

## Rapports sur la santé

# Variations provinciales des issues de la grossesse selon le pays de naissance de la mère, 2000 à 2016

par Janelle Boram Lee, Aynslie Hinds et Marcelo L. Urquia

Date de diffusion : le 24 juin 2020



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](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca](mailto: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](http://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 2020

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.*

---

# Variations provinciales des issues de la grossesse selon le pays de naissance de la mère, 2000 à 2016

par Janelle Boram Lee, Aynslie Hinds et Marcelo L. Urquia

## Résumé

**Contexte :** Au Canada, la croissance démographique est principalement attribuable à la migration internationale. Historiquement, la recherche sur les issues des grossesses des immigrantes a été, en grande partie, fondée sur des données canadiennes provinciales, ce qui donne lieu à certaines préoccupations, à savoir si les résultats obtenus dans une province peuvent être étendus aux autres provinces ou si les résultats des provinces sont représentatifs de l'ensemble du Canada. Les tendances et les variations des issues des grossesses au fil du temps et d'une province à l'autre sont décrites en fonction des 20 principaux lieux de naissance des mères.

**Données et méthodes :** La Base de données sur les naissances (2000 à 2016) de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada a été utilisée pour extraire 5 831 580 enregistrements de naissances vivantes à des fins d'analyse. Les taux de NPM, c.-à-d. les naissances survenues au cours de la période allant de 22 à 36 semaines de grossesse) et le poids moyen à la naissance (39 à 40 semaines de grossesse) ont été comparés d'une province à l'autre entre les mères immigrantes, selon les 20 principaux lieux de naissance des mères, et les mères nées au Canada.

**Résultats :** Dans l'ensemble, la proportion de naissances issues de mères immigrantes a augmenté, passant de 23,7 % en 2000 à 30,7 % en 2016, mais cette augmentation a été inégale d'une province à l'autre. Les hausses observées ont été légères en Colombie-Britannique et en Ontario, mais deux fois plus importantes en Alberta, au Manitoba et au Québec, et quatre fois plus importantes en Saskatchewan. Comparativement aux taux de NPM observés chez les mères nées au Canada, les taux de NPM étaient plus faibles au sein de divers groupes d'immigrantes asiatiques, africaines et occidentales, mais plus élevés chez les immigrantes originaires du Bangladesh, des Philippines et des Caraïbes. Des poids à la naissance plus faibles ont été constatés pour la plupart des pays d'origine, à l'exception des États-Unis. À quelques exceptions près, ces différences étaient constantes d'une province à l'autre.

**Interprétation :** Des variations importantes dans la proportion d'enfants nés de mères immigrantes ont été observées entre les provinces. Cependant, les disparités observées dans les issues des grossesses selon le lieu de naissance des mères n'ont pas beaucoup varié d'une province à l'autre, ce qui donne à penser que les données provinciales sur les naissances pourraient être appliquées à d'autres populations.

**Mots clés :** Canada, immigrantes, naissance prématurée, nées à l'étranger, périnatal, poids à la naissance

**DOI :** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000400002-fra>

Au Canada, des renseignements sur les issues des grossesses sont recueillis de manière systématique aux échelons provincial et national par l'intermédiaire des enregistrements de naissance<sup>1</sup> et des dossiers d'hospitalisation<sup>2</sup>. Ces données sont utiles pour comprendre la santé périnatale à l'échelle de la population<sup>3</sup> et ses variations selon des caractéristiques sociodémographiques importantes, telles que le statut d'immigrant. Au Canada, la croissance démographique est principalement attribuable à l'immigration; en effet, on estime que les immigrants et les personnes de deuxième génération représenteront conjointement une personne sur deux au Canada d'ici 2036<sup>4</sup>. Les études sur les différences entre les issues périnatales des groupes d'immigrantes et des groupes de non-immigrantes ont produit des résultats contradictoires en raison principalement de l'hétérogénéité des populations étudiées, des sources de données et des approches analytiques<sup>5</sup>. La santé périnatale des enfants nés au Canada de mères immigrantes a surtout été étudiée à l'aide de bases de données démographiques provinciales couplées<sup>6-8</sup> et, plus récemment, à l'aide de données nationales<sup>9,10</sup>. Étant donné le niveau géographique auquel les résultats sont présentés, on s'interroge quant à la possibilité de généraliser les résultats d'une province à une autre, d'une province à l'échelon national et de l'échelon

national à l'échelon provincial. Au sein d'un même groupe d'immigrantes, des différences dans les issues des grossesses peuvent exister d'une province canadienne à l'autre en raison de facteurs liés à la sélection (p. ex. les programmes d'immigration provinciaux et la langue), d'expériences post-migratoires différentes ou d'une combinaison des deux. Il existe peu de renseignements sur la constance des associations entre le lieu de naissance de la mère et l'issue des grossesses d'une province à l'autre.

La Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada a été mise à profit afin de faire progresser les connaissances sur les variations observées dans les issues des grossesses d'une province à l'autre. Cet ensemble de données démographiques aussi vaste que détaillé a permis de comparer les différences observées, au sein d'une province donnée, entre chacun des 20 principaux groupes d'immigrantes et le groupe des mères nées au Canada, sans que des intervalles de temps et des plans d'échantillonnage différents ou des définitions changeantes ne viennent influencer sur les résultats. La présente étude avait pour objectifs de déceler les tendances provinciales récentes en ce qui concerne la proportion d'enfants nés de mères immigrantes et de déterminer si les différences dans

**Auteurs :** Janelle Boram Lee, Aynslie Hinds et Marcelo L. Urquia ([Marcelo\\_Urquia@cpe.umanitoba.ca](mailto:Marcelo_Urquia@cpe.umanitoba.ca)) sont affiliés au Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba de Winnipeg, au Manitoba. Janelle Boram Lee et Marcelo L. Urquia sont également affiliés au Community Health Sciences Department de l'Université du Manitoba; Aynslie Hinds est également affiliée à l'Institute of Urban Studies de l'Université de Winnipeg.

les issues des grossesses selon le lieu de naissance de la mère immigrante varient d'une province à l'autre.

### *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- Les études sur les différences observées dans les issues périnatales entre les groupes d'immigrantes et de non-immigrantes produisent des résultats contradictoires en raison de l'hétérogénéité des populations étudiées et des approches méthodologiques utilisées.
- On sait peu de choses sur la comparabilité des issues des grossesses des immigrantes d'une province canadienne à l'autre.

### *Ce qu'apporte l'étude*

- Un même ensemble de données nationales a été utilisé pour comparer les tendances et les différences observées, entre les provinces au fil du temps, dans les issues des grossesses selon le lieu de naissance de la mère, ce qui a permis de surmonter les problèmes associés à l'hétérogénéité des sources de données et des approches méthodologiques.
- En 2016, la proportion des naissances issues de mères immigrantes a franchi la barre des 30 % pour la première fois au Canada, mais l'augmentation a été inégale d'une province à l'autre.
- Les différences observées dans les taux de naissances prématurées entre les groupes d'immigrantes et de non-immigrantes étaient peu importantes, et certaines variations ont été observées d'une province à l'autre. Toutefois, les différences observées dans le poids à la naissance étaient grandes; elles allaient toutes à peu près dans le même sens et étaient à peu près du même ordre de grandeur d'une province à l'autre pour la plupart des groupes d'immigrantes.
- Certains écarts observés par rapport au schéma national peuvent découler de dynamiques d'immigration différentes dans certaines provinces.

