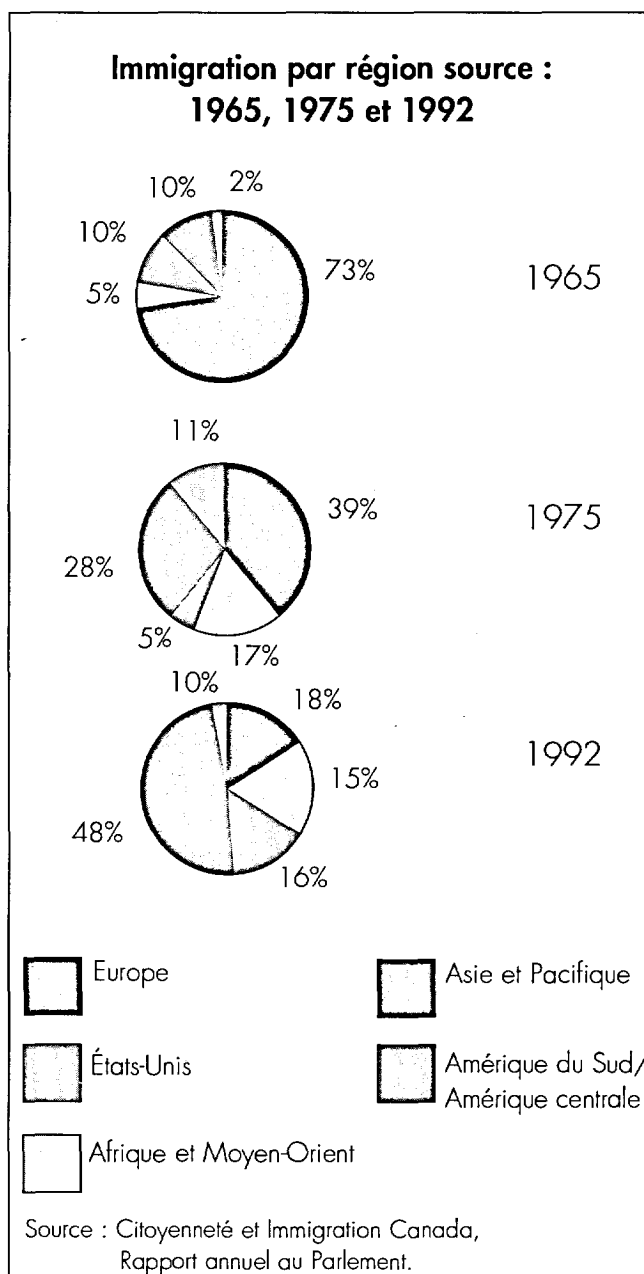
Il faut une plus grande coopération internationale pour régler ces questions. Depuis de nombreuses années, le Canada est reconnu comme un chef de file de la coopération internationale en faveur des réfugiés. Je veux qu'il continue d'assumer un rôle de leader dans l'aide humanitaire aux plus défavorisés. Aussi, continuerons-nous de militer fortement pour le maintien du rôle du Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

Le Canada et le monde

Un nombre grandissant de personnes partout dans le monde se tournent vers les pays développés pour de l'aide et, de plus en plus, pour un refuge et un contexte économique plus favorable. Un certain nombre de facteurs ont contribué à contraindre ou à inciter environ 100 millions de personnes à rechercher une meilleure qualité de vie dans d'autres pays, souvent en dehors des voies régulières de l'immigration. Bien qu'elle soit forte, l'incidence des «pressions migratoires» en Europe et en Amérique du Nord commence à peine à être ressentie. Outre son rôle dans la protection des réfugiés, le Canada sera de plus en plus appelé à participer aux efforts déployés par la communauté internationale pour éliminer les causes profondes qui poussent les gens à fuir leur patrie. Grâce à sa longue expérience et à ses compétences relativement aux réfugiés, et grâce à sa politique soutenue d'immigration contrôlée, le Canada est dans une position unique pour jouer un rôle de chef de file.

Comme l'a fait remarquer le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les mouvements migratoires irréguliers à l'échelle internationale sont complexes. Par conséquent, il devient plus difficile de faire la distinction entre les réfugiés qui ont besoin de protection et les migrants motivés par d'autres facteurs. L'irrégularité des mouvements migratoires nous oblige à faire des efforts pour améliorer les conditions socio-économiques qui poussent les gens à quitter leur pays pour éviter les conflits et les abus des droits de la

personne auxquels sont attribuables les mouvements de réfugiés.



