

Rapports sur la santé

Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada

par Chaohui Lu et Edward Ng

Date de diffusion : le 17 avril 2019



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada

par Chaohui Lu et Edward Ng

Résumé

Contexte : L'examen médical joue un rôle dans l'effet de l'immigrant en bonne santé (EIBS) chez les immigrants ayant récemment obtenu le droit d'établissement au Canada. La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) de 2002 a modernisé la sélection des immigrants en exemptant certaines catégories d'immigrants (p. ex. les réfugiés et certains immigrants de la catégorie du regroupement familial) d'une interdiction de territoire pour des motifs sanitaires. La présente étude examine l'EIBS par sexe à l'ère de la LIPR et met l'accent sur les catégories régies par cette dernière.

Données et méthodes : On a utilisé les données couplées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de la Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM) pour comparer les proportions ventilées selon le sexe et corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge de quatre mesures de la santé chez les personnes nées au Canada et chez les immigrants de 20 à 65 ans en général et selon le temps écoulé depuis l'établissement. On a examiné les données relatives aux immigrants qui ont obtenu le droit d'établissement dans les trois ans suivant les enquêtes menées de 2007 à 2014 par sexe et par catégorie d'immigrants. Une régression logistique a permis de comparer plus précisément l'EIBS des mêmes sous-groupes d'immigrants à celui des personnes nées au Canada, après la prise en compte de l'âge et de certains facteurs de confusion.

Résultats : La présente étude a relevé un EIBS pour la plupart des mesures sélectionnées chez l'ensemble des immigrants ainsi que chez les immigrants récents qui sont arrivés sous le régime de la LIPR, y compris les personnes faisant partie de la catégorie du regroupement familial. Parmi les réfugiés, l'EIBS a été observé uniquement pour des problèmes de santé chroniques moins graves, particulièrement chez les femmes. Comme on s'y attendait, un EIBS important a été observé chez les demandeurs principaux de la catégorie de l'immigration économique. Ces avantages en matière de santé ont persisté même après la correction tenant compte de facteurs socioéconomiques et relatifs à la santé. Pour l'auto-évaluation de la santé, l'avantage a été observé chez certains groupes uniquement après une correction complète.

Interprétation : La présente étude jette un premier coup d'œil sur l'effet de l'immigrant en bonne santé sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* de 2002 par catégorie d'immigrants. Les résultats corroborent la littérature actuelle sur la présence de l'EIBS chez les immigrants : cet effet s'est révélé bien plus faible chez les réfugiés.

Mots-clés : Catégorie d'immigrants, réfugié, santé, Canada, *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, LIPR

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900400001-fra>

En 2016, les immigrants au Canada représentaient 7,5 millions de personnes, c'est-à-dire près de 22 % de la population canadienne¹. Selon Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), près de 1 million d'immigrants seront admis de 2018 à 2020². Étant donné la croissance de la population d'immigrants au Canada, il devient de plus en plus important de surveiller leur santé. La littérature bien établie sur l'effet de l'immigrant en bonne santé (EIBS) révèle qu'au moment de leur arrivée les immigrants sont en meilleure santé que la population née au Canada, mais indique que cet avantage en matière de santé diminue avec le temps⁴⁻⁷, possiblement en raison des difficultés relatives à l'ajustement à un nouvel environnement, du stress ou de l'adoption de comportements à risque pour la santé³. Parallèlement, outre le système canadien de points d'appréciation, qui tend vers la sélection de personnes présentant un capital humain supérieur (comme la scolarité et les aptitudes linguistiques pour la catégorie de l'immigration économique), la sélection systématique par examen médical et l'autosélection positive étaient deux explications importantes de l'avantage initial en matière de santé pour la plupart des immigrants.

La *Loi sur l'immigration, 1976* a réaffirmé l'exigence d'un examen médical pour les immigrants, le statut d'immigrant étant refusé à ceux que l'on jugeait raisonnablement susceptibles de

représenter un fardeau excessif pour le système de soins de santé⁸. La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) de 2002 a modernisé cette exigence en exemptant certaines catégories d'immigrants (comme les réfugiés et certains groupes de la catégorie du regroupement familial) de cette vérification d'admissibilité médicale (voir l'annexe 1)⁹. Récemment, après l'entrée en vigueur de la LIPR, alors que seulement environ 1 400 demandeurs sur 525 000 immigrants potentiels (environ 0,3 %) étaient interdits de territoire au Canada chaque année pour des raisons de santé par IRCC¹⁰, l'effet de l'autosélection positive était difficile à quantifier. Le nombre d'immigrants potentiels n'ayant pas présenté de demande d'immigration à cause de l'exigence d'un examen médical et d'une évaluation de l'admissibilité est inconnu. Cependant, comme environ 27 % des immigrants potentiels ont été exemptés au cours des récentes années de l'interdiction de territoire pour fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé en vertu de la LIPR¹⁰, il est important de donner un aperçu des effets que l'exemption de la LIPR ont eu sur la santé à l'aide d'une base de données nouvellement couplée qui inclut les catégories d'immigrants. Ce fardeau excessif était initialement évalué conformément à un seuil monétaire de 6 604 \$ par année pendant cinq ans, un montant fondé sur le coût moyen des services sociaux et de santé par personne au Canada¹¹.

Coupler les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) à la Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM) permet d'explorer les effets de la LIPR sur l'EIBS selon les catégories d'immigrants. La présente étude, fondée sur la base de données couplée ESCC-BDIM, pose un premier regard sur l'EIBS chez certains immigrants qui sont arrivés sous le régime de la LIPR en comparant leurs résultats à ceux de leurs homologues nés au Canada. On a examiné les trois questions suivantes séparément par sexe. Tout d'abord, l'EIBS à l'arrivée a-t-il disparu depuis l'entrée en vigueur de la LIPR chez les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement au Canada dans les trois ans suivant les enquêtes qui ont été menées de 2007 à 2013? Ensuite, quelle est la tendance de l'EIBS par catégorie d'immigrants, en particulier pour les catégories régies par la LIPR (immigrants ayant obtenu le droit d'établissement au Canada dans les trois ans)? Enfin, l'EIBS disparaîtrait-il après une correction tenant compte des facteurs de confusion?

Données et méthodes

Sources de données

Le fichier d'établissement des immigrants (FÉI) est un recensement administratif des immigrants qui ont obtenu le droit d'établissement au Canada et présente des renseignements sur l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques relatives à l'immigrant (p. ex. la catégorie d'immigrants) pour toutes les années depuis 1980. La Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM) combine le FÉI et les fichiers de données fiscales au Canada. Le FÉI et la BDIM ne contiennent aucun renseignement relatif à la santé^{12,13}.

Les composantes annuelles de l'ESCC comprennent des renseignements transversaux sur la santé, les comportements et l'utilisation des services de soins de santé pour la population à domicile de 12 ans et plus ne vivant pas en établissement¹⁴. D'abord menée en 2001 (cycle 1.1), l'ESCC a été menée tous les deux ans jusqu'en 2005 (cycle 3.1) (n = 130 000 pour chaque cycle). Depuis

2007, l'ESCC a lieu chaque année (n = 65 000). Les données des cycles 2.1 et 3.1, des composantes annuelles de 2007 à 2014 et de deux cycles à thématique particulière sur la santé mentale menés en 2002 et en 2012 ont été retenues aux fins du couplage¹⁵. Dans l'ensemble, environ 84 % des répondants à l'ESCC ont accepté que leurs réponses soient partagées et couplées à d'autres sources de données.