## **Méthodes**

### **Source des données et définition de la cohorte**

Gérée par Statistique Canada, la Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil comprend les dossiers des enregistrements de naissance fournis par les registraires de l'état civil des provinces et des territoires. La population étudiée comprenait toutes les naissances simples vivantes survenues pendant la période s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2016. Les naissances multiples, les naissances dont le type n'était pas précisé et les mortinaissances ont été exclues. Ont également été exclues les naissances pour lesquelles le sexe de l'enfant n'était pas connu, la mère était âgée de 50 ans ou plus, l'âge gestationnel était inférieur à 22 semaines ou supérieur à 45 semaines, l'enfant pesait moins de 500 grammes ou plus de 6 000 grammes, et pour lesquelles il était impossible de déterminer le lieu de naissance de la mère. En raison de leur faible nombre, les naissances vivantes survenues dans les territoires (c.-à-d. au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut) et les enfants nés aux États-Unis de mères d'origine canadienne ont, de même, été exclus.

### **Définitions des variables**

Les issues périnatales comprenaient la naissance prématurée (NPM), c'est-à-dire les naissances survenues au cours de la période allant de 22 à 36 semaines complètes de grossesse, et les enfants ayant un poids moyen à la naissance nés à terme (39 à 40 semaines de grossesse). Le poids à la naissance et l'âge gestationnel sont les deux variables relatives aux nouveau-nés les plus étudiées dans le cadre de la recherche démographique sur les issues périnatales. La NPM est une issue dichotomique défavorable et un indicateur important en matière de surveillance périnatale au Canada<sup>3</sup>, car elle est associée à la mortalité infantile, à un état maladif et à des problèmes de santé chroniques à un âge plus avancé<sup>11,12</sup>. Des variations dans les taux de NPM selon une fine désagrégation du lieu de naissance des mères immigrantes ont été enregis-

trées en Ontario<sup>13,14</sup>, mais on ignore si ces résultats peuvent être étendus aux autres provinces. Contrairement aux NPM, les différences individuelles dans le poids à la naissance des enfants nés à terme ne sont pas nécessairement associées à une issue défavorable. Le poids moyen à la naissance est toutefois sensible aux facteurs environnementaux qui influent sur la croissance fœtale normale parmi les groupes démographiques<sup>15</sup>. Le poids à la naissance présente l'avantage de pouvoir être mesuré avec une grande précision et une grande fiabilité dans la plupart des contextes et constitue, par conséquent, une issue périnatale appropriée pour étudier les variations parmi des sous-groupes de population bien définis d'une région géographique à une autre. Bien que les naissances à terme désignent généralement des naissances survenues au cours de la période de grossesse allant de 37 à 41 semaines, les analyses ont été restreintes aux naissances survenues de la fin de la 39<sup>e</sup> semaine à la fin de la 40<sup>e</sup> semaine de grossesse afin d'atténuer davantage l'influence d'une éventuelle classification erronée de l'âge gestationnel et des processus pathologiques susceptibles de se manifester dans les cas de naissance avant terme (37 à 38 semaines) et de naissance après terme (41 semaines)<sup>16-18</sup>.

La Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil contient des renseignements sur le pays de naissance de la mère si cette dernière est née à l'extérieur du Canada ou sur la province de naissance de la mère si cette dernière est née au Canada; elle ne contient cependant aucun renseignement sur la race ou l'appartenance ethnique. Le lieu de naissance est donc envisagé, dans le cadre de la présente étude, comme une caractéristique contextuelle qui fournit des indications sur les premières années de vie et les expositions environnementales dans le pays d'origine et qui permet, dans de nombreux cas, de déterminer si la mère parle le français ou l'anglais comme langue seconde. La classification des régions du monde établie par les Nations Unies<sup>19</sup> a, au besoin, été adaptée afin de faciliter le regroupement des naissances selon le pays ou la région d'origine de la

mère. Les pays de naissance des mères affichant plus de 10 cas de NPM dans chacune des provinces ont été considérés comme formant un groupe en soi (p. ex. la Chine, l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, les Philippines, le Vietnam, les États-Unis et le Royaume-Uni). Les pays affichant moins de 10 cas par province ont été amalgamés à d'autres pays de manière à former des régions géographiquement homogènes satisfaisant au critère mentionné précédemment. Enfin, les pays qui ne pouvaient être associés à une région ont été classés dans la catégorie « reste du monde ». Voir l'annexe A pour la classification complète des pays.

### Analyse statistique

La proportion de naissances issues de mères immigrantes a été calculée par province et par année civile, puis reportée dans un graphique. Les taux de NPM et le poids moyen à la naissance ont été établis pour chacun des lieux de naissance des mères et pour chacune des provinces. Des rapports de risque ont ensuite été calculés pour les NPM à l'aide de modèles binomiaux logarithmiques, et des différences moyennes ont été établies pour le poids à la naissance à l'aide de modèles linéaires. Des équations d'estimation généralisées assorties d'une structure de corrélation échangeable ont permis de tenir compte de la dépendance des observations au sein des provinces dans le modèle canadien global. Les mères nées au Canada ont servi de groupe de référence pour les mesures d'association, lesquelles ont été légèrement rajustées en fonction de l'année de naissance de l'enfant, du sexe de l'enfant et du groupe d'âge de la mère (11 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans et 40 à 49 ans). Dans le cadre des analyses de sensibilité, les naissances survenues en Ontario ont été réparties dans trois catégories correspondant à trois périodes au cours desquelles des frais devaient ou non être acquittés pour enregistrer une naissance. Au sein des populations vulnérables, comme les mères monoparentales, ces frais ont entraîné un sous-enregistrement des naissances vivantes et une potentielle

sous-estimation des taux de NPM<sup>3,20</sup>. Ces trois périodes sont définies comme suit : des frais ont été imposés dans toutes les municipalités (2000 à 2006); les frais ont été éliminés progressivement (2007 à 2009); les frais ont été entièrement éliminés (2010 à 2016). Les chiffres ont été arrondis au multiple de cinq le plus près. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord) au centre de données de recherche de l'Université du Manitoba à Winnipeg, au Manitoba, Canada.

### Résultats

Au cours de la période de 17 ans s'étendant de 2000 à 2016, 6 158 520 naissances vivantes ont été enregistrées au Canada. Dans l'ensemble de ces naissances, 326 940 (5,3 %) enregistrements de naissance ont été exclus parce qu'ils remplissaient un ou plusieurs des critères d'exclusion suivants : enfant mort-né ou état de l'enfant inconnu (n = 14 525); naissance multiple ou données manquantes sur la naissance multiple (n = 193 530); mère âgée de plus de 49 ans (n = 2 620); sexe de l'enfant inconnu (n = 165); âge gestationnel inférieur à 22 semaines ou supérieur à 45 semaines (n = 3 465); âge gestationnel inconnu (n = 8 755); poids de l'enfant à la naissance inférieur à 500 grammes ou supérieur à 6 000 grammes (n = 6 955); poids à la naissance inconnu (n = 4 980); lieu de naissance de la mère inconnu (n = 87 275); enfant né aux États-Unis (n = 330); enfant né au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut (n = 26 195, dont 6,8 % sont nés de mères immigrantes). La cohorte définitive comprenait donc 5 831 580 naissances vivantes.

La cohorte étudiée comptait 4 268 745 naissances vivantes (73,2 %) issues de mères nées au Canada et 1 562 835 (26,8 %) naissances vivantes issues de mères immigrantes (tableau 1). L'Ontario affichait la plus forte proportion d'enfants nés de mères immigrantes (36,0 %), suivi de la Colombie-Britannique (33,9 %). Le Canada atlantique était la seule région

où la proportion d'enfants nés de mères immigrantes était inférieure à 10 %.

Dans l'ensemble, la proportion de naissances vivantes issues de mères immigrantes a augmenté de façon constante au cours de la période étudiée, passant de 23,7 % en 2000 à 30,6 % en 2016 (figure 1). Au cours de cette période, les provinces comptant une plus grande proportion d'immigrants ont enregistré une hausse moins élevée de la proportion de naissances vivantes, qui est passée de 34,1 % à 37,0 % en Ontario et de 33,8 % à 36,6 % en Colombie-Britannique. En Alberta, au Manitoba, au Québec et au Canada atlantique, la proportion a doublé de 2000 à 2016 (passant de 18,9 % à 34,6 % en Alberta, de 13,3 % à 26,4 % au Manitoba, de 12,5 % à 22,3 % au Québec et de 4,6 % à 8,5 % dans le Canada atlantique). En Saskatchewan, cette proportion a presque quadruplé, passant de 5,4 % en 2000 à 19,9 % en 2016.