Le gouvernement est d'avis que la réaction des gouvernements à l'irrégularité des mouvements migratoires doit comporter deux volets. En premier lieu, il faut des programmes d'immigration et des systèmes de protection des réfugiés qui permettent de régler de manière efficace et humanitaire les mouvements migratoires lorsqu'ils surviennent. De nos jours, le Canada est l'un des rares pays qui administrent un programme d'immigration planifié et «effectif». Des

centaines de milliers de personnes de tous les coins du monde ont l'occasion chaque année de s'établir légalement au Canada avec leurs familles afin d'y commencer une nouvelle vie. Chaque année, nous accordons à des milliers de réfugiés la protection ainsi que la possibilité de se rétablir en permanence au Canada. En outre, nous versons une contribution financière au HCR et, sous ses auspices, nous coopérons avec d'autres nations pour soulager partout dans le monde les souffrances de milliers d'autres réfugiés qui ont été forcés de quitter leur patrie pour assurer leur sécurité et leur protection.

En deuxième lieu, étant donné qu'une approche purement curative aux problèmes découlant des mouvements migratoires irréguliers se révèle de plus en plus comme une solution incomplète, les gouvernements doivent s'intéresser davantage à la prévention. Ils doivent conjuguer et coordonner leurs efforts pour améliorer les situations qui donnent lieu à l'accroissement des mouvements migratoires irréguliers. En fait, ils doivent travailler ensemble afin d'accroître la possibilité, pour les réfugiés, de «rester» dans les pays au potentiel d'émigration élevé.

Pour y arriver, il faudra déployer des efforts nouveaux et adopter de nouvelles approches pour tenter de régler des problèmes de longue date concernant le développement, la protection des droits de la personne, la stabilisation des populations, les dépenses militaires et en armements, la protection de l'environnement, etc., c'est-à-dire des problèmes qui ont tous une incidence, directe ou indirecte, sur l'émigration et les mouvements migratoires forcés. Des stratégies globales et coordonnées seront nécessaires pour que la possibilité de «rester» puisse devenir une solution. Vu les divers facteurs internes et externes qui sont à la source des mouvements migratoires irréguliers, si l'on veut assurer l'efficacité de telles stratégies, il faudra pouvoir compter sur l'application coordonnée de toute une gamme de mesures dans les domaines de la politique étrangère et du développement, y compris des mesures touchant le commerce, l'aide à l'étranger et une saine administration. Chacun serait motivé à travailler pour l'avenir s'il avait la possibilité de demeurer dans son pays d'origine avec l'espoir d'un avenir sûr et convenable.

Relations fédérales-provinciales en matière d'immigration

Même si l'immigration relève principalement du gouvernement fédéral, celui-ci en partage la responsabilité avec les gouvernements provinciaux. La Loi sur l'immigration prévoit :

- des consultations avec les provinces au sujet des niveaux d'immigration et des mesures relatives à l'établissement;
- des ententes fédérales-provinciales pour faciliter l'élaboration, la coordination et la mise en oeuvre de politiques et de programmes d'immigration;
- une limitation du pouvoir du gouvernement fédéral dans la mesure où les provinces possèdent des pouvoirs de sélection (à l'heure actuelle, seul le Québec possède de tels pouvoirs).

Le gouvernement fédéral a actuellement des ententes avec sept provinces (toutes les provinces sauf l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Manitoba); ces ententes remontent à la période de 1978-1985. Elles comprennent des mécanismes officiels permettant aux provinces d'exprimer leur avis sur les niveaux d'immigration, la recherche et les politiques d'immigration générales. En plus de ces mécanismes, l'entente avec l'Alberta prévoit un plus grand rôle consultatif et la coordination entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial au chapitre de l'établissement. Le Québec a signé, en février 1991, un accord qui est jusqu'à maintenant le plus complet. Cet accord donne au Québec l'entière responsabilité de la sélection des immigrants indépendants et des réfugiés à l'étranger, et prévoit le partage avec le gouvernement fédéral de la responsabilité de la sélection des parents aidés. Il donne aussi au Québec l'entière responsabilité de la prestation des services essentiels d'intégration (connaissances linguistiques, intégration culturelle et économique) des résidents permanents du Québec.

Le gouvernement du Québec s'est doté, en décembre 1990, d'une politique en matière d'immigration et d'intégration, suivie d'un plan d'action, en juin 1991. La politique s'appuie sur les objectifs suivants : le

redressement démographique du Québec, sa prospérité économique, la pérennité du fait français et son ouverture sur le monde. Dans cette perspective, la sélection des immigrants qu'il effectue vise à : augmenter la proportion des immigrants connaissant déjà le français; maximiser les retombées économiques par la sélection d'immigrants indépendants; soutenir la réunification familiale et l'adoption internationale; accueillir des réfugiés en vertu du principe de solidarité internationale; accroître les volumes d'immigration en fonction des besoins et de la capacité d'accueil. Il a développé, à cette fin, une série d'instruments dont une présence accrue de ses services d'immigration dans une dizaine de pays et la réalisation de missions itinérantes ciblées, lui permettant ainsi d'ajuster sa sélection au rythme des mouvements migratoires internationaux.

Objectifs du programme

Aux termes de la Loi sur l'immigration, le programme d'immigration vise trois principaux objectifs :

- faciliter la réunion des familles;
- remplir les obligations imposées au Canada par le droit international et continuer à faire honneur à la tradition humanitaire du pays à l'endroit des réfugiés;
- stimuler le développement d'une économie florissante et durable dans toutes les régions du pays.