On a effectué le couplage ESCC-FÉI à Statistique Canada au moyen de l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS), en utilisant une base de données relationnelle dynamique renfermant des identificateurs personnels de base, le Dépôt d'enregistrements dérivés (DED)¹⁶. Près de 6,7 millions des 6,9 millions d'enregistrements admissibles du FÉI datant de 1980 à 2013 (97 %) ont été trouvés dans le DED grâce aux identificateurs communs ou y ont été ajoutés comme nouveaux fichiers de constitution¹⁷. De la même façon, les données d'environ 95 % des répondants ayant autorisé le partage et le couplage de leurs enregistrements de l'ESCC de 2001 à 2014 ont été couplées au DED¹⁸. Au total, les données de 39 420 répondants à l'ESCC ont été couplées au FÉI (et donc à la BDIM) à l'aide du DED.

Des 46 905 répondants à l'ESCC qui se sont déclarés immigrants étant arrivés entre 1980 et 2013, les données de 37 610 ont été couplées à la BDIM (taux de couplage de 80 %) ¹⁵. Les immigrants qui sont arrivés avant 1980 ont été exclus. On a utilisé des poids spéciaux de partage et de couplage ainsi que des poids bootstrap pour corriger le refus de couplage. Une analyse de validation a indiqué que le fichier couplé ESCC-BDIM était représentatif des cohortes d'immigrants par catégorie d'immigrants. Aucune divergence socioéconomique notable n'a été relevée entre le fichier couplé et l'ESCC ou la BDIM¹⁹.

Création et définition de la cohorte étudiée

Puisque parmi les immigrants arrivés avant 2004, certains ont été soumis au régime ayant précédé la LIPR et

d'autres étaient régis par la LIPR, la présente étude a eu recours à une cohorte regroupée de répondants ayant participé à la ESCC de 2007 à 2014 (n = 427 650) dont les données ont été couplées à celles de la BDIM de 1980 à 2013. On a écarté de cette cohorte regroupée les données non couplées d'environ 33 760 immigrants autodéclarés dans l'ESCC et celles de 3 700 personnes dont le statut d'immigrant était impossible à déterminer, ce qui a permis d'obtenir une cohorte initiale de 24 910 immigrants dont les données étaient couplées à la BDIM et de 365 275 personnes nées au Canada.

Faisant suite à des recherches antérieures ayant eu recours à l'ESCC afin d'examiner l'EIBS^{4,5,20}, la présente étude porte sur les répondants à l'ESCC âgés de 20 à 65 ans et exclut les personnes vivant dans les territoires, les personnes présentant un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 10 ou supérieur à 50, les étudiants, les femmes enceintes et les personnes dont les renseignements sur certains facteurs de risque relatifs aux comportements liés à la santé manquaient. Après ces exclusions, la cohorte finale de l'étude comptait 15 980 immigrants dont les données étaient couplées à la BDIM et 200 165 personnes nées au Canada, représentant une population de 16 millions de personnes au total.

Variables dépendantes et variables associées à l'immigration

À la suite de recherches antérieures fondées sur l'ESCC et visant à étudier l'EIBS, la présente étude a utilisé quatre mesures de la santé : deux groupes de maladies chroniques, l'embonpoint et l'auto-évaluation de la santé^{4,5}. Tout d'abord, on a classé les répondants comme ayant un problème de santé chronique ne mettant pas leur vie en danger (au moins l'un des troubles regroupés dans la catégorie Problèmes de santé chroniques A : l'asthme, le mal de dos, l'hypertension artérielle, la migraine, un ulcère et l'arthrite) ou comme ayant un problème de santé chronique plus grave (au moins l'un des troubles regroupés dans la catégorie Problèmes de santé

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- La différence dans les problèmes de santé chez les immigrants au Canada varie en fonction du temps écoulé depuis l'établissement.
- Les immigrants récents tendaient à être en meilleure santé. Cette situation découlait peut-être de l'examen médical et de la vérification d'admissibilité requis par les autorités de l'Immigration ou d'autres facteurs.
- Le changement d'orientation politique récemment introduit dans la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* de 2002 exempte les réfugiés et certains membres de la catégorie du regroupement familial des exigences d'admissibilité médicale.
- Il y a eu peu de recherches visant à examiner la santé des réfugiés et de certains membres de la catégorie du regroupement familial régis par la *Loi* depuis l'entrée en vigueur de ce changement. Cette situation s'explique en partie par un manque de données.

Ce qu'apporte l'étude

- Les résultats montrent que l'avantage en matière de santé observé chez les immigrants de 20 à 65 ans s'est maintenu, par catégorie, chez les immigrants les plus récents qui se sont établis au Canada depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.
- Cet avantage est notable chez les immigrants de la catégorie du regroupement familial par rapport aux personnes nées au Canada pour la plupart des mesures de la santé sélectionnées.
- Chez les réfugiés, on a observé l'avantage en matière de santé uniquement chez les femmes atteintes d'un problème de santé chronique moins grave alors que, comme on s'y attendait, on a observé un effet de l'immigrant en bonne santé important chez les demandeurs principaux de la catégorie de l'immigration économique.

chroniques B : une maladie du cœur, un cancer, le diabète et la maladie de Crohn) selon leurs réponses aux questions sur les problèmes de santé de longue durée qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Ensuite, l'« embonpoint » désigne un IMC de 25 ou plus (ce qui comprend l'« obésité »). On calcule l'IMC en divisant le poids autodéclaré en kilogrammes par le carré de la taille autodéclarée en mètres. Enfin, pour l'auto-évaluation de la santé, la santé était jugée mauvaise lorsque la réponse à la question sur la santé, dont l'échelle compte cinq degrés allant d'« excellente » à « mauvaise », était « mauvaise » ou « passable ».

Le statut d'immigrant et le temps écoulé depuis l'établissement provenaient des enregistrements de la BDIM. Le temps écoulé depuis l'établissement, défini comme la différence entre l'année d'établissement indiquée dans la BDIM et l'année de l'ESCC, a été réparti dans les catégories « court » (immigrants récents ayant répondu à l'enquête dans les 3 ans suivant l'établissement), « moyen » (de 4 à 9 ans) et « long » (10 ans et plus)²⁰. Ensemble, les immigrants récents ayant répondu à l'enquête de 2007 à 2014 étaient ceux qui sont arrivés sous le régime de la LIPR, alors que les immigrants dont le temps écoulé depuis l'établissement était moyen et long formaient un groupe mixte soumis à la fois au régime ayant précédé la LIPR et au régime ayant suivi l'entrée en vigueur de la LIPR. Le couplage a également permis de relever des « immigrants n'ayant pas encore obtenu le droit d'établissement », c'est-à-dire des personnes qui étaient des résidents temporaires au Canada au moment de répondre à l'ESCC avant d'obtenir le droit d'établissement comme immigrants. Ces personnes ont été incluses dans l'étude comme immigrants.