Le tableau 2 présente les associations observées entre le lieu de naissance de la mère et la naissance prématurée (NPM). Lorsqu'on a comparé à l'échelon national les issues des grossesses des mères immigrantes des 20 groupes d'immigrantes avec les issues des grossesses des mères nées au Canada, on a constaté que les taux de NPM étaient plus faibles dans 10 groupes (c.-à-d. la Chine, le reste de l'Asie de l'Est, le reste de l'Asie du Sud, l'Asie de l'Ouest et l'Asie centrale, l'Afrique du Nord, l'Amérique centrale, les États-Unis, l'Europe de l'Est, le Royaume-Uni et le reste de l'Europe de l'Ouest) et plus élevés dans 7 groupes (l'Inde, le Bangladesh, les Philippines, le Vietnam, le reste de l'Asie du Sud-Est, les Caraïbes et le reste du monde). Aussi, les taux de NPM ne différaient pas de manière significative dans les 3 groupes restants (le Pakistan, l'Afrique subsaharienne et l'Amérique du Sud).

Les différences observées à l'échelle nationale ont également été constatées d'une province à l'autre, mais n'étaient pas toujours statistiquement significatives étant donné la faible ampleur de leur effet et la petite taille des populations étudiées dans certaines provinces. Un certain nombre d'écarts par rapport



## Variations provinciales des issues de la grossesse selon le pays de naissance de la mère, 2000 à 2016 • Article de recherche

Tableau 1

Nombre et pourcentage de naissances simples selon le pays de naissance de la mère et la province de naissance de l'enfant, Canada, 2000 à 2016

Lieu de naissance de la mère	Province de naissance de l'enfant							
	Canada		Colombie-Britannique		Alberta		Saskatchewan	
	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%
<b>Canada</b>	4 268 745	73,2	462 355	66,1	579 025	74,5	202 935	90,0
<b>Extérieur du Canada, global</b>	1 562 835	26,8	236 780	33,9	198 660	25,5	22 630	10,0
Chine	141 720	2,4	37 620	5,4	12 815	1,6	1 775	0,8
Reste de l'Asie de l'Est	64 115	1,1	25 945	3,7	7 480	1,0	560	0,2
Inde	169 385	2,9	44 525	6,4	21 950	2,8	1 835	0,8
Pakistan	69 955	1,2	3 520	0,5	9 230	1,2	1 670	0,7
Bangladesh	16 020	0,3	705	0,1	1 260	0,2	455	0,2
Reste de l'Asie du Sud	85 035	1,5	7 445	1,1	5 345	0,7	430	0,2
Philippines	117 955	2,0	22 920	3,3	25 280	3,3	4 210	1,9
Vietnam	47 425	0,8	8 900	1,3	7 850	1,0	600	0,3
Reste de l'Asie du Sud-Est	24 045	0,4	5 295	0,8	3 735	0,5	435	0,2
Asie de l'Ouest et centrale	97 680	1,7	5 910	0,8	11 705	1,5	1 060	0,5
Afrique du Nord	78 450	1,3	1 835	0,3	7 260	0,9	680	0,3
Afrique subsaharienne	115 125	2,0	7 445	1,1	21 150	2,7	2 055	0,9
Caraïbes	80 995	1,4	1 480	0,2	2 815	0,4	215	0,1
Amérique centrale	63 685	1,1	6 550	0,9	11 880	1,5	770	0,3
Amérique du Sud	69 880	1,2	4 750	0,7	7 520	1,0	560	0,2
États-Unis	61 710	1,1	11 850	1,7	9 895	1,3	1 790	0,8
Europe de l'Est	95 355	1,6	10 715	1,5	10 130	1,3	1 330	0,6
Royaume-Uni	46 745	0,8	10 510	1,5	7 530	1,0	710	0,3
Reste de l'Europe de l'Ouest	102 255	1,8	11 940	1,7	10 700	1,4	1 265	0,6
Reste du monde <sup>†</sup>	15 300	0,3	6 925	1,0	3 130	0,4	225	0,1

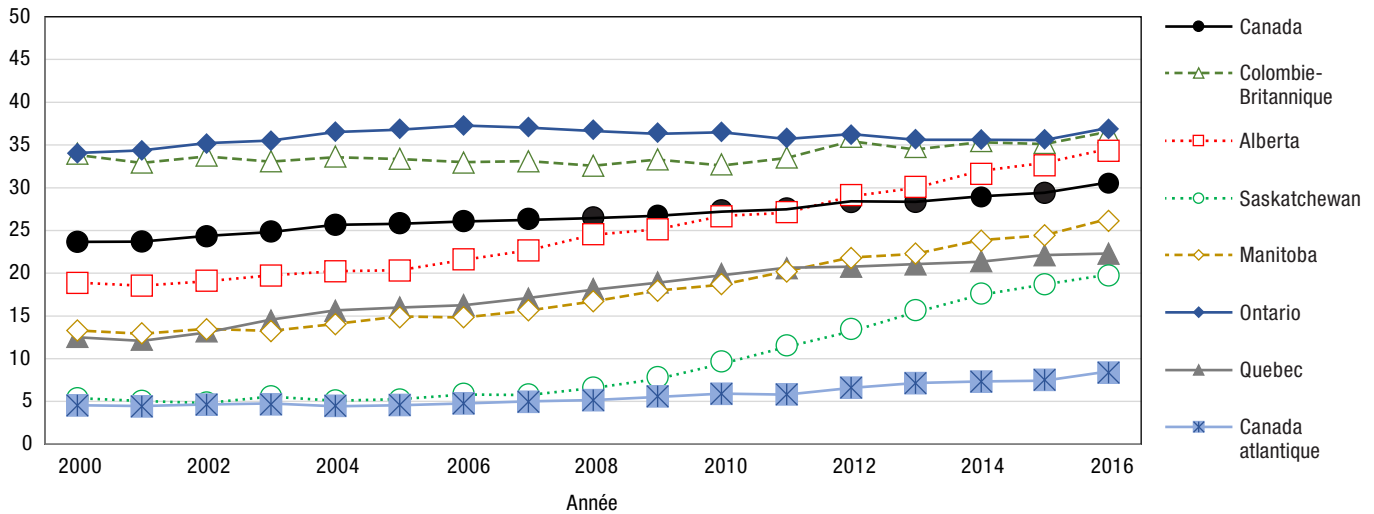
Lieu de naissance de la mère	Province de naissance de l'enfant							
	Manitoba		Ontario		Québec		Canada atlantique	
	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%	Naissances vivantes	%
<b>Canada</b>	211 510	81,8	1 436 855	64,0	1 037 375	82,0	338 690	94,3
<b>Extérieur du Canada, global</b>	47 090	18,2	808 850	36,0	228 475	18,0	20 350	5,7
Chine	2 255	0,9	74 380	3,3	11 325	0,9	1 550	0,4
Reste de l'Asie de l'Est	815	0,3	26 365	1,2	2 395	0,2	560	0,2
Inde	4 465	1,7	91 695	4,1	4 180	0,3	735	0,2
Pakistan	825	0,3	50 070	2,2	4 270	0,3	370	0,1
Bangladesh	215	0,1	10 265	0,5	2 930	0,2	190	0,1
Reste de l'Asie du Sud	815	0,3	62 935	2,8	7 605	0,6	460	0,1
Philippines	9 435	3,6	49 300	2,2	5 755	0,5	1 055	0,3
Vietnam	1 085	0,4	24 195	1,1	4 575	0,4	220	0,1
Reste de l'Asie du Sud-Est	765	0,3	10 570	0,5	3 005	0,2	245	0,1
Asie de l'Ouest et centrale	2 555	1,0	55 765	2,5	18 095	1,4	2 585	0,7
Afrique du Nord	1 050	0,4	15 940	0,7	50 810	4,0	880	0,2
Afrique subsaharienne	4 220	1,6	57 960	2,6	20 940	1,7	1 355	0,4
Caraïbes	605	0,2	49 985	2,2	25 505	2,0	395	0,1
Amérique centrale	4 705	1,8	30 030	1,3	9 180	0,7	570	0,2
Amérique du Sud	2 745	1,1	41 155	1,8	12 600	1,0	545	0,2
États-Unis	2 460	1,0	25 615	1,1	6 340	0,5	3 760	1,0
Europe de l'Est	3 590	1,4	53 620	2,4	15 140	1,2	835	0,2
Royaume-Uni	1 230	0,5	23 735	1,1	1 625	0,1	1 405	0,4
Reste de l'Europe de l'Ouest	3 080	1,2	51 680	2,3	21 305	1,7	2 280	0,6
Reste du monde <sup>†</sup>	180	0,1	3 595	0,2	890	0,1	360	0,1