Ces objectifs sont soutenus par les trois principales composantes du mouvement d'immigration : la catégorie de la famille, les réfugiés et les immigrants indépendants (composante économique).

Critères de sélection

Le programme d'immigration est assujéti à la Charte canadienne des droits et libertés. Ainsi, les immigrants doivent être sélectionnés sans discrimination en raison de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion ou de leur sexe. Les critères de sélection sont universels, c'est-à-dire qu'une demande est évaluée en fonction des mêmes critères relatifs à la catégorie d'immigrants applicable, peu importe le pays d'origine du requérant. Tous les immigrants, quel que

soit le genre de demande qu'ils présentent, doivent être en bonne santé et de bonne réputation. En outre, les requérants doivent satisfaire aux critères qui s'appliquent à leur catégorie.

Catégorie de la famille

La sélection des requérants de la catégorie de la famille se fait naturellement, c'est-à-dire qu'ils peuvent venir au Canada en fonction de leur lien de parenté avec un membre de leur famille qui s'y trouve déjà et qui accepte d'être leur répondant pour une période maximale de 10 ans. L'engagement de parrainage est une entente exécutoire par laquelle le répondant s'engage à satisfaire aux nécessités de la vie de la personne qu'il parraine. Les répondants, à l'exception de ceux qui parrainent un conjoint et leurs enfants à charge, doivent avoir un revenu minimum. Personne ne peut devenir répondant s'il ou elle a déjà manqué à un autre engagement de parrainage.

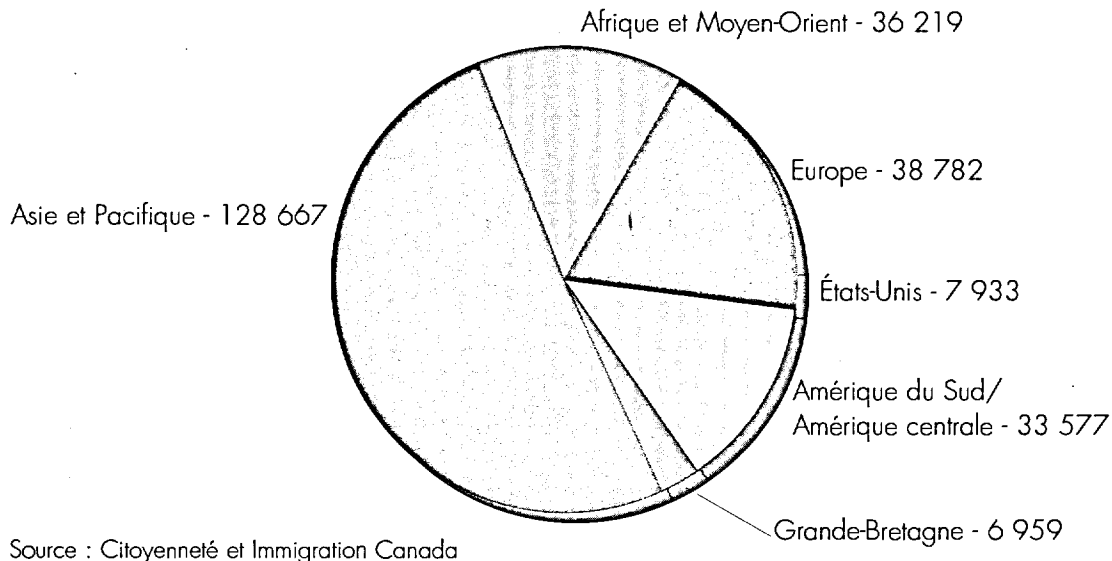
Réfugiés et membres des catégories désignées

Le statut de résident permanent est accordé à ceux qui ont demandé et obtenu au Canada le statut de réfugié. De plus, les réfugiés et les membres des catégories désignées - personnes qui sont des quasi-réfugiés - sont admissibles s'ils sont à l'étranger. Leur capacité de s'établir avec succès au Canada est évaluée dans le cadre d'un examen non officiel des facteurs du système de sélection des immigrants.

Femmes réfugiées

Vu les problèmes spéciaux auxquels font face les femmes réfugiées, le Canada a imaginé et promu des mesures internationales visant à répondre à leurs besoins. Par exemple, le Canada a été le premier pays à instituer un programme spécial à leur intention, intitulé «Femmes en détresse». Ce programme consiste à aider les femmes réfugiées qui ont particulièrement besoin d'être protégées.

Immigrants admis selon les régions sources, janvier à décembre 1993



Travailleurs qualifiés

Le système de sélection des immigrants indépendants, souvent appelé «système de points», permet d'évaluer des facteurs tels que l'âge, le niveau de scolarité, la connaissance de l'une des langues officielles du Canada - ou des deux - la préparation professionnelle, la formation en vue d'un travail, un emploi réservé ou une profession désignée.