Les catégories d'immigrants comprenaient les demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique, les conjoints ou les personnes à charge de la catégorie d'immigration économique, les personnes de la catégorie du regroupement familial, les réfugiés et

les autres immigrants. Les immigrants régis par la LIPR (sur lesquels porte la présente étude) étaient des immigrants récents appartenant aux catégories exemptées de la vérification d'admissibilité médicale, comme les réfugiés (y compris les réfugiés au sens de la *Convention* et les personnes protégées) et les membres de la catégorie du regroupement familial (qui exclut les parents et les grands-parents). Puisque la cohorte de la présente étude comprend uniquement des répondants âgés de 65 ans ou moins, la plupart des parents et des grands-parents de la catégorie du regroupement familial étaient déjà exclus. Les « personnes protégées », dont la définition relève de la *Convention de Genève* relativement au statut de réfugiés, comprenaient les personnes ayant besoin de protection mais ne correspondant pas nécessairement à la définition juridique de réfugiés au sens de la *Convention*. On peut effectuer une demande d'asile depuis le Canada pour obtenir le statut de personne protégée. La décision d'accorder le statut de personne protégée est prise au Canada selon un processus judiciaire.

Statuts socioéconomiques et variables de risque pour la santé sélectionnés

En matière de revenu, on a classé les répondants selon qu'ils étaient dans les 50 % des déciles inférieurs, selon leur ratio ajusté du revenu du ménage au niveau national. Les répondants étaient classés comme propriétaires s'ils vivaient dans un logement appartenant à un membre du ménage. Le terme « ethnicité » désigne les antécédents culturels ou ethniques autodéclarés suivants : Blanc, Noir, Asiatique ou autres.

En ce qui concerne les facteurs de risque pour la santé, les « fumeurs » comprenaient les fumeurs quotidiens et occasionnels ainsi que les anciens fumeurs ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an. Les répondants « physiquement inactifs » étaient ceux dont le calcul des dépenses énergétiques quotidiennes donnait un total inférieur à 1,5 kcal/kg/jour. Le « risque alimentaire » était indiqué par la consommation de

moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour ou la consommation de fruits et de légumes moins de cinq fois par jour^{21,22}.

Méthodes

On a présenté les caractéristiques de la cohorte d'abord par statut d'immigrant et par sexe, en se concentrant sur les immigrants récents qui sont arrivés sous le régime de la LIPR. Pour examiner la présence de l'EIBS dans le cadre la LIPR, on a comparé par sexe les proportions corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge de quatre problèmes de santé chez l'ensemble des immigrants — selon le temps écoulé depuis l'établissement, puis par catégorie d'immigrants parmi les immigrants récents — avec les proportions chez la population née au Canada. Les proportions ont été normalisées d'après l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 pour trois tranches d'âge : 20 à 39 ans, 40 à 54 ans et 55 à 65 ans²³. On a effectué des vérifications statistiques des écarts entre les proportions corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge en réalisant un test de Wald corrigé et en utilisant les personnes nées au Canada comme référence.

Une régression logistique a permis d'examiner en deux étapes l'EIBS par sexe pour les quatre problèmes de santé, après la prise en compte de l'âge, du statut socioéconomique et de certains facteurs de risque pour la santé. La première étape consistait à utiliser le sous-échantillon d'immigrants et de personnes nées au Canada pour dériver les rapports de cotes et ainsi évaluer l'EIBS en général et selon le temps écoulé depuis l'immigration, l'accent étant mis sur les immigrants récents ayant obtenu le droit d'établissement aux termes de la LIPR entre 2007 et 2014. La deuxième étape consistait à utiliser la cohorte des personnes nées au Canada et des immigrants récents pour estimer les rapports de cotes et ainsi examiner l'EIBS par catégorie d'immigrants, l'accent étant mis sur les immigrants régis par la LIPR, c'est-à-dire les réfugiés et les personnes de la catégorie du regroupement familial.

Toutes les analyses ont été effectuées dans Stata/MP (version 14) et pondérées avec les poids de partage et de couplage combinés de l'ESCC et les poids bootstrap de l'estimation de la variance^{15,24}.

Résultats

Caractéristiques descriptives

Pour simplifier les choses, le terme « immigrants » désigne les immigrants dont les données étaient couplées à la BDIM dans les résultats de l'analyse présentés dans les sections Résultats et Discussion. Parmi les quelque 2,6 millions d'immigrants (17 % de la cohorte à l'étude), environ 14 % étaient des immigrants récents (tableau 1). Les immigrants étaient légèrement plus jeunes, alors que les immigrants récents étaient au moins sept ans plus jeunes, que leurs homologues nés au Canada. La répartition est la suivante : 15 % des hommes immigrants et 12 % des femmes immigrantes étaient des réfugiés; 27 % des hommes immigrants et 33 % des femmes immigrantes appartenaient à la catégorie du regroupement familial. Environ 2 % de ces immigrants n'avaient pas encore obtenu le droit d'établissement, c'est-à-dire les personnes qui étaient résidents temporaires lorsqu'ils ont répondu à l'enquête. Comparativement à l'ensemble des immigrants, un plus grand nombre d'immigrants récents étaient des demandeurs principaux de la catégorie de l'immigration économique et un plus petit nombre appartenaient aux catégories régies par la LIPR.

Du point de vue sociodémographique, une proportion plus élevée d'hommes immigrants que d'hommes nés au Canada étaient mariés et vivaient au sein de ménages dont le niveau de scolarité était plus élevé. Une proportion plus élevée d'hommes immigrants que d'hommes nés au Canada se trouvaient dans la moitié inférieure de la répartition du revenu des ménages. Chez les femmes, on a observé des écarts socioéconomiques similaires par statut d'immigrants. Cependant, alors que plus d'hommes immigrants et moins de femmes immigrantes avaient un emploi,

un plus petit nombre d'immigrants que de personnes nées au Canada étaient propriétaires de leur logement.

Du point de vue de la santé, les immigrants, quel que soit leur sexe, étaient moins susceptibles de fumer, mais plus susceptibles d'être physiquement inactifs que les répondants nés au Canada. Les comportements alimentaires des immigrants et des personnes nées au Canada étaient similaires.

Comparaison de la proportion corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge entre les répondants nés au Canada et les répondants immigrants selon le temps écoulé depuis l'immigration

Pour les deux sexes, on a observé l'EIBS pour les mesures de la santé sélectionnées (à l'exception de la santé auto-évaluée comme mauvaise) chez les immigrants, en particulier les immigrants récents qui sont arrivés sous le régime de la LIPR (tableau 2). Par exemple, la proportion corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge pour la catégorie Problèmes de santé chroniques B était de 11,8 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % = 11,5 à 12,1) chez les hommes nés au Canada, de 10,4 % (IC à 95 % = 9,3 à 11,5) chez l'ensemble des hommes immigrants dont les données étaient couplées à la BDIM et de 4,8 % (IC à 95 % = 1,5 à 8,0) chez les immigrants récents qui sont arrivés sous le régime de la LIPR.