<sup>†</sup> Le reste du monde comprend les pays et les régions affichant moins de 10 cas de naissances prématurées, ainsi que les pays n'entrant dans aucun des groupes susmentionnés.

Source : Statistique Canada, Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil, 2000 à 2016.

**Figure 1**  
**Proportion de naissances vivantes simples issues de mères immigrantes selon la province, Canada, 2000 à 2016**

pourcentage



Source : Statistique Canada, Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil, 2000 à 2016.

au schéma général méritent d'être soulignés. Premièrement, le taux de NPM observé chez les mères originaires de l'Amérique centrale était légèrement inférieur au taux global observé chez les mères nées au Canada, en raison des résultats obtenus au Manitoba (risque relatif rajusté [RRR] : 0,71; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,62, 0,81) et en Ontario (RRR : 0,88; IC à 95 % : 0,84, 0,93), mais il était supérieur à celui enregistré au Québec (RRR : 1,13; IC à 95 % : 1,04, 1,23). Deuxièmement, les taux de NPM observés chez les mères nées en Inde et au Pakistan ne différaient pas de celui observé chez les mères nées au Canada dans la plupart des provinces, à l'exception de l'Alberta et du Québec, où ils étaient plus élevés. Le taux de NPM observé chez les mères originaires de l'Amérique du Sud était plus élevé en Ontario seulement (RRR : 1,15; IC à 95 % : 1,11, 1,20).

Les analyses de sensibilité limitées à l'Ontario ont révélé une faible variabilité des taux globaux de NPM entre les trois périodes établies au regard de la présence ou de l'absence de frais pour l'enregistrement des naissances : 5,9 %, de 2000 à 2006 (frais imposés dans toutes les municipalités), 6,2 %, de 2007 à 2009 (frais

imposés dans certaines municipalités) et 6,0 %, de 2010 à 2016 (absence de frais). En Ontario, les différences observées dans les taux de NPM selon le lieu de naissance de la mère sont demeurées pratiquement les mêmes dans le cadre des analyses de sensibilité, si l'on exclut les années de naissance comprises dans la période allant de 2000 à 2006 (données non présentées).

Les résultats en ce qui concerne le poids moyen à la naissance allaient davantage dans le même sens d'une région géographique à l'autre (tableau 3). Dans l'ensemble, les poids moyens à la naissance chez les enfants nés de mères de tous les groupes d'immigrantes étaient inférieurs à ceux observés chez les enfants nés de mères d'origine canadienne (ceux-ci variant de -294 à -25 grammes), excepté dans le cas des enfants nés de mères immigrantes originaires des États-Unis, dont le poids moyen à la naissance était plus faible en Ontario seulement (différences moyennes rajustées [DMR] : -13; IC à 95 % : -20, -6). Cette association a été observée à l'échelon national chez 13 des 19 groupes d'immigrantes dont les enfants affichaient un poids moyen à la naissance plus faible (c.-à-d. chez les immigrantes originaires des régions suivantes : la Chine, le reste

de l'Asie de l'Est, l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, le reste de l'Asie du Sud, les Philippines, le Vietnam, le reste de l'Asie du Sud-Est, l'Asie de l'Ouest et centrale, l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes et l'Amérique du Sud) dans chacune des provinces ainsi qu'au Canada atlantique. Les enfants nés de mères originaires de l'Afrique du Nord et du Royaume-Uni affichaient des poids moyens à la naissance plus faibles dans six provinces, et les enfants nés de mères originaires de l'Amérique centrale, de l'Europe de l'Est, du reste de l'Europe de l'Ouest et du reste du monde affichaient des poids moyens à la naissance plus faibles dans cinq provinces. Malgré la constance générale des résultats, certains écarts ont été observés par rapport au schéma général. Au Québec, les enfants nés de mères originaires de l'Afrique du Nord et de l'Europe de l'Est affichaient des poids à la naissance supérieurs à ceux des enfants nés de mères d'origine canadienne (DMR : 28; IC à 95 % : 23, 32 et 11; IC à 95 % : 3, 20, respectivement). Les poids à la naissance des enfants nés de mères originaires de l'Amérique centrale étaient plus élevés uniquement au Canada atlantique (DMR : 58; IC à 95 % : 10, 106).

## Variations provinciales des issues de la grossesse selon le pays de naissance de la mère, 2000 à 2016 • Article de recherche

Tableau 2

Associations entre le lieu de naissance de la mère et la naissance prématurée selon la province de naissance de l'enfant, 2000 à 2016 (N = 5 831 580)

Lieu de naissance de la mère	Province de naissance de l'enfant											
	Canada			Colombie-Britannique			Alberta			Saskatchewan		
	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %
Canada <sup>†</sup>	6,16	6,13	6,18	5,90	5,83	5,97	6,81	6,75	6,88	5,99	5,89	6,09
	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %
Chine	0,73*	0,71	0,75	0,80*	0,76	0,84	0,78*	0,72	0,84	0,69*	0,55	0,87
Reste de l'Asie de l'Est	0,80*	0,77	0,83	0,79*	0,75	0,84	0,83*	0,75	0,92	0,90	0,63	1,29
Inde	1,03*	1,01	1,05	1,00	0,95	1,04	1,14*	1,09	1,20	0,91	0,74	1,11
Pakistan	1,02	0,99	1,05	0,88	0,75	1,02	1,13*	1,05	1,22	1,12	0,93	1,35
Bangladesh	1,32*	1,25	1,40	1,82*	1,42	2,32	1,67*	1,40	2,00	1,09	0,76	1,58
Reste de l'Asie du Sud	0,96*	0,93	0,99	0,89*	0,81	0,99	0,89	0,80	1,00	1,23	0,86	1,76
Philippines	1,45*	1,42	1,48	1,40*	1,33	1,47	1,51*	1,45	1,57	1,41*	1,26	1,57
Vietnam	1,06*	1,02	1,10	1,11*	1,02	1,21	1,14*	1,05	1,24	0,83	0,58	1,19
Reste de l'Asie du Sud-Est	1,15*	1,09	1,21	1,06	0,94	1,18	1,30*	1,16	1,46	1,45*	1,04	2,02
Asie de l'Ouest et centrale	0,79*	0,77	0,81	0,81*	0,72	0,91	0,84*	0,77	0,90	0,92	0,70	1,19
Afrique du Nord	0,69*	0,67	0,72	0,79*	0,63	0,98	0,82*	0,74	0,91	0,83	0,59	1,16
Afrique subsaharienne	0,98	0,95	1,00	0,93	0,84	1,03	0,95	0,90	1,01	0,87	0,72	1,05
Caraïbes	1,39*	1,35	1,42	1,12	0,91	1,37	1,42*	1,25	1,61	0,98	0,56	1,71
Amérique centrale	0,93*	0,90	0,96	1,01	0,91	1,12	0,93	0,87	1,00	1,13	0,85	1,49
Amérique du Sud	1,03	1,00	1,06	0,87*	0,77	0,99	0,94	0,85	1,03	0,81	0,56	1,18
États-Unis	0,82*	0,80	0,85	0,80*	0,74	0,87	0,79*	0,73	0,87	0,78*	0,63	0,97
Europe de l'Est	0,81*	0,79	0,84	0,72*	0,66	0,79	0,85*	0,78	0,93	0,88	0,70	1,12
Royaume-Uni	0,91*	0,88	0,95	0,88*	0,81	0,96	0,93	0,84	1,02	0,63*	0,44	0,92
Reste de l'Europe de l'Ouest	0,78*	0,75	0,80	0,77*	0,71	0,84	0,83*	0,77	0,90	0,76*	0,58	0,98
Reste du monde <sup>‡</sup>	1,18*	1,11	1,25	1,31*	1,19	1,43	1,18*	1,03	1,34	0,94	0,54	1,65