Gens d'affaires immigrants

Les gens d'affaires immigrants comprennent les investisseurs, les entrepreneurs et les travailleurs autonomes. Les investisseurs et les entrepreneurs sont admis sur la base d'un investissement approuvé, ou de leur capacité de gérer une entreprise qui créera ou maintiendra des emplois pour des Canadiens, et de leur engagement à cet égard. Les travailleurs autonomes représentent une faible proportion des immigrants admis dans le cadre du programme et doivent pouvoir contribuer de façon appréciable à l'économie ou faire profiter le Canada de leur présence d'une autre façon; ils ne sont pas tenus de créer des emplois.

Origine et destination des immigrants

En 1965, environ 85 p. 100 des immigrants au Canada venaient de l'Europe et des États-Unis. Aujourd'hui, environ 20 p. 100 des immigrants viennent de ces régions et 50 p. 100, de l'Asie. Ce changement reflète la nature non discriminatoire de la politique d'immigration, qui est conforme à la Charte et à l'évolution des pressions migratoires. La part d'immigrants que le Canada reçoit des diverses régions du monde reflète plus ou moins la répartition de la population mondiale; toutefois, l'Asie est un peu sous-représentée, tandis que l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud sont légèrement surreprésentées.

Principaux pays sources

Les cinq principaux pays sources d'immigrants en 1993 étaient Hong Kong, l'Inde, les Philippines, Taïwan et la République populaire de Chine.

Provinces de destination

L'Ontario est la première destination d'environ la moitié des immigrants. Viennent ensuite le Québec et la Colombie-Britannique; les Prairies;

la région de l'Atlantique et les Territoires. L'Ontario est également importante comme deuxième destination : 8 p. 100 au moins des immigrants s'établissent d'abord dans d'autres provinces et déménagent ensuite en Ontario.

Environ 60 p. 100 des immigrants s'établissent dans les grandes villes suivantes : Toronto, Montréal et Vancouver. Dix pour cent s'établissent à Ottawa-Hull, Edmonton et Calgary. Dans toutes les provinces, sauf en Ontario, ce sont les principales régions métropolitaines qui accueillent environ 90 p. 100 des nouveaux arrivants dans la province. Toronto reçoit environ 57 p. 100 des immigrants en Ontario.

Intégration des immigrants

Il ne peut y avoir de programme d'immigration efficace sans une bonne intégration des nouveaux arrivants dans la société canadienne. L'intégration est un processus à deux sens : les nouveaux arrivants doivent s'adapter et les Canadiens doivent les accepter et les accueillir. Une étude sur les meilleures façons d'intégrer les nouveaux arrivants a été entreprise en 1993. Cette étude se poursuit, et les parties intéressées et directement touchées auront plus de possibilités d'y participer. Après une première réaction des nombreux groupes consultés dans le cadre de cette étude, de nouvelles orientations seront données à la politique d'immigration au cours des prochaines années.

Pour sa part, le gouvernement du Québec a institué la notion de «contrat social» qui est l'expression des obligations réciproques des immigrants et de la société. D'une part, on s'attend à ce que les immigrants et les membres des communautés culturelles adhèrent aux valeurs démocratiques de la société québécoise et, d'autre part, qu'ils manifestent la volonté de connaître et de comprendre leur société d'accueil et développent

envers elle un sentiment d'appartenance. De plus, cette société et son gouvernement reconnaissent à chacun le droit de vivre selon ses propres valeurs. Ils s'engagent à promouvoir des attitudes favorables à l'immigration, à la diversité de provenance des immigrants et à soutenir le rapprochement intercommunautaire. Ce contrat moral fait désormais partie des interventions du Québec en matière de sélection, d'accueil et d'intégration.

De nouvelles recherches et des projets pilotes permettront de recueillir plus de données pour trouver de nouvelles façons de faciliter l'intégration. Ce travail de réorientation devrait favoriser la collaboration de tous les intéressés pour étudier la question de l'accès des nouveaux immigrants au marché du travail, particulièrement le problème de la reconnaissance de la qualification professionnelle acquise à l'étranger et les services d'orientation nécessaires aux immigrants pour accéder au marché du travail. Par ailleurs, plus d'importance sera accordée aux méthodes de sensibilisation du public à l'intégration des immigrants et à l'immigration en général. En jouant un rôle de chef de file, le gouvernement peut contribuer énormément à créer un milieu plus accueillant pour les nouveaux arrivants. Les administrations fédérale et provinciales seront amenées à collaborer davantage pour faciliter l'intégration et l'établissement de nouveaux arrivants. Il s'agira d'éliminer tout chevauchement dans les services ainsi que de mieux déterminer les rôles de chaque palier de gouvernement pour améliorer le service aux clients. Enfin, les liens entre l'intégration des immigrants et le processus d'acquisition de la citoyenneté seront mieux définis. On notera qu'en vertu des accords Canada-Québec, le gouvernement fédéral a remis au Québec la responsabilité des services d'aide à l'intégration sur le territoire de la province. Les services fournis par le Québec doivent être de même nature que ceux qui sont donnés ailleurs au Canada.