Comparaison multivariée entre les personnes nées au Canada et les immigrants selon le temps écoulé depuis l'immigration

Les résultats de la régression logistique corrigés en fonction de l'âge pour les deux sexes reflétaient les résultats de la proportion corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge susmentionnés, comme l'on s'y attendait. Cependant, les rapports de cotes (RC) de la santé auto-évaluée comme mauvaise chez les hommes immigrants étaient considérablement plus faibles que chez la population née au Canada après une cor-

Tableau 1

Répartition en pourcentage de caractéristiques sélectionnées, selon le sexe, personnes de 20 à 65 ans de la base de données couplée ESCC-BDIM, de 2007 à 2014, population née au Canada et immigrante (récente et totale)

	Hommes (N = 8 355 000)			Femmes (N = 7 887 000)		
	Nés au Canada	Immigrants (BDIM)		Nées au Canada	Immigrantes (BDIM)	
		Tous	Immigrants récents		Tous	Immigrantes récentes
Taille de la population (N)	7 005 000	1 350 000	177 000	6 563 000	1 324 000	180 000
Taille de l'échantillon (n)	94 845	7 550	985	105 810	8 430	1 115
Pourcentage de la population totale (%)	84	16	2	83	17	2
Âge moyen (ans)	43	42	36	44	42	36
	pourcentage de la colonne (%)					
Variables associées aux immigrants						
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants						
Avant l'obtention du droit d'établissement	...	2	2	...
Court (0 à 3 ans)	...	13	100	...	14	100
Moyen (4 à 9 ans)	...	25	23	...
Long (10 ans ou plus)	...	60	61	...
Catégorie d'immigrants						
Demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique	...	35	45	...	20	31
Conjoint ou personnes à charge de la catégorie d'immigration économique	...	18	18	...	30	29
Catégorie du regroupement familial	...	27	24	...	33	27
Réfugiés	...	15	8	...	12	7 ^E
Autres immigrants	...	5	4 ^F	...	4	6 ^E
Caractéristiques socioéconomiques						
Mariés ou en union de fait	67	76	79	67	74	81
Grade universitaire et plus au niveau du ménage	30	54	60	32	54	60
Situation professionnelle						
Ayant un emploi	83	88	86	75	70	61
Sans emploi	4	5	6	3	6	13 ^E
Inactif	12	7	8 ^F	22	23	27
Moitié inférieure de la répartition du revenu des ménages						
Propriétaires	76	67	33	76	65	37
Ethnicité						
Blancs	93	28	28	93	26	21
Noirs	0	9	7 ^E	0	9	8
Asiatiques	2	52	51	1	55	60
Autres	5	11	14	5	10	12
Facteurs de risque pour la santé						
Fumeurs	32	24	23	27	8	9 ^E
Physiquement inactifs	44	56	58	46	61	61
Risques alimentaires	72	70	68	56	56	62

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence**Notes :** Nombres pondérés arrondis au millier le plus près, nombres non pondérés arrondis au nombre 5 le plus près; tous les écarts de proportion déclarés entre les immigrants couplés et les personnes nées au Canada sont statistiquement significatifs selon un intervalle de confiance à 95 %, à l'exception des risques alimentaires et de la situation professionnelle inactive.**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et Base de données longitudinales sur l'immigration (données couplées), de 2007 à 2014, Statistique Canada.

rection complète pour tenir compte des caractéristiques socioéconomiques et des risques pour la santé (p. ex. RC = 0,41, IC à 95 % = 0,23 à 0,70 pour les immigrants récents) (tableau 3). Il convient de noter que les résultats corrigés pour tenir compte des risques pour la santé étaient très similaires aux résultats non corrigés (données non présentées). En revanche, chez les femmes, les rapports de cotes pour l'auto-évaluation de la santé chez les immigrantes après correction complète sont demeurés négligeables (RC = 0,91,

IC à 95 % = 0,75 à 1,11), alors que les rapports de cotes chez les immigrantes récentes étaient considérablement plus faibles selon le temps écoulé depuis l'immigration (RC = 0,40, IC à 95 % = 0,25 à 0,65).

Les immigrants n'ayant pas encore obtenu le droit d'établissement étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer des maladies chroniques que les personnes nées au Canada après une correction complète. Chez les hommes, par exemple, le rapport de cotes pour la

catégorie Problèmes de santé chroniques A était de 0,45 (IC à 95 % = 0,24 à 0,85) et pour la catégorie Problèmes de santé chroniques B, de 0,12 (IC à 95 % = 0,02 à 0,75).

Comparaison multivariée entre les personnes nées au Canada et les immigrants régis par la LIPR

Les rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge montrent que, pour les deux sexes, les membres de la catégorie du regroupement familial étaient beaucoup

Tableau 2

Proportions corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge de quatre mesures de la santé par sexe, statut d'immigrant et temps écoulé depuis l'établissement des immigrants, personnes de 20 à 65 ans[†]

Proportions corrigées (PC) de la mesure de la santé	Problèmes de santé chroniques A [§]			Problèmes de santé chroniques B ^{††}			Embonpoint (IMC ≥ 25)			Santé autoévaluée comme mauvaise		
	PC	Intervalle de confiance à 95 %		PC	Intervalle de confiance à 95 %		PC	Intervalle de confiance à 95 %		PC	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Hommes												
Nés au Canada [†]	43,5	43,0	44,0	11,8	11,5	12,1	64,5	64,0	65,0	9,4	9,1	9,7
Immigrants (BDIM)	33,6*	32,0	35,2	10,4*	9,3	11,5	52,7*	50,9	54,5	9,1	8,0	10,1
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants^{§§}												
Court (0 à 3 ans)	25,5*	18,4	32,6	4,8*	1,5	8,0	50,7*	43,9	57,5	5,5 [‡]	2,7	8,2
Moyen (4 à 9 ans)	33,2*	28,9	37,4	10,9 [‡]	7,1	14,6	54,3*	49,7	58,9	8,5 [‡]	5,1	12,0
Long (10 ans ou plus)	34,9*	32,9	36,9	10,9	9,7	12,1	53,2*	51,1	55,4	9,7	8,4	11,0
Femmes												
Nées au Canada	50,3	49,7	50,8	14,7	14,4	15,1	47,0	46,5	47,5	9,8	9,5	10,1
Immigrantes (BDIM)	43,2*	41,4	45,0	10,3*	9,1	11,5	37,5*	35,8	39,2	10,5	9,4	11,6
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrantes^{††}												
Court (0 à 3 ans)	40,7*	35,1	46,2	8,7* [‡]	4,5	12,9	37,0*	30,8	43,2	8,2 [‡]	4,2	12,2
Moyen (4 à 9 ans)	42,6*	38,5	46,7	9,7*	6,8	12,6	38,7*	34,6	42,7	9,2*	6,6	11,8
Long (10 ans ou plus)	45,6*	43,4	47,7	10,6*	9,3	12,0	38,6*	36,4	40,8	11,8	10,4	13,2