Lieu de naissance de la mère	Manitoba			Ontario			Québec			Canada atlantique		
	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	% de NPM	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %
		RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	RRR	LIIC à 95 %
Canada <sup>†</sup>	6,99	6,88	7,10	6,01	5,97	6,04	5,96	5,91	6,00	6,22	6,14	6,30
Chine	0,64*	0,53	0,78	0,71*	0,68	0,73	0,72*	0,66	0,79	0,88	0,71	1,09
Reste de l'Asie de l'Est	0,71*	0,52	0,96	0,83*	0,78	0,87	0,88	0,74	1,06	0,63*	0,42	0,96
Inde	1,00	0,89	1,12	1,03	1,00	1,06	1,24*	1,11	1,40	1,14	0,86	1,51
Pakistan	0,94	0,72	1,23	1,00	0,96	1,04	1,21*	1,08	1,36	0,77	0,48	1,23
Bangladesh	0,96	0,57	1,63	1,25*	1,16	1,35	1,47*	1,29	1,68	1,10	0,63	1,94
Reste de l'Asie du Sud	0,80	0,60	1,07	0,99	0,96	1,03	1,07	0,97	1,17	0,64	0,40	1,01
Philippines	1,32*	1,23	1,42	1,42*	1,37	1,47	1,36*	1,23	1,49	1,40*	1,13	1,74
Vietnam	1,00	0,79	1,25	1,01	0,96	1,06	1,10	0,98	1,24	1,51	0,95	2,39
Reste de l'Asie du Sud-Est	0,94	0,71	1,24	1,12*	1,04	1,21	1,23*	1,07	1,42	1,24	0,78	1,98
Asie de l'Ouest et centrale	0,57*	0,47	0,69	0,80*	0,77	0,84	0,76*	0,71	0,82	0,87	0,73	1,03
Afrique du Nord	0,70*	0,53	0,92	0,71*	0,66	0,77	0,70*	0,67	0,73	0,76	0,56	1,03
Afrique subsaharienne	0,94	0,83	1,06	0,99	0,95	1,02	1,00	0,95	1,07	1,05	0,85	1,31
Caraïbes	1,26	0,95	1,66	1,42*	1,37	1,46	1,48*	1,41	1,55	1,04	0,70	1,55
Amérique centrale	0,71*	0,62	0,81	0,88*	0,84	0,93	1,13*	1,04	1,23	0,70	0,47	1,04
Amérique du Sud	0,69*	0,58	0,82	1,15*	1,11	1,20	0,92*	0,85	0,99	0,98	0,69	1,39
États-Unis	0,74*	0,62	0,88	0,86*	0,81	0,91	0,84*	0,75	0,94	0,83*	0,72	0,96
Europe de l'Est	0,67*	0,58	0,78	0,83*	0,80	0,87	0,87*	0,80	0,93	0,95	0,71	1,26
Royaume-Uni	0,59*	0,45	0,78	0,97	0,92	1,03	0,69*	0,54	0,88	0,81	0,64	1,02
Reste de l'Europe de l'Ouest	0,74*	0,64	0,87	0,81*	0,78	0,85	0,70*	0,66	0,75	0,89	0,74	1,06
Reste du monde <sup>‡</sup>	0,50	0,24	1,07	1,03	0,90	1,18	0,96	0,72	1,28	1,66*	1,18	2,35

\* valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence (p &lt; 0,05)

† Le RRR est établi d'après la catégorie de référence des mères nées au Canada.

‡ Le reste du monde comprend les pays et les régions affichant moins de 10 cas de naissances prématurées, ainsi que les pays n'entrant dans aucun des regroupements susmentionnés.

NPM = naissance prématurée

RRR = risque relatif rajusté

LIIC = limite inférieure de l'intervalle de confiance

LSIC = limite supérieure de l'intervalle de confiance

Notes : Valeurs rajustées en fonction de l'année de naissance de l'enfant, du sexe de l'enfant et de l'âge de la mère (11 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans et 40 à 49 ans).

Source : Statistique Canada, Base de données sur les naissances de la statistique de l'état civil, 2000 à 2016.



Tableau 3

Associations entre le lieu de naissance de la mère et le poids à la naissance des enfants nés à terme (39 à 40 semaines) selon la province de naissance de l'enfant, 2000 à 2016 (N = 3 234 165)

Lieu de naissance de la mère	Infant's province of birth											
	Canada			Colombie-Britannique			Alberta			Saskatchewan		
	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %
Canada <sup>1</sup>	3 509	3 509	3 510	3 527	3 526	3 528	3 488	3 487	3 489	3 549	3 547	3 552
		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à
	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %
Chine	-133*	-136	-130	-161*	-167	-156	-146*	-155	-136	-148*	-175	-121
Reste de l'Asie de l'Est	-209*	-214	-205	-235*	-242	-228	-212*	-225	-199	-190*	-239	-141
Inde	-206*	-209	-203	-184*	-190	-179	-214*	-222	-206	-268*	-296	-240
Pakistan	-203*	-207	-198	-187*	-206	-168	-216*	-228	-204	-271*	-300	-242
Bangladesh	-294*	-303	-284	-308*	-352	-263	-316*	-350	-282	-372*	-428	-316
Reste de l'Asie du Sud	-136*	-140	-132	-127*	-140	-114	-141*	-157	-126	-135*	-191	-79
Philippines	-202*	-206	-199	-212*	-220	-204	-203*	-210	-195	-249*	-269	-230
Vietnam	-225*	-230	-219	-248*	-260	-237	-245*	-258	-232	-323*	-369	-277
Reste de l'Asie du Sud-Est	-178*	-185	-170	-179*	-194	-163	-197*	-216	-178	-152*	-208	-97
Asie de l'Ouest et centrale	-98*	-102	-94	-129*	-143	-114	-103*	-113	-92	-160*	-196	-124
Afrique du Nord	-47*	-51	-43	-83*	-109	-56	-130*	-143	-117	-125*	-169	-81
Afrique subsaharienne	-92*	-96	-89	-109*	-122	-96	-88*	-96	-80	-132*	-159	-106
Caraïbes	-127*	-132	-123	-96*	-126	-67	-122*	-144	-100	-163*	-241	-85
Amérique centrale	-35*	-40	-31	-92*	-106	-78	-25*	-36	-14	-136*	-179	-94
Amérique du Sud	-97*	-102	-93	-79*	-95	-63	-45*	-58	-32	-110*	-158	-61
États-Unis	4	0	9	5	-6	15	9	-3	20	3	-24	30
Europe de l'Est	-26*	-30	-22	-40*	-51	-29	-48*	-59	-37	-48*	-79	-17
Royaume-Uni	-25*	-31	-20	-35*	-46	-24	-17*	-30	-4	-62*	-107	-17
Reste de l'Europe de l'Ouest	-25*	-29	-22	-21*	-31	-11	0	-11	10	-44*	-77	-11
Reste du monde <sup>2</sup>	-87*	-97	-78	-145*	-159	-131	-93*	-114	-72	-39	-120	42