COOPÉRATION INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE DE LA POPULATION

Mise en situation de grandes questions relatives à la population et au développement

La croissance, les déplacements et la composition de la population façonnent le caractère même du développement d'une société. La dynamique de la population, à son tour, subit l'influence des réalités écologiques, sociales, économiques et politiques. Il importe de poursuivre les efforts axés sur une meilleure compréhension de ces rapports complexes; il faut également intégrer ces connaissances dans des stratégies de développement durable.

Les êtres humains sont au cœur même du développement, dont ils représentent à la fois la force motrice et les principaux bénéficiaires. Répondre à leurs besoins et améliorer la qualité de leur vie, voilà les deux grands axes du développement humain. En même temps la rapidité de la croissance démographique pose un redoutable défi au développement durable et à l'amélioration de la qualité de la vie des groupes et des particuliers. L'explosion démographique peut retarder, voire inverser un développement social essentiel et elle impose des pressions aux infrastructures économiques, aux possibilités de créer des emplois et à l'action de lutte contre la pauvreté. Elle exerce des pressions sur l'environnement biophysique, lesquelles s'aggraveront au fur et à mesure que les pays en développement relèveront leur niveau de vie et leur consommation par habitant.

Le moyen le plus efficace de répondre aux pressions

démographiques relève des effets, qui se renforcent mutuellement, du développement social (comme l'éducation des femmes et des jeunes filles, l'amélioration de la santé des femmes, la participation à la population active dans le secteur moderne de la société ainsi qu'une diminution de la mortalité des nourrissons et des enfants) et des services de planning familial de qualité. Les services de planning familial transmettent les informations et les techniques dont les particuliers ont besoin pour faire des choix en matière de reproduction.

Dans le passé, le principal défi qui se présentait dans le domaine de la population résidait dans la création d'une demande de services de planning familial. De nos jours, le besoin de ces services exprimé dans les pays en développement dépasse l'offre. Ce déséquilibre entre le besoin de services et l'offre de ressources va s'aggraver considérablement au cours des prochaines décennies, au fur et à mesure qu'un grand nombre d'enfants et de jeunes adultes entreront dans leur période reproductive. Le fait de répondre à ce besoin non satisfait aurait des incidences importantes pour une solution aux pressions démographiques, faciliterait la réalisation des objectifs du développement durable et contribuerait à l'amélioration de la situation et du statut des femmes.

Il est devenu évident, au cours des deux dernières décennies, qu'il y a lieu d'améliorer la qualité des services de planning familial et de les élargir de manière à tenir compte du contexte plus large des soins de santé reproductive. Ce dernier volet comprend également l'éducation et le counselling en matière de sexualité et

d'infertilité; la prévention, le dépistage et le traitement des maladies et infections touchant l'appareil reproducteur (en particulier les maladies transmises sexuellement, qui accroissent la vulnérabilité au SIDA); les soins prénatals et post-natals; la surveillance de l'accouchement; la promotion de l'allaitement maternel et les soins de santé dispensés aux nourrissons.

Même si le SIDA risque d'avoir des répercussions importantes sur certains segments de la population de certaines régions, il aura un impact limité sur la croissance démographique globale dans les pays en développement. Le SIDA nous a cependant démontré clairement ce qu'il en coûte, sur les plans sociaux et humains, de ne pas inclure de services de santé de la reproduction, notamment le dépistage et le traitement des maladies transmises sexuellement, dans les programmes de planification familiale. En plus de leur relation avec le SIDA, les maladies transmises sexuellement (MTS) représentent un grave problème en soi; la prévention, le diagnostic et le traitement des MTS devraient faire partie des programmes de planification familiale.

Les améliorations apportées à la qualité des services, qui sont axés sur la satisfaction des besoins plus larges de la clientèle, ont suscité un accroissement de la demande de planning familial et une continuation du recours à ces services. Des indices de plus en plus probants donnent à penser que la mise en oeuvre de programmes démographiques axés sur une aide à la réalisation d'objectifs personnels en matière de reproduction sont davantage susceptibles d'être couronnés de succès que les programmes visant la réalisation d'objectifs démographiques nationaux.

La croissance démographique résultant tout à la fois de choix et de comportements des particuliers dans le domaine de la reproduction, elle ne constitue pas seulement une question d'ordre général revêtant une importance cruciale dans l'optique du développement durable. Elle représente, sous un angle tout aussi primordial, une question liée aux droits de la personne, à la santé et à l'équité entre les sexes.