[‡] à utiliser avec prudence* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)[†] catégorie de référence[‡] valeur uniformisée d'après l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, population âgée de 20 à 65 ans, en fonction des tranches d'âge de 20 à 39 ans, de 40 à 54 ans et de 55 à 65 ans.[§] La catégorie Problèmes de santé chroniques A est définie comme une personne atteinte d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : l'asthme, le mal de dos, l'hypertension artérielle, la migraine, un ulcère et l'arthrite.^{††} La catégorie Problèmes de santé chroniques B est définie comme une personne atteinte d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : une maladie du cœur, le cancer, le diabète et la maladie de Crohn.^{§§} Les proportions corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge pour les immigrants n'ayant pas encore obtenu le droit d'établissement sont supprimées du fait de la piètre qualité des estimations.**Notes :** L'échantillon exclut les étudiants à temps plein ou à temps partiel, les femmes enceintes, les personnes vivant dans les territoires, les personnes ayant un indice de masse corporelle supérieur à 50 ou inférieur à 10 et les personnes pour lesquelles les renseignements sur le tabagisme, l'activité physique ou l'alimentation manquaient. Pour toutes les estimations, des poids bootstrap de sous-ensemble de partage et de couplage ont été appliqués pour tenir compte du plan de sondage complexe.**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et Base de données longitudinales sur l'immigration (données couplées), de 2007 à 2014, Statistique Canada.

moins enclins à déclarer des problèmes de santé, sauf pour l'auto-évaluation de la santé (tableau 4). Cependant, les cotes exprimant le risque d'auto-évaluer la santé comme mauvaise étaient beaucoup plus faibles chez les immigrantes récentes de la catégorie du regroupement familial que chez leurs homologues canadiennes après une correction complète (RC = 0,44, IC à 95 % = 0,20 à 0,98). En revanche, les cotes exprimant le risque d'avoir n'importe lequel des problèmes de santé chez les réfugiés n'étaient pas significativement différentes de celles de leurs homologues nés au Canada, à l'exception de la catégorie des Problèmes de santé chroniques A, en particulier chez les femmes.

Discussion

Il s'agit de la première étude fondée sur la base de données couplée ESCC-BDIM. Elle examine la santé des immigrants par

catégorie d'immigrants à l'ère de la LIPR. Puisque la LIPR n'a exempté que certaines catégories d'immigrants, comme les réfugiés et certaines personnes de la catégorie du regroupement familial, de la vérification d'admissibilité médicale, il est important d'avoir des données sur les problèmes de santé par catégorie d'immigrants. Une étude récente fondée sur les cycles regroupés de l'ESCC de 2000 à 2012 a révélé que les immigrants qui sont arrivés dans les années 1990 et au début des années 2000 s'avéraient en meilleure santé à leur arrivée que les personnes nées au Canada, mais elle n'a pas relevé l'EIBS chez les cohortes arrivées plus récemment après 2006²⁰. La perte de l'EIBS pourrait être liée à la LIPR. Cependant, on aurait besoin de données sur la santé par catégorie d'immigrants pour évaluer cette hypothèse.

Peu d'enquêtes antérieures de Statistique Canada ont inclus des renseignements par catégorie d'immigrants, à

l'exception notable de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). Cette dernière a permis de suivre les variations en matière d'établissement et de santé entre 2000 et 2005 pour la cohorte d'immigrants de l'an 2000. L'ELIC constitue un rare aperçu des problèmes de santé observés avant l'entrée en vigueur de la LIPR par catégorie d'immigrants. Elle a révélé que les réfugiés présentaient le risque le plus élevé pour la santé parmi toutes les catégories d'immigrants et qu'ils étaient plus susceptibles que les personnes dans les autres catégories d'immigrants à voir leur santé décliner²⁵⁻²⁷. Cependant, l'ELIC ne permettait pas d'effectuer une comparaison directe avec la population née au Canada²⁷⁻³¹. Le couplage des données de l'ESCC à celles de la BDIM permet de jeter un premier coup d'œil à l'EIBS après l'entrée en vigueur de la LIPR et de faire une comparaison directe avec la population née au Canada.

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge et entièrement corrigés de la régression logistique sur quatre mesures de la santé par sexe, statut d'immigrant et temps écoulé depuis l'établissement des immigrants, personnes de 20 à 65 ans

Référence : Personnes nées au Canada	Problèmes de santé chroniques A [†]						Problèmes de santé chroniques B [‡]					
	Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %		Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Hommes												
Immigrants (BDIM)	0,63***	0,59	0,68	0,67***	0,60	0,74	0,86*	0,76	0,97	0,71***	0,61	0,83
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants												
Avant l'obtention du droit d'établissement	0,45*	0,25	0,83	0,45*	0,24	0,85	0,15*	0,03	0,93	0,12*	0,02	0,75
Court (0 à 3 ans)	0,49***	0,39	0,61	0,48***	0,38	0,60	0,42***	0,27	0,66	0,30***	0,18	0,48
Moyen (4 à 9 ans)	0,60***	0,51	0,70	0,63***	0,54	0,75	0,87	0,65	1,16	0,69*	0,52	0,93
Long (10 ans ou plus)	0,68***	0,62	0,75	0,73***	0,64	0,82	0,92	0,80	1,06	0,80**	0,67	0,94
Femmes												
Immigrantes (BDIM)	0,72***	0,66	0,78	0,76***	0,68	0,84	0,64***	0,56	0,73	0,62***	0,52	0,73
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants												
Avant l'obtention du droit d'établissement	0,41***	0,26	0,66	0,41***	0,25	0,66	0,28	0,06	1,27	0,25	0,05	1,16
Court (0 à 3 ans)	0,55***	0,45	0,67	0,53***	0,42	0,66	0,52**	0,33	0,82	0,45**	0,27	0,73
Moyen (4 à 9 ans)	0,66***	0,57	0,76	0,69***	0,58	0,82	0,53***	0,40	0,71	0,49***	0,36	0,66
Long (10 ans ou plus)	0,80***	0,72	0,87	0,85**	0,76	0,95	0,70***	0,61	0,82	0,69***	0,58	0,82

Référence : Personnes nées au Canada	Embonpoint (IMC ≥ 25)						Santé autoévaluée comme mauvaise					
	Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %		Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Hommes												
Immigrants (BDIM)	0,61***	0,57	0,66	0,77***	0,69	0,85	0,95	0,84	1,09	0,78*	0,64	0,96
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants												
Avant l'obtention du droit d'établissement	0,72	0,46	1,15	0,92	0,56	1,50	0,85	0,25	2,87	0,66	0,21	2,13
Court (0 à 3 ans)	0,51***	0,42	0,63	0,65***	0,52	0,81	0,65	0,40	1,07	0,41**	0,23	0,70
Moyen (4 à 9 ans)	0,67***	0,58	0,78	0,86	0,72	1,02	0,86	0,62	1,21	0,67*	0,48	0,94
Long (10 ans ou plus)	0,61***	0,55	0,67	0,75***	0,67	0,85	1,04	0,89	1,21	0,91	0,72	1,14
Femmes												
Immigrantes (BDIM)	0,67***	0,62	0,72	0,69***	0,63	0,76	1,07	0,95	1,22	0,91	0,75	1,11
Temps écoulé depuis l'établissement des immigrants												
Avant l'obtention du droit d'établissement	0,38***	0,23	0,62	0,39***	0,24	0,66	0,11**	0,03	0,43	0,08***	0,02	0,31
Court (0 à 3 ans)	0,62***	0,51	0,77	0,60***	0,48	0,75	0,64	0,41	1,01	0,40***	0,25	0,65
Moyen (4 à 9 ans)	0,66***	0,57	0,76	0,68***	0,58	0,8	0,84	0,65	1,08	0,61**	0,45	0,83
Long (10 ans ou plus)	0,70***	0,63	0,77	0,72***	0,65	0,8	1,26**	1,10	1,46	1,15	0,94	1,41