Lieu de naissance de la mère	Manitoba			Ontario			Québec			Canada atlantique		
	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %	PN moyen	LIIC à 95 %	LSIC à 95 %
		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à
Canada <sup>1</sup>	3 553	3 551	3 556	3 506	3 505	3 507	3 490	3 489	3 491	3 557	3 555	3 559
		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à		LIIC à	LSIC à
	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %	DMR	95 %	95 %
Chine	-182*	-207	-157	-147*	-151	-143	-55*	-65	-45	-151*	-180	-123
Reste de l'Asie de l'Est	-201*	-242	-161	-224*	-230	-217	-157*	-179	-136	-201*	-249	-153
Inde	-256*	-274	-237	-236*	-240	-232	-181*	-198	-164	-241*	-283	-198
Pakistan	-269*	-311	-227	-214*	-219	-208	-123*	-139	-106	-233*	-293	-173
Bangladesh	-366*	-455	-278	-306*	-318	-294	-228*	-248	-208	-314*	-402	-225
Reste de l'Asie du Sud	-205*	-247	-164	-154*	-159	-150	-67*	-79	-54	-221*	-273	-169
Philippines	-255*	-268	-242	-211*	-216	-205	-147*	-162	-133	-192*	-229	-155
Vietnam	-268*	-304	-232	-228*	-236	-221	-165*	-181	-149	-219*	-295	-144
Reste de l'Asie du Sud-Est	-220*	-264	-176	-189*	-201	-178	-156*	-176	-135	-140*	-213	-68
Asie de l'Ouest et centrale	-32*	-55	-9	-112*	-116	-107	-37*	-45	-29	-198*	-220	-175
Afrique du Nord	-132*	-170	-95	-107*	-116	-98	28*	23	32	-83*	-121	-45
Afrique subsaharienne	-117*	-136	-99	-108*	-113	-103	-33*	-41	-25	-67*	-100	-35
Caraïbes	-154*	-203	-105	-149*	-154	-143	-65*	-72	-58	-99*	-160	-39
Amérique centrale	-1	-18	16	-37*	-44	-30	-36*	-48	-25	58*	10	106
Amérique du Sud	-59*	-82	-36	-139*	-144	-133	-15*	-25	-6	-134*	-183	-85
États-Unis	8	-15	32	-13*	-20	-6	-1	-14	13	-14	-32	5
Europe de l'Est	9	-10	29	-37*	-42	-32	11*	3	20	-66*	-106	-27
Royaume-Uni	-44*	-78	-9	-43*	-50	-35	-29*	-56	-3	-14	-45	17
Reste de l'Europe de l'Ouest	-38*	-59	-16	-26*	-31	-21	-38*	-45	-30	-22	-46	3
Reste du monde <sup>2</sup>	-118*	-212	-23	-40*	-59	-21	-61*	-97	-25	-29	-92	33

\* valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence (p &lt; 0,05)

<sup>1</sup> La DMR est établie d'après la catégorie de référence des mères nées au Canada.<sup>2</sup> Le reste du monde comprend les pays et les régions affichant moins de 10 cas de naissances prématurées, ainsi que les pays n'entrant dans aucun des regroupements susmentionnés.

PN = poids à la naissance

DMR = différence moyenne rajustée (exprimée en gammes; rajustée en fonction de l'année de naissance et du sexe de l'enfant)

LIIC = limite inférieure de l'intervalle de confiance

LSIC = limite supérieure de l'intervalle de confiance

**Notes :** Valeurs rajustées en fonction de l'année de naissance de l'enfant, du sexe de l'enfant et de l'âge de la mère (11 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans et 40 à 49 ans).**Source :** Statistique Canada, Base de données sur les naissances de la statistique de l'état civil, 2000 à 2016.

## Discussion

Selon un ensemble de données démographiques nationales normalisées, la proportion d'enfants nés de mères immigrantes a augmenté ces dernières années, cette proportion ayant franchi la barre des 30 % pour la première fois en 2016. Les hausses observées sont toutefois inégales d'une province à l'autre. La plus forte augmentation a eu lieu dans les provinces des Prairies et, plus particulièrement, en Saskatchewan. En revanche, des provinces affichant des taux d'immigration historiquement élevés comme l'Ontario et la Colombie-Britannique n'ont enregistré que de légères hausses de la proportion de naissances vivantes issues de mères immigrantes, ce qui témoigne probablement d'un certain effet de plafonnement. Les résultats donnent également à penser que les différences observées dans les issues des grossesses entre les groupes d'immigrantes et le groupe des mères nées au Canada d'une province à l'autre sont propres à l'issue examinée. Comparativement aux taux de NPM observés chez les mères nées au Canada, les taux de NPM chez les mères immigrantes étaient, dans l'ensemble des provinces, beaucoup plus élevés seulement chez les mères originaires des Philippines; ils étaient plus faibles chez les mères originaires des États-Unis et de la Chine; les autres pays d'origine affichaient, quant à eux, des résultats mitigés. En revanche, pour ce qui est du poids à la naissance, les mères de la plupart des groupes d'immigrantes ont systématiquement donné naissance à des enfants d'un poids inférieur à celui des enfants dont les mères étaient nées au Canada dans l'ensemble des provinces, ce qui donne à penser que les données sur le poids à la naissance associées au lieu de naissance de la mère pourraient dans une large mesure être généralisées à d'autres populations dans l'ensemble du Canada.

Des régions associées à des niveaux d'immigration historiquement faibles, comme les Prairies, ont enregistré, au cours des dernières années, une hausse spectaculaire des naissances issues de mères immigrantes et comptent

aujourd'hui une population plus diversifiée. En 2000, moins de 20 % des naissances étaient issues de mères immigrantes dans 5 des 7 régions géographiques, alors qu'en 2016, seul le Canada atlantique se situait encore sous la barre des 20 %. Les tendances à la hausse en ce qui concerne l'immigration touchent l'ensemble de la population. Le nombre d'immigrants légaux est passé de 5,4 millions en 2001 (18 % de la population canadienne) à 7,5 millions en 2016 (21,9 % de la population canadienne)<sup>21,22</sup>. Ces tendances démographiques ne sont pas sans conséquence du point de vue de la prestation de services, tels que les soins de santé périnataux, les soins à l'enfant et l'éducation de la petite enfance. En effet, ces services pourraient devoir répondre aux besoins d'un nombre sans précédent d'enfants dont les parents sont nés à l'extérieur du Canada et qui, pour bon nombre, pourraient ne pas avoir été exposés au français ou à l'anglais à la maison. Ce phénomène risque d'être plus prononcé dans les provinces qui n'ont pas l'habitude de composer avec une forte immigration.

Les associations observées en ce qui concerne la NPM allaient à peu près dans le même sens que celles décelées par Park, Urquia et Ray d'après des données ontariennes, en particulier dans le cas des immigrantes originaires des Philippines, du Bangladesh et de certains pays des Caraïbes<sup>14</sup>. Un certain nombre de facteurs peuvent toutefois expliquer la constance relativement faible des taux de NPM d'une province à l'autre. Premièrement, les facteurs influant sur les taux de NPM ou la déclaration de l'âge gestationnel peuvent ne pas avoir été présents de façon uniforme dans l'ensemble des provinces. À titre d'exemple, le sous-enregistrement des naissances vivantes en Ontario pendant les années 2000 a touché de manière disproportionnée les naissances issues de mères monoparentales et les naissances s'étant soldées par le décès de nouveau-nés, lesquelles sont associées à des taux élevés de NPM<sup>3,20</sup>. On ignore cependant dans quelle mesure ce phénomène a pu toucher les différents groupes d'immigrantes. Deuxièmement, les taux de NPM ne varient pas beau-