Tant les hommes que les femmes possèdent le droit fondamental d'élever une famille et de contrôler leur

propre comportement sur le plan de la reproduction; les services devraient donc être offerts aux deux sexes. La modification des attitudes et comportements des hommes, notamment des jeunes hommes, quant à leur responsabilité à l'égard de leur comportement sexuel et à ses conséquences pour eux-mêmes, leurs partenaires et leurs enfants, devrait faire partie intégrante des objectifs généraux des programmes démographiques. Néanmoins, dans l'immédiat, ce sont principalement les femmes qui absorbent le coût de l'insuffisance de l'accès aux services de planning familial et de santé reproductive. La prestation d'une éducation de niveau élémentaire et secondaire aux jeunes filles constitue un facteur d'une importance décisive qui influe sur les comportements liés à la fécondité, mais, trop souvent, les adolescentes interrompent leur éducation à cause d'une grossesse imprévue. La réduction de la taille de la famille et un meilleur espacement des naissances peuvent donner aux femmes, à leur famille et à leur collectivité les moyens de tirer un meilleur parti de l'éducation et du travail féminins.

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) s'est dotée dès 1984 d'une politique en matière d'intégration des femmes au développement. En 1992, l'Agence a adopté un nouveau cadre de politique sur l'intégration des femmes au développement pendant les années 1990, qui vise à renforcer la participation intégrale des femmes à titre de partenaires à part entière du développement durable de leur société. Les objectifs de cette politique sont intimement liés à ceux de la politique en matière de population et en sont complémentaires : accroître la participation des femmes aux processus économiques, politiques et sociaux; relever le revenu des femmes et leurs conditions de vie sur le plan économique; élargir l'accès des femmes aux services de base en matière de santé et de planification familiale; rehausser le degré de scolarisation des femmes et, enfin, protéger et promouvoir les droits des femmes.

Les taux de mortalité infantile, dans les pays en développement, demeurent environ 10 fois plus élevés qu'au Canada, mais les taux comparables de mortalité maternelle se situent à un niveau de beaucoup plus inquiétant : il peut y être 100 fois plus important que chez nous. Des services de planning familial et de santé reproductive efficaces abaissent le taux de mortalité à la

fois des mères et des enfants en réduisant le nombre de naissances à haut risque et le recours à des avortements pratiqués dans des conditions insalubres. En plus d'entraîner un taux élevé de mortalité maternelle, ce type d'avortement laisse des groupes encore plus importants de femmes aux prises avec de graves problèmes de santé. L'ACDI ne favorise pas l'avortement comme méthode de contraception, mais elle reconnaît que les femmes ont besoin d'un plein accès à la gamme complète de services sécuritaires de santé de la reproduction.

Politiques et priorités relatives à la coopération en matière de population

Énoncé de politique sur la population et le développement durable

Dans le contexte d'une politique sur la population et le développement durable, l'ACDI se fixe les objectifs suivants :

- promouvoir une meilleure compréhension de l'incidence de la dynamique de la population sur les progrès réalisés en vue du développement durable;
- appuyer le développement de politiques et stratégies qui amènent une solution aux pressions démographiques sur le développement durable;
- favoriser la prestation de services intégrés en matière de santé de la reproduction visant à répondre aux besoins des femmes, des hommes et des adolescents; ces services doivent être axés sur des programmes de planification familiale de haute qualité qui incluent des activités d'information, d'éducation et de communication;
- appuyer des programmes qui mettent l'accent sur la santé, l'éducation et les activités rémunératrices pour les femmes, afin de contribuer à l'atteinte de niveaux de population compatibles avec un développement durable.

Pour atteindre ses objectifs, l'ACDI utilise une approche polyvalente :

1. Le dialogue avec ses partenaires au Canada, les autres bailleurs de fonds et les pays en développement concernant les enjeux de population, ainsi que les politiques et les programmes en la matière.
2. Le renforcement des capacités internes à l'Agence afin qu'elle puisse mieux tenir compte des questions de population dans ses politiques et ses programmes.
3. Un appui aux initiatives de renforcement de capacités dans les pays en développement au chapitre de la collecte et de l'analyse des données, de l'élaboration de politiques et de la conception de programmes à l'échelle nationale et régionale.
4. Un appui aux programmes d'information, d'éducation et de communication sur les questions de population.
5. Un appui aux programmes et aux activités en matière de santé de la reproduction, sur les bases suivantes :
 - a) l'ACDI favorise la planification familiale fondée sur le libre choix, c'est-à-dire le choix fait en toute connaissance de cause, permettant ainsi aux gens d'exercer sans risque et de manière responsable leurs droits en matière de reproduction;
 - b) l'ACDI appuie des programmes de planification familiale de qualité qui sont respectueux des besoins et de la culture des clients et qui visent à fournir une gamme complète de soins en matière de santé de la reproduction tout en accordant une attention particulière au rôle et à la responsabilité des hommes;
 - c) l'ACDI ne favorise pas l'avortement comme méthode de contraception, mais elle reconnaît que les femmes ont besoin d'un plein accès à la gamme complète de services sécuritaires de santé de la reproduction.

d) l'ACDI appuie le respect des droits de la personne dans la prestation et le développement de contraceptifs, veillant en tout premier lieu à la sécurité et aux besoins des usagers tout en tenant compte de la réglementation autorisant leur utilisation dans les pays concernés.