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,01)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,001)

[†] La catégorie Problèmes de santé chroniques A comprend les personnes atteintes d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : l'asthme, le mal de dos, l'hypertension artérielle, la migraine, un ulcère et l'arthrite.[‡] La catégorie Problèmes de santé chroniques B comprend les personnes atteintes d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : une maladie du cœur, le cancer, le diabète et la maladie de Crohn.[§] rapports de cotes entièrement corrigés pour tenir compte de caractéristiques socioéconomiques, dont marié ou en union de fait, grade universitaire ou plus au sein du ménage, situation professionnelle, déclin du revenu du ménage, propriété du logement, ethnicité et facteurs de risque relatifs aux comportements liés à la santé**Notes :** L'échantillon exclut les étudiants à temps plein ou à temps partiel, les femmes enceintes, les personnes vivant dans les territoires, les personnes ayant un indice de masse corporelle supérieur à 50 ou inférieur à 10 et les personnes pour lesquelles les renseignements sur le tabagisme, l'activité physique ou l'alimentation manquaient. Pour toutes les régressions, des poids de sous-ensemble de partage et de couplage et des poids bootstrap ont été appliqués pour tenir compte du plan de sondage complexe.**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et Base de données longitudinales sur l'immigration (données couplées), de 2007 à 2014, Statistique Canada.

Tableau 4

Rapports de cotes corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge et entièrement corrigés de la régression logistique sur quatre mesures de la santé par sexe, catégorie d'immigrants, immigrants récents par rapport aux personnes nées au Canada, personnes de 20 à 65 ans

Référence : Personnes nées au Canada	Problèmes de santé chroniques A [†]						Problèmes de santé chroniques B [‡]					
	Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %		Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		from	to
Hommes												
Catégorie d'immigrants												
Demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique	0,42***	0,30	0,59	0,44***	0,31	0,62	0,36**	0,19	0,71	0,4*	0,20	0,81
Conjoint ou personnes à charge de la catégorie d'immigration économique	0,49*	0,29	0,86	0,5*	0,28	0,90	0,49	0,15	1,57	0,51	0,15	1,75
Catégorie du regroupement familial	0,5**	0,30	0,82	0,44**	0,25	0,76	0,18***	0,07	0,47	0,15***	0,05	0,44
Réfugiés	0,51	0,21	1,24	0,38*	0,16	0,93	1,39	0,23	8,46	1,15	0,20	6,77
Autres immigrants	1,13	0,43	3,01	1,01	0,41	2,48	0,71	0,03	16,22	0,69	0,03	15,37
Femmes												
Catégorie d'immigrants												
Demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique	0,54**	0,37	0,79	0,54**	0,35	0,82	0,27**	0,11	0,65	0,27**	0,10	0,70
Conjoint ou personnes à charge de la catégorie d'immigration économique	0,46***	0,31	0,68	0,46***	0,31	0,70	0,50	0,19	1,30	0,45	0,17	1,22
Catégorie du regroupement familial	0,66*	0,46	0,95	0,67*	0,46	0,99	0,31*	0,10	0,92	0,28*	0,09	0,85
Réfugiés	0,31**	0,14	0,69	0,24***	0,11	0,53	1,45	0,42	5,02	1,09	0,30	3,92
Autres immigrants	0,91	0,39	2,14	0,86	0,36	2,07	1,82	0,29	11,31	1,71	0,28	10,55

Référence : Personnes nées au Canada	Embonpoint (IMC ≥ 25)						Santé autoévaluée comme mauvaise					
	Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %		Corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Entièrement corrigés [§]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		from	to
Hommes												
Catégorie d'immigrants												
Demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique	0,49***	0,37	0,66	0,64**	0,47	0,87	0,65	0,30	1,43	0,51	0,22	1,16
Conjoint ou personnes à charge de la catégorie d'immigration économique	0,42**	0,25	0,72	0,58	0,32	1,04	0,47	0,17	1,29	0,32*	0,12	0,91
Catégorie du regroupement familial	0,56**	0,37	0,85	0,56**	0,37	0,86	0,59	0,13	2,78	0,29	0,06	1,47
Réfugiés	0,65	0,35	1,21	0,68	0,34	1,33	1,45	0,51	4,14	0,48	0,15	1,57
Autres immigrants	0,79	0,30	2,12	0,83	0,30	2,27	0,27	0,07	1,12	0,18*	0,04	0,78
Femmes												
Catégorie d'immigrants												
Demandeurs principaux de la catégorie d'immigration économique	0,58*	0,37	0,90	0,63*	0,40	0,99	0,09***	0,03	0,27	0,06***	0,02	0,19
Conjoint ou personnes à charge de la catégorie d'immigration économique	0,71	0,50	1,02	0,76	0,51	1,12	0,68	0,22	2,07	0,36	0,12	1,14
Catégorie du regroupement familial	0,48***	0,32	0,71	0,46***	0,30	0,69	0,79	0,38	1,65	0,44*	0,20	0,98
Réfugiés	1,02	0,41	2,53	0,66	0,27	1,63	0,76	0,17	3,35	0,29	0,06	1,33
Autres immigrants	0,78	0,30	2,04	0,69	0,25	1,84	2,82	0,91	8,78	2,09	0,58	7,59

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,001$)

[†] La catégorie Problèmes de santé chroniques A comprend les personnes atteintes d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : l'asthme, le mal de dos, l'hypertension artérielle, la migraine, un ulcère et l'arthrite.

[‡] La catégorie Problèmes de santé chroniques B comprend les personnes atteintes d'au moins un des problèmes de santé chroniques suivants : une maladie du cœur, le cancer, le diabète et la maladie de Crohn.

[§] rapports de cotes entièrement corrigés pour tenir compte de caractéristiques socioéconomiques, dont marié ou en union de fait, grade universitaire ou plus au sein du ménage, situation professionnelle, décile du revenu du ménage, propriété du logement, ethnicité et facteurs de risque relatifs aux comportements liés à la santé

Notes : L'échantillon exclut les étudiants à temps plein ou à temps partiel, les femmes enceintes, les personnes vivant dans les territoires, les personnes ayant un indice de masse corporelle supérieur à 50 ou inférieur à 10 et les personnes pour lesquelles les renseignements sur le tabagisme, l'activité physique ou l'alimentation manquaient. Pour toutes les régressions, des poids de sous-ensemble de partage et de couplage et des poids bootstrap ont été appliqués pour tenir compte du plan de sondage complexe.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et Base de données longitudinales sur l'immigration (données couplées), de 2007 à 2014, Statistique Canada.