coup d'un groupe démographique à l'autre, les rapports de risque demeurant généralement en deçà de deux<sup>9,14</sup>. Dans le cadre de la présente étude, le taux de NPM observé chez les enfants nés de mères d'origine canadienne se situait à mi-chemin sur le continuum des risques selon le lieu de naissance de la mère, ce qui a donné lieu à des différences allant de faibles à modérées dans un sens comme dans l'autre. Certaines estimations des effets peuvent ne pas atteindre le seuil de signification statistique dans les provinces où un moins grand nombre d'enfants sont nés de mères immigrantes. Troisièmement, les différences provinciales peuvent en partie découler des caractéristiques associées à la population née au Canada, aux groupes d'immigrantes ou les deux. À titre d'exemple, la proportion de résidents autochtones varie d'une province à l'autre, et la plus forte proportion d'Autochtones, après celle des territoires, se trouve au Manitoba<sup>23</sup>. Étant donné que les naissances prématurées sont plus fréquentes chez les mères autochtones que chez les mères non autochtones<sup>24</sup>, cette situation peut avoir une incidence sur le taux de NPM de base chez les mères d'origine canadienne vivant au Manitoba. Le Manitoba affiche le taux de NPM le plus élevé de toutes les provinces canadiennes (7,0 %) et, par conséquent, les taux de NPM observés au sein des groupes d'immigrantes sont plus faibles en comparaison. Des facteurs d'attraction et de répulsion, comme la langue, la présence de communautés ethniques bien établies, les vagues de réfugiés, le marché du travail et les politiques provinciales sur l'immigration (p. ex. le Programme des candidats des provinces), peuvent également influencer les tendances différentes en matière d'établissement au sein de certains groupes d'immigrants, qui peuvent être attirés par certaines provinces<sup>9,25,26</sup>. À titre d'exemple, le risque de NPM chez les mères originaires de l'Amérique centrale peut être plus élevé au Québec et plus faible au Manitoba et en Ontario parce que davantage d'immigrantes vraisemblablement en moins bonne santé ont choisi de s'établir au Québec ou y ont été admises à titre de réfugiées dans

une proportion plus importante (1,9 % des immigrantes admises au Manitoba, 18,1 % des immigrantes admises en Ontario et 32,3 % de celles admises au Québec, de 2011 à 2016)<sup>27</sup>. De même, comparativement aux mères nées au Canada, lesquelles affichaient des taux de NPM de base similaire en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec (~6 %), les mères sud-américaines présentaient un risque plus élevé de NPM en Ontario, mais un risque moins élevé en Colombie-Britannique et au Québec. Les résultats de l'Ontario sont demeurés les mêmes après que les années possiblement touchées par un sous-enregistrement des naissances eurent été exclues. Divers facteurs peuvent expliquer ces tendances contrastées, notamment une composition différente de pays d'origine appartenant à une même région dans chacune des provinces. Les immigrantes originaires de la Guyane, qui affichaient un risque accru de NPM<sup>14</sup>, représentaient 38 % des naissances issues de mères sud-américaines en Ontario, mais seulement 2 % de ces naissances au Québec et 4 % en Colombie-Britannique. Certaines différences observées entre les provinces peuvent également être en partie attribuables à des effets de cohorte<sup>28</sup>. À titre d'exemple, 54 % de toutes les Sud-Américaines ayant immigré en Ontario au cours de la période allant de 1980 à 2016 sont arrivées avant 2001, alors que cette proportion est de 30 % au Québec et de 38 % en Colombie-Britannique<sup>27</sup>. Cela signifie que bon nombre des Sud-Américaines ayant immigré en Ontario appartiennent à une cohorte plus ancienne et vivent au Canada depuis plus longtemps que leurs homologues des autres provinces. Puisque le temps passé au Canada depuis l'immigration a été associé à un accroissement des NPM chez les immigrantes d'Amérique latine en Ontario<sup>9</sup>, des effets de cohorte sont possibles.

En revanche, les résultats en ce qui concerne le poids à la naissance étaient beaucoup plus constants d'une région géographique à l'autre et étaient insensibles aux sources potentielles de variabilité susmentionnées. Le fait de restreindre l'analyse du poids moyen à la naissance à une durée de grossesse favo-

nable (39 à 40 semaines) a probablement contribué à atténuer la confusion liée à l'âge gestationnel. Les exceptions par rapport au schéma général sont probablement le reflet de dynamiques particulières touchant des sous-groupes d'immigrantes spécifiques. À titre d'exemple, 65 % de toutes les naissances issues de mères originaires de l'Afrique du Nord sont survenues au Québec, la seule province où les enfants nés de mères nord-africaines affichaient des poids à la naissance supérieurs à ceux des enfants dont les mères étaient nées au Canada. Il est possible que cette exception soit liée à un phénomène d'autosélection, les immigrantes en meilleure santé choisissant de s'établir au Québec en raison de leur affinité linguistique avec la langue française et de la présence de communautés ethniques bien établies. Les mères nord-africaines francophones qui s'établissent dans des provinces de langue anglaise peuvent ne pas bénéficier du même soutien social et être touchées par d'autres déterminants du poids à la naissance. De même, les immigrantes originaires des Caraïbes qui s'établissent au Québec sont majoritairement haïtiennes<sup>29</sup>, et celles qui s'établissent en Ontario sont majoritairement jamaïcaines<sup>13</sup>. Même si tous les enfants nés de mères caribéennes affichaient un poids à la naissance inférieur à celui des enfants nés de mères originaires du Canada, l'écart était nettement moins marqué au Québec. Un examen systématique a révélé que les poids à la naissance des enfants nés de mères ayant immigré au Canada étaient supérieurs à ceux des enfants nés de mères n'ayant pas immigré au pays et ayant donné naissance dans leur pays d'origine<sup>30</sup>. Cela donne à penser que des facteurs liés à la sélection ainsi que des différences dans les soins de santé reçus et les conditions de vie peuvent avoir contribué aux poids à la naissance plus élevés qui sont associés au fait d'avoir immigré au Canada. Malgré ce phénomène, les données ont permis de constater systématiquement des poids à la naissance plus faibles chez la majorité des groupes d'immigrantes.

La présente étude comporte des avantages uniques. L'utilisation d'un même ensemble de données nationales pour comparer les tendances et les différences

observées, entre les provinces au fil du temps, dans les issues des grossesses selon le lieu de naissance de la mère a permis de surmonter les problèmes associés à l'hétérogénéité des sources de données et des approches méthodologiques, y compris la variabilité des définitions, des groupes de référence et des périodes étudiées. La grande taille de l'échantillon a également permis d'examiner les 20 principaux groupes d'immigrantes à l'échelle du Canada et dans chacune des provinces.

La présente étude comporte également plusieurs limites. Les enregistrements de naissance n'indiquent pas si l'enfant est autochtone. Les groupes de référence composés des mères nées au Canada pouvaient comprendre des proportions variables de mères autochtones, ce qui peut avoir contribué à faire augmenter les taux de NPM des mères nées au Canada dans certaines provinces, influant de ce fait sur la comparabilité des différences, d'une province à l'autre. L'exclusion des territoires peut avoir quelque peu atténué l'incidence des peuples autochtones sur les résultats, puisque ce sont les territoires qui hébergent les plus fortes proportions d'Autochtones au Canada. Toutefois, étant donné le faible nombre de naissances dans les territoires, cette incidence aurait été faible. Les enregistrements de naissance ne comprennent, par ailleurs, aucun renseignement sur le statut de réfugié et l'année d'immigration des mères au Canada, ce qui peut expliquer certaines différences dans l'exposition des mères à l'environnement social canadien et certains effets de cohorte<sup>31</sup>. Les taux de NPM, au même titre que d'autres indicateurs de la santé périnatale, sont connus pour augmenter en fonction du temps passé au Canada depuis la migration<sup>32</sup>, en particulier chez les immigrantes vivant dans des quartiers défavorisés<sup>31</sup>. Les données contenaient des renseignements sur le lieu de naissance du père, mais ces renseignements n'ont pas été utilisés en raison de leur caractère incomplet. Étant donné qu'aucun renseignement sur la race ou l'appartenance ethnique des parents n'est disponible, les résultats concernent uniquement les naissances issues de mères immigrantes de première génération. La

Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil ne contient pas de renseignements sur les méthodes utilisées pour déterminer l'âge gestationnel et n'indique pas si ces méthodes diffèrent d'une province à l'autre. Le sous-enregistrement des naissances vivantes en Ontario peut avoir contribué aux taux de NPM moins élevés que prévu pour ce qui est de la période antérieure à 2007. Toutefois, si l'on exclut cette période, le sous-enregistrement n'a pas eu d'incidence notable sur les associations entre le lieu de naissance de la mère et les taux de NPM en Ontario.