6. L'utilisation des diverses voies de prestation de services - secteur public, secteur privé et organismes bénévoles; vu la nécessité de prendre en compte les besoins des collectivités, les organisations nationales et internationales non gouvernementales peuvent jouer un rôle très important dans l'aide en matière de population.
7. Un appui continu à une programmation reliée aux questions de population et favorisant le développement durable, en particulier l'éducation des filles et des femmes et d'autres mesures permettant à ces dernières d'élargir leur gamme de choix et d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie.

Les décisions relatives à la programmation et à l'allocation des ressources concernant l'aide en matière de population seront prises dans le cadre du cycle de planification organisationnelle de l'ACDI.

Coordination

L'ACDI continuera de chercher à coordonner son action avec les autres donateurs, aussi bien sur le plan international qu'à l'échelle des pays concernés. L'ACDI resserrera également sa coopération avec ses partenaires canadiens, à savoir, les ONG canadiennes qui oeuvrent déjà dans le domaine de la population ainsi que les universités canadiennes qui possèdent des compétences importantes dans le domaine du renforcement des capacités en matière de démographie, santé et dans les sciences sociales connexes. Plusieurs provinces canadiennes ont aussi des programmes d'aide au développement faisant appel à des ONG qui s'occupent activement de questions de population et de développement. Pour les années à venir, le Québec poursuivra sa contribution aux projets de coopération internationale susceptibles de favoriser l'amélioration du statut de la femme, les conditions de santé et le bien-être

des populations des pays moins développés, la régulation des flux migratoires et l'intégration des immigrants ainsi que le développement de politiques et de programmes adaptés à la situation particulière des pays dont le vieillissement démographique est appelé à se poursuivre.

Tendances et expériences au plan de la coopération internationale en matière de population

Depuis le début des années 1970, le Canada prodigue une aide internationale englobant tout l'éventail des activités dans le secteur de la population : planning familial et santé maternelle et infantile; collecte et analyse de données de base; mise en place d'institutions; recherches sur la démographie et sur les liens entre la population et le développement. Les années 1970 et 1980 ont donné lieu à une progression sensible du volume de l'aide dispensée par l'ACDI dans le secteur de la population, aide qui est passée de 1,5 million de dollars canadiens en 1970 et 1971 à 12 millions de dollars en 1980 et 1981; ce montant a atteint un sommet de plus de 50 millions de dollars en 1988 et 1989. Au début, l'Agence a acheminé ce soutien principalement par l'entremise d'organisations multilatérales et des ONG internationales, l'assistance bilatérale connaissant une forte croissance pendant les années 1980. Depuis l'exercice 1988 et 1989, les crédits affectés à ce secteur ont fluctué, ce qui tient en grande partie aux cycles des programmes et projets bilatéraux. En raison des compressions apportées au budget total de l'Aide publique au développement (APD) ces dernières années, l'aide consacrée au secteur de la population a connu, en 1991 et 1992, un recul de 30 p. 100 en chiffres absolus aussi bien qu'en termes relatifs; elle est depuis demeurée stable.

Pendant les années 1970, le Canada a dispensé son aide principalement par l'intermédiaire du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Fédération internationale pour le planning familial ainsi que de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population. L'Agence a également accordé un soutien bilatéral au Bangladesh en vue de la réalisation d'activités rémunératrices pour les femmes, dans le cadre

plus large du programme de ce pays en matière de population. Au cours des années 1980, l'Agence a maintenu et accru son soutien à ces organisations et à ces programmes, appuyant un plus grand nombre d'ONG internationales et canadiennes. Elle a commencé à accorder, et le fait toujours, un soutien institutionnel au Latin American Demographic Centre [Centre démographique latino-américain]. L'aide bilatérale accordée au Bangladesh a été élargie afin de soutenir plus directement les services de planning familial, notamment par la fourniture de contraceptifs et le renforcement des capacités dans les domaines connexes de la logistique et de la surveillance, ainsi que par un soutien au salaire des travailleuses oeuvrant dans le domaine du planning familial. L'ACDI a également été un membre actif du Consortium de donateurs de la Banque mondiale, d'abord au moyen d'un financement parallèle, puis ultérieurement en qualité de partenaire en matière de financement. Pendant cette période, elle a également appuyé, tant en Asie qu'en Afrique, un certain nombre de projets comportant des dimensions à la fois multilatérale et bilatérale.

Vers la fin des années 1980 et au début des années 1990, l'ACDI a accordé un soutien institutionnel à la recherche et à l'éducation en matière de population et de développement ainsi qu'aux systèmes d'information sur la gestion du planning familial au Sahel, par l'entremise du Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD); le Programme africain de recensement mis en oeuvre dans un certain nombre de pays sahéliens a également reçu un soutien considérable. Au Bangladesh, l'ACDI a continué de soutenir la gestion et la prestation des services de planning familial et de soins de santé, en plus d'élaborer une stratégie axée sur l'équité entre les sexes, laquelle a été adoptée par le gouvernement et par le consortium des donateurs, dans le cadre du programme de la santé et de la population.