Trois points méritent d'être soulevés. Tout d'abord, les résultats de la présente étude ont confirmé l'hypothèse de l'EIBS chez les immigrants récents ainsi que chez l'ensemble des immigrants de 20 à 65 ans, en termes de présence de certains problèmes de santé chroniques et d'embonpoint. Ensuite, pour les immigrants régis par la LIPR, on a observé l'EIBS chez les immigrants de la catégorie du regroupement familial, sauf pour l'auto-évaluation de la santé. L'EIBS a été observé chez les réfugiés uniquement pour la catégorie Problèmes de santé chroniques A, particulièrement chez les femmes. L'observation peu concluante de l'EIBS chez les réfugiés pourrait être attribuée au fait que les réfugiés étaient par définition des migrants involontaires qui sont venus au Canada pour se protéger d'une guerre, d'une catastrophe naturelle ou de la persécution fondée sur la race, la religion, etc. Comme on s'y attendait, on a observé un grand avantage en matière de santé chez les demandeurs principaux de la catégorie de l'immigration économique. Enfin, la présente étude a apporté une correction au modèle multivarié pour tenir compte des facteurs socioéconomiques et des risques pour la santé. Globalement, les résultats corrigés pour tenir compte des risques pour la santé ont mené à la même conclusion que les résultats non corrigés (données non présentées). Une correction complète a modifié quelque peu les résultats corrigés en fonction de l'âge dans certains cas.

Sur le plan de l'auto-évaluation de la santé, l'EIBS a été observé chez les immigrants récents, mais pas dans toutes les catégories d'immigrants régies par la LIPR (en particulier les réfugiés). Cela reflète en partie le fait que l'auto-évaluation de la santé est un indicateur de santé multidimensionnel qui rend compte à la fois de l'état de santé physique et mentale. En outre, l'auto-évaluation de la santé est une mesure plus subjective que les problèmes de santé chroniques et l'embonpoint^{32,33}.

L'application de l'exemption définie dans la clause d'interdiction de territoire de la LIPR peut prendre du temps en raison de défis opérationnels. Par

exemple, étant donné la variation de la couverture et du prix des médicaments sous ordonnance d'une province à l'autre, il est difficile d'effectuer une vérification de l'admissibilité médicale en fonction du seuil prédéfini^{34,35}. Un raffinement continu de la politique visant à refléter les coûts actuels des services sociaux et de santé (p. ex. la correction à la hausse du seuil de fardeau excessif de 6 604 \$ à 19 812 \$ par an depuis avril 2018) pourrait avoir des répercussions sur la santé qui nécessiteraient une surveillance continue de la santé des immigrants³⁶. Il serait utile de mettre à jour la base de données couplée ESCC-BDIM dans le futur. Puisque les dossiers des hôpitaux ont déjà été couplés à l'ESCC, leur ajout au cadre de l'ESCC-BDIM fournirait une surveillance plus objective de l'utilisation des soins de santé³⁷.

Limites et forces

On a exclu du couplage le cycle 1.1 de l'ESCC, car on n'a obtenu aucune autorisation au moment de l'enquête pour coupler les données à des données non liées à la santé¹⁵. Par conséquent, on ne disposait d'aucune donnée de référence sur la santé ayant été recueillie avant la LIPR par catégorie d'immigrants. La taille modérée de l'échantillon des immigrants récents au sein de la cohorte étudiée a limité le nombre de covariables (régions géographiques, pays d'origine, etc.) pouvant être ajoutées aux modèles de régression. La limite posée par la taille de l'échantillon pourrait ne plus être une préoccupation si la base de données couplée ESCC-BDIM est mise à jour dans l'avenir.

Comme toutes les réponses autodéclarées à une enquête, les mesures de la santé autodéclarées sont subjectives et possiblement biaisées par des facteurs socioculturels, comme la stigmatisation, et par des erreurs de mesure non aléatoires, comme le biais de remémoration. Il peut être plus difficile pour les immigrants, particulièrement les immigrants récents, de comprendre les concepts que l'on vise à enregistrer en posant des questions liées à la santé puisqu'il

y a des obstacles linguistiques et des différences culturelles. Les obstacles susmentionnés peuvent également mener au sous-diagnostic des problèmes de santé chroniques si l'accès des répondants aux services de soins de santé est limité³⁸⁻⁴⁰.

La force de la présente étude est l'amélioration de la richesse des données relatives à la santé dans l'ESCC grâce à leur couplage avec celles de la BDIM. Cela permet de brosser un tableau plus complet de la santé par catégorie d'immigrants par rapport à la population née au Canada depuis l'application, en 2002, de l'exemption d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires prévue par la LIPR.

Conclusion

La présente étude jette un premier coup d'œil sur l'effet de l'immigrant en bonne santé après la modification du cadre réglementaire relatif à l'immigration (LIPR). L'étude, fondée sur un ensemble de données nouvellement couplées, a mesuré l'EIBS en fonction de certains problèmes de santé chroniques et de l'embonpoint, à la fois chez l'ensemble des immigrants et chez ceux arrivés récemment sous le régime de la LIPR. Les résultats varient selon la catégorie d'immigrants, l'EIBS étant plus prononcé chez les immigrants de la catégorie du regroupement familial et beaucoup plus faible chez les réfugiés, un groupe qui peut nécessiter une surveillance accrue en matière de santé.

Remerciements

Les auteurs aimeraient souligner la participation d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, qui a financé le couplage des données et apporté son expertise quant à la modification des politiques et des règlements sur les immigrants. Ils tiennent à remercier les personnes qui travaillent à Statistique Canada, dont Lawson Greenberg, Shirin Roshanafshar, Doug Manuel, Jungwee Park, Rochelle Garner et Eric Hortop, pour leurs commentaires et leurs conseils. Les auteurs remercient également les examinateurs anonymes de leurs suggestions utiles. ■