### Conclusions

Pour la première fois dans l'histoire moderne du Canada, en 2016, plus de 30 % de toutes les naissances au pays étaient issues de mères immigrantes. La proportion des naissances issues

de mères immigrantes était supérieure à 20 % dans la majorité des provinces. Des différences dans les issues des grossesses entre les différents groupes d'immigrantes et le groupe des mères nées au Canada ont été observées de façon systématique dans l'ensemble des provinces pour le poids moyen à la naissance, mais de façon moins systématique pour la naissance prématurée. Le poids à la naissance et l'âge gestationnel sont les deux variables périnatales les plus étudiées parmi les données tirées des enregistrements de naissance. Les conclusions de la présente étude peuvent servir dans le cadre d'études à venir à guider l'interprétation des résultats et les affirmations quant à la généralisation possible des issues des grossesses des mères immigrantes à différents niveaux de géographie au Canada.

### Remerciements

Marcelo L. Urquia est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé appliquée des populations aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le présent projet de recherche a été financé grâce aux fonds du Réseau canadien des centres de données de recherche, lesquels proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines, des IRSC, de la Fondation canadienne pour l'innovation et de Statistique Canada. Bien que l'étude et l'analyse soient fondées sur des données de Statistique Canada, les opinions présentées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Statistique Canada.

## Références

1. Statistique Canada, *Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances* [Internet], 2018 [document cité le 20 avril 2019], disponible à l'adresse : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3231>.
2. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)* [Internet [document cité le 23 avril 2019], disponible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients>.
3. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada* [Internet], Ottawa, Ontario, 2008 [document cité le 11 juillet 2018], disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf>.
4. Statistique Canada, *Immigration et diversité : projections de la population du Canada et de ses régions, 2011 à 2036* [Internet], Ottawa, Ontario, 2017 [document cité le 20 août 2019], disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-551-x/91-551-x2017001-fra.pdf>.
5. A.J. Gagnon, M. Zimbeck et J. Zeitlin, « Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review », *Social Science and Medicine*, 69(6), 2009, p. 934-946.
6. N. Auger, A. Costopoulos, A.I. Naimi *et al.*, « Comparison of stillbirth rates by cause among Haitians and non-Haitians in Canada », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134(3), 2016, p. 315-319.
7. M.L. Urquia, S. Wanigaratne, J.G. Ray et K.S. Joseph, « Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace: a population-based register study », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(11), 2017, p. 978-987.
8. R.R. Woods, K.M. McGrail, E.V. Kliever *et al.*, « Breast screening participation and retention among immigrants and nonimmigrants in British Columbia: a population-based study », *Cancer Medicine*, 7(8), 2018, p. 4044-4067.
9. M.L. Urquia, Z.M. Vang et F. Bolumar, « Birth outcomes of Latin Americans in two countries with contrasting immigration admission policies: Canada and Spain », *PLoS One*, 10(8), 2015, p. 1-12.
10. Z.M. Vang, « Infant mortality among the Canadian-born offspring of immigrants and non-immigrants in Canada: a population-based study », *Population Health Metrics*, 14(1), 2016.
11. R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams et R. Romero, « Epidemiology and causes of preterm birth », *Lancet*, 371(9606), 2008, p. 75-84.
12. S. Saigal et L.W. Doyle, « An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood », *Lancet*, 371(9608), 2008, p. 261-269.
13. J.G. Ray, S. Wanigaratne, A.L. Park *et al.*, « Preterm preeclampsia in relation to country of birth », *Journal of Perinatology*, 36(9), 2016, p. 718-722.
14. A.L. Park, M.L. Urquia et J.G. Ray, « Risk of preterm birth according to maternal and paternal country of birth: a population-based study », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(12), 2015, p. 1053-1062.
15. A.J. Wilcox, « On the importance-and the unimportance-of birthweight », *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 2001, p. 1233-1241.
16. M.L. Urquia, R. Moinuddin et J.W. Frank, « A mixture model to correct misclassification of gestational age », *Annals of Epidemiology*, 22(3), 2012, p. 151-159.
17. K. Lindström, B. Winblad, B. Haglund et A. Hjern, « Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study », *Pediatrics*, 120(1), 2007, p. 70-77.
18. N.-H. Morken, R. Skjærven, J.L. Richards *et al.*, « Adverse infant outcomes associated with discordant gestational age estimates », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(6), 2016, p. 541-549.



19. Organisation des Nations Unies, *Standard country or area codes for statistical use (M49)* [Internet], [document cité le 20 juin 2018], disponible à l'adresse : <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>.
20. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO), *Timeline of changes in live birth registration in Ontario* [Internet], 2012 [document cité le 16 août 2019], disponible à l'adresse : [http://core.apheo.ca/resources/indicators/RHWG\\_Timeline\\_of\\_Changes\\_in\\_Birth\\_Registration.pdf](http://core.apheo.ca/resources/indicators/RHWG_Timeline_of_Changes_in_Birth_Registration.pdf).
21. Statistique Canada, *Immigration and ethnocultural diversity: key results from the 2016 census*. Ottawa, Canada, 2017 [document cité le 16 août 2019], disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.pdf>.
22. Gouvernement du Canada, *Les immigrants récents des régions métropolitaines : Canada – un profil comparatif d'après le recensement de 2001*, 2005 [document cité le 16 août 2019], disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/recherche/immigrants-recents-regions-metropolitaines-canada-profil-comparatif-apres-recensement-2001/partiea.html>.
23. Statistique Canada, *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits* [Internet], Ottawa, Canada, 2011 [document cité le 21 août 2019], disponible à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.pdf>.
24. A.J. Sheppard, G.D. Shapiro, T. Bushnik *et al.*, « Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis », *Rapports sur la santé*, 28(11), 2017, p. 12-18.
25. D. Verbeeten, « The past and future of immigration to Canada », *Journal of International Migration and Integration*, 8(1), 2007, p. 1-10.
26. S.P. Juárez, H. Honkaniemi, A.C. Dunlavy *et al.*, « Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis », *Lancet Global Health*, 7, 2016, p. e420- e435.
27. Statistique Canada, *Recensement de la population de 2016*, 2019 (no 98-400-X2016202 au catalogue) [document cité le 16 août 2019].
28. S. Yang, M. Dahhou, T. Bushnik *et al.*, « Perinatal health among foreign versus native-born mothers in Canada: variations across outcomes and cohorts », *Journal of Public Health* (Oxford Academy), fdz006, 31 janvier 2019, p. 1-8.
29. N. Auger, M. Chery et M. Daniel, « Rising disparities in severe adverse birth outcomes among Haitians in Québec, Canada, 1981-2006 », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 2012, p. 198-208.
30. T. Boshari, M.L. Urquia et M. Sgro *et al.*, « Differences in birthweight curves between newborns of immigrant mothers vs. infants born in their corresponding native countries: systematic overview », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(2), 2013, p. 118-130.
31. M.L. Urquia, J.W. Frank, R. Moineddin et R.H. Glazier, « Does time since immigration modify neighborhood deprivation gradients in preterm birth? a multilevel analysis », *Journal of Urban Health*, 88(5), 2011, p. 959-976.
32. M.L. Urquia, P.J.O. Campo, M.I. Heaman, « Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity », *Social Science and Medicine*, 74(10), 2012, p. 1610-1621.