L'ACDI prodigue également une aide aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur d'un pays. Au sein de l'ACDI, le Programme de l'assistance humanitaire internationale et le Centre de l'aide alimentaire répondent à des appels lancés par des organismes des Nations Unies, le mouvement de la Croix-Rouge et des ONG canadiennes spécialisées dans la fourniture de

secours d'urgence et d'une aide alimentaire aux victimes de conflits et de catastrophes naturelles. On affecte des crédits aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays en vue de la prestation de soins, de leur subsistance et de leur rapatriement. En 1993 et 1994, l'aide accordée aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur d'un pays s'est établie à quelque 135 millions de dollars.

Depuis 1970, le total des investissements du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) dans des projets expressément liés à la recherche sur la population et le développement dépasse 42 millions de dollars. De 1970 à 1972, le plus important volet auquel ces dépenses ont été affectées portait sur la compréhension et l'évaluation des divers éléments qui contribuent au succès de programmes de planning familial. C'est vers le milieu de la dernière décennie que le CRDI a consacré le plus de crédits à la recherche axée sur la population. À compter de 1989, en raison de contraintes budgétaires de plus en plus pressantes, les priorités de la recherche ont fait l'objet d'un débat au sein du CRDI. En ce moment, il aborde la problématique de la population dans une démarche intersectorielle intégrée aux six thèmes de son Cadre de recherche, à savoir : l'intégration des politiques environnementales, sociales et économiques; la technologie et l'environnement; les systèmes alimentaires soumis à des pressions; l'information et la communication pour l'environnement et le développement; la santé et l'environnement; et la biodiversité.

Depuis sa création il y a 23 ans, le CRDI a appuyé des recherches sur un certain nombre d'aspects de la dynamique de la population et sur leurs incidences dans divers contextes. Il a encouragé la discussion de la problématique de la population non seulement dans un cadre strictement démographique, mais aussi au sein de la grille plus large et plus complexe des populations et de leurs milieux de vie sur les plans social, culturel et physique. Le lien entre les variables socio-économiques et démographiques, dont une grande partie a été axée sur des questions comme les déterminants de la fécondité et de la mortalité, ainsi que des études sur les conséquences des courants migratoires en émergence, ont figuré parmi les grands domaines de recherche.

Pendant les années 1970, le CRDI a mis l'accent sur la recherche descriptive afin d'accroître la sensibilisation aux tendances et problèmes qui se manifestent en matière de population. On a soit établi soit amélioré les méthodologies relatives aux recensements dans plusieurs pays, particulièrement en Afrique. Le Centre a dispensé une formation dans le domaine de l'analyse quantitative et formé des réseaux. Vers le milieu des années 1980, les questions de la population et de l'agriculture et de la population et de la santé ont considérablement retenu l'attention, avec l'appui du Centre. Il a soutenu la réalisation d'études permettant de définir des concepts et des méthodes en vue du diagnostic de problèmes en voie d'émergence et de l'évaluation d'initiatives sur le plan des politiques. Le Centre a également étudié des techniques novatrices dans les domaines de l'anthropologie, de l'exécution d'enquêtes et de la démographie.

Le CRDI a retrouvé récemment son intérêt antérieur envers les méthodologies de réalisation de recensement au moyen d'un projet d'Extraction par micro-ordinateur de données portant sur de petites régions au Chili, le projet REDATAM, lequel a débouché sur l'établissement d'une base de données quantitatives sur la population; cette base de données regroupe des renseignements provenant plusieurs sources. Divers organismes nationaux de statistique et de planification en Amérique latine, aux Antilles et en Asie du Sud-Est se sont montrés intéressés par cette démarche novatrice. Au sein de la Division des sciences de la santé du CRDI, la question de la population comme domaine d'intérêt distinct s'inscrit dans l'accent que met la Division sur le «choix en matière de reproduction». Le plus important projet lié à la population concerne la mise au point d'un vaccin contraceptif au National Institute of Immunology [Institut national d'immunologie] de l'Inde.

Politiques et priorités futures de l'aide internationale en matière de population

Les politiques et les priorités de l'aide internationale en matière de population sont actuellement à l'ordre du jour de l'examen global de la politique étrangère, notamment de la politique d'aide extérieure. Néanmoins, la population a été un secteur important pour le Canada et on peut s'attendre à ce que ce secteur demeure une priorité.

LIBRARY E A/BIBLIOTHEQUE A E



3 5036 20093735 0

DOCS

CA1 EA 94N16 FRE

Canada : rapport national sur la
population. --

61395775

Canada 

Printed on recycled paper  *Imprimé sur du papier recyclé*