Références

1. Statistique Canada, *Immigration et diversité ethnoculturelle - Faits saillants en tableaux, Recensement 2016* (n° 98-402-X2016007 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2017.
2. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Avis – Renseignements supplémentaires – Plan des niveaux d'immigration pour 2018-2020*, Ottawa: Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2017.
3. Z. Vang, J. Sigouin, A. Flenon et A. Gagnon, « The Healthy Immigrant Effect in Canada: A Systematic Review », *Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail*, 3(1), 2015, article 4, disponible à l'adresse : <http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/4>.
4. T.J. McDonald et S. Kennedy, « Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science & Medicine*, 59(8), 2004, p. 1613-1627.
5. T.J. McDonald et S. Kennedy, « Is migration to Canada associated with unhealthy weight gain? Overweight and obesity among Canada's immigrants », *Social Science & Medicine*, 61, 2005, p. 2469-2481.
6. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron, *et al.*, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *En santé aujourd'hui, en santé demain ? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population* (n° 82-618-MWF2005002 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
7. E. Ng, K. Pottie et D. Spitzer, « Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 15-23.
8. Canada : *la Loi sur l'immigration, 1976-1977*, c.52 s.1, disponible à l'adresse : <http://www.refworld.org/docid/3ae6b5c60.html>, document consulté le 22 juin 2018.
9. Site Web de la législation (Justice), *Partie 1 Immigration au Canada, SECTION 4 Interdictions de territoire, Articles 36-38 dans la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (L.C. 2001, ch.27)*, disponible à l'adresse : <http://laws.justice.gc.ca/PDF/I-2.5.pdf>, Ottawa, Ministère de la Justice, document consulté le 21 juin 2018.
10. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification*, Ottawa, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2015.
11. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Fardeau excessif pour les services sociaux et de santé*, Ottawa, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation-publications-guides/bulletins-guides-operationnels/exigences-normalisees/exigences-medicales/inadmissibilite-equite-procudurale/fardeau-excessif-services-sociaux-services-sante.html>, document consulté le 10 décembre 2018.
12. R. Evra et E. Prokopenko, « Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM) Rapport technique, 2014 », *Études analytiques : méthodes et références*, n° 007 (n° 11-633-X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2017.
13. Statistique Canada, *Dictionnaire des données sur l'immigration de la base de données longitudinales sur l'immigration, 2014*, Ottawa, Statistique Canada, 2016.
14. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*, Ottawa, Statistique Canada, disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226, document consulté le 20 juin 2018.
15. Statistique Canada, *Guide d'utilisation du Couplage des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003-2014) à la Base de données longitudinales sur l'immigration (1980-2013)*, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
16. Statistique Canada, *Aperçu de l'Environnement de couplage de données sociales*, disponible à l'adresse : <https://www.statcan.gc.ca/fra/ecds/aperçu>, document consulté le 20 juin 2018.
17. P. Biernot, « External linkage between the Landing File (1980 to 2013) and the SDLE Derived Record Depository (version 3) », *Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report*, Statistique Canada, document interne de méthodologie, 2017.
18. P. Judd, *External linkage between the Canadian Community Health Survey (2001 to 2014) and the SDLE Derived Record Depository (version 5)*, Rapport interne, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
19. Statistique Canada, *Validation Report of the Linkage of CCHS-IMDB*, Rapport interne de Statistique Canada, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
20. D. Sopchokchai et D.C. Armstrong DC, « The end of healthy immigrant effect? An analysis of recent Canadian immigrant cohorts », chapitre de thèse non publié, Ottawa, Université d'Ottawa, 2016.
21. Organisation mondiale de la Santé, *Facing the Facts #1 Chronic disease and their common risk factors*, disponible à l'adresse : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf, document consulté le 17 mars 2018.
22. K.D. Raine, *Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2004, disponible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/CPHIOverweightandObesityAugust2004_f.pdf, document consulté le 17 mars 2018.
23. Statistique Canada, *Tableau 17-10-0005-01 (anciennement CANSIM 051-0001) – Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe*, document consulté le 14 mars 2018.
24. S. Thomas et B. Wannell, « Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé* 20(1), 2009, p. 59-65.
25. J. Zhao, L. Xue, et T. Gilkinson, « Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », dans *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*, publié sous la direction de T. McDonald, E. Ruddick, A. Sweetman et C. Worswick, Montréal et Kingston, Queen's Policy Studies Series, 2010.
26. B. Newbold, « The Short-Term Health of Canada's New Immigrant Arrivals: Evidence from the LSIC », *Ethnicity and Health*, 14(3), 2009, p. 315-36.
27. B.D. Gushulak, K. Pottie, J.H. Roberts, *et al.*, « Migration and health in Canada: health in the global village », *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 2011, p. E952-E958.
28. B. Newbold, « Chronic Conditions and the Healthy Immigrant Effect: Evidence from Canadian Immigrants », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(5), 2006, p. 765-784.
29. J. Cairney et T. Ostbye, « Time since immigration and excess body weight », *Revue canadienne de santé publique*, 90(2), 1999, p. 120-124.
30. E. Ng, C. Sanmartin, D. Elien-Massenat et D. Manuel, « Vaccine-preventable disease-related hospitalization among immigrants and refugees to Canada: use of two population-based Immigrant linked cohort studies », *Vaccine*, 34, 2016, p. 4433-4442.
31. S. Kennedy, M.P. Kidd, J.T. McDonald et N. Biddle, « The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries », *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 2015, p. 317-332.

32. B. Newbold, « Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect », *Social Science & Medicine*, 60, 2005, p. 1359-1370.
33. M. Baker, M. Stabile et C. Deri, « What do self-reported, objective, measures of health measure? », *The Journal of Human Resources*, 39(4), 2004, p. 1067-1093.
34. Association du Barreau Canadien, [Fardeau excessif pour les services sociaux et de santé en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés](#), Ottawa, Association du Barreau Canadien, Section du droit de l'immigration, mars 2017, disponible à l'adresse : <https://www.cba.org/CMSPages/GetFile.aspx?guid=f5979d4f-2595-491b-8ca8-f91984f10046>, document consulté le 27 juin 2018.
35. Association du Barreau Canadien, [L'interdiction de territoire des immigrants pour motifs sanitaires](#), Ottawa, Association du Barreau Canadien Section du droit de l'immigration, novembre 2017, disponible à l'adresse : <https://www.cba.org/CMSPages/GetFile.aspx?guid=02dd148f-7ed4-442c-be24-a90e31230ba7>, document consulté le 27 juin 2018.
36. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, [Le gouvernement du Canada met à jour sa politique sur l'interdiction de territoire pour motifs sanitaires afin qu'elle tienne compte de l'inclusion des personnes handicapées](#), Communiqué de presse, le 16 avril 2018, disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2018/04/le-gouvernement-du-canada-met-a-jour-sa-politique-sur-linterdiction-de-territoire-pour-motifs-sanitaires-afin-quelle-tienne-compte-de-linclusion-de.html>, document consulté le 10 décembre 2018.
37. Statistique Canada. *Summary Report of the Canadian Community Health Survey (CCHS) – Discharge Abstract Database (DAD) Record Linkage Study 2016*. Rapport interne non publié, disponible sur demande.
38. J. Currie et B.C. Madrian, « Health, health insurance and the labour market », chapitre 50 dans *Handbook of Labor Economics, Volume 3*, publié par O. Ashenfelter et D. Card, Elsevier Science B.V. 1999, p. 3309-3415.
39. C. Perez, « État de santé et comportements influent sur la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 13(Suppl), 2002, p. 99-111.
40. N.S. Shommu, S. Ahmed, N. Rumana, et al., « What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review? », *International Journal for Equity in Health*, 2016, p. 1-12.

Annexe 1

Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, PARTIE 1 : Immigration au Canada, SECTION 4 : Interdictions de territoire, article 38 (page 40)

Motifs sanitaires

38 (1) Emporte, sauf pour le résident permanent, interdiction de territoire pour motifs sanitaires l'état de santé de l'étranger constituant vraisemblablement un danger pour la santé ou la sécurité publiques ou risquant d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé.

Exception

- (2) L'état de santé qui risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé n'emporte toutefois pas interdiction de territoire pour l'étranger :
- a) dont il a été statué qu'il fait partie de la catégorie « regroupement familial » en tant qu'époux, conjoint de fait ou enfant d'un répondant dont il a été statué qu'il a la qualité réglementaire;
- b) qui a demandé un visa de résident permanent comme réfugié ou personne en situation semblable;
- c) qui est une personne protégée;
- d) qui est l'époux, le conjoint de fait, l'enfant ou un autre membre de la famille – visé par règlement – de l'étranger visé aux alinéas a) à c).