



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

 Ce contenu a été archivé le 24 juin 2013.

Information archivée dans le Web

Information archivée dans le Web à des fins de consultation, de recherche ou de tenue de documents. Cette dernière n'a aucunement été modifiée ni mise à jour depuis sa date de mise en archive. Les pages archivées dans le Web ne sont pas assujetties aux normes qui s'appliquent aux sites Web du gouvernement du Canada. Conformément à la [Politique de communication du gouvernement du Canada](#), vous pouvez demander de recevoir cette information dans tout autre format de rechange à la page « [Contactez-nous](#) ».



La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé

Puisque les gens se déplacent et « migrent » depuis l'aube des temps, on s'intéresse depuis longtemps déjà aux liens entre la migration et la santé. Cela dit, les nouvelles tendances migratoires, ainsi que le volume de la migration et ses enjeux démographiques ont créé de nouveaux défis et engendré de nouvelles possibilités. Le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* examine en quoi les recherches dans ce domaine ont élargi leur portée. Autrefois, elles visaient surtout à prévenir la propagation des maladies. De nos jours, elles mettent aussi l'accent sur la santé des nouveaux arrivants qui viennent s'établir dans leur nouveau milieu. Ce numéro vise les objectifs suivants :

- analyser les modèles migratoires, explorer les facteurs et les effets de l'immigration, et examiner l'évolution des politiques et des pratiques canadiennes axées sur la santé des migrants;
- présenter le fruit des recherches sur l'effet « immigrant en santé » et sur les modèles de santé des immigrants au fil du temps, et faire le point sur les nouvelles études sur les déterminants sociaux de la santé pour mieux comprendre les disparités sur le plan de la santé parmi les groupes de migrants;
- brosser des tableaux sommaires d'études portant sur la santé mentale et les maladies chroniques chez les immigrants, et sur les déterminants de la santé particuliers aux migrants temporaires que sont certains travailleurs agricoles;
- mettre l'accent sur deux études, soit l'une qui s'intéresse aux modèles de recours aux services de santé chez les immigrants au Canada, et l'autre qui explore les effets du capital social sur leur santé;
- décrire l'épidémiologie du VIH et de la tuberculose chez les immigrants issus de pays où ces maladies infectieuses ont pris des proportions endémiques;
- examiner l'évolution des systèmes de surveillance et de cueillette de données, et déterminer les types de données et d'études qui s'avéreront nécessaires au fil des années à venir.

En dernier lieu, ce numéro souligne l'importance de la collaboration intersectorielle à tous les niveaux et fait valoir la résolution de 2008 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui incite les états membres à améliorer la santé des groupes de migrants en adoptant des approches globales axées sur les déterminants sociaux de la santé.



Dans ce numéro

Sous un nouvel angle	3
Modèles et tendances migratoires	7
Lois et politiques canadiennes sur l'immigration au fil des siècles	12
Effet « immigrant en santé »	17
Tendances des maladies chroniques	22
Santé mentale et bien-être	24
Déterminants sociaux de la santé des migrants.....	26
Travailleurs agricoles migrants.....	30
VIH/sida et tuberculose.....	33
Recours aux services de santé.....	37
État de santé et capital social	41
Santé des immigrants au 21 ^e siècle.....	45
Utilisation des données relatives à la santé au Canada....	47
Qui fait quoi?	50

Bien que la définition de certains de ces termes ne soit pas universellement convenue, les descriptions suivantes s'avéreront utiles aux lecteurs et lectrices du Bulletin.

En général

Migrants—Internationaux : Il s'agit de non-ressortissants qui franchissent des frontières internationales pour une gamme de motifs, y compris pour s'établir, pour travailler, pour obtenir une protection, pour étudier ou pour effectuer une visite. Les immigrants, les réfugiés et les résidents temporaires sont tous des migrants internationaux.

Immigrants : Il s'agit de non-ressortissants qui se rendent dans un pays en vue de s'y établir¹.

Réfuégiés : Il s'agit de personnes qui ont peur de retourner dans leur pays d'origine (par crainte de persécution, de cruauté, de mauvais traitements ou de punition) et qui demandent l'asile à un autre pays².

Au Canada

Résidents permanents : Il s'agit de personnes qui ont obtenu le statut de résident permanent au Canada et qui jouissent de tous les droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*, sauf le droit de vote³. Aux fins de Citoyenneté et Immigration Canada, les résidents permanents ont été regroupés en trois catégories :

- **Immigration—catégorie économique** : Il s'agit de résidents permanents choisis en raison de leurs compétences et de leur aptitude à contribuer à l'économie canadienne à titre de travailleurs spécialisés, d'entrepreneurs, de candidats d'une province ou d'un territoire ou d'aides-familiaux. Ceci comprend les demandeurs principaux et, s'il y a lieu, les conjointes ou conjoints et les personnes à charge qui les accompagnent³.
- **Immigration—catégorie de regroupement familial** : Il s'agit de résidents permanents parrainés par des citoyens canadiens ou de résidents permanents vivant au Canada qui ont 18 ans ou plus, y compris les conjoints et conjointes, les partenaires, les parents, les grands-parents et certains autres membres de la parenté. Par contre, les personnes qui sont simplement fiancées sont exclues³.
- **Immigration—catégorie de réfugiés (voir la définition ci-dessus)** : Il s'agit de réfugiés que le gouvernement a choisi d'aider, de réfugiés parrainés par le secteur privé, de réfugiés admis au Canada et de leurs personnes à charge³.

Résidents temporaires : Il s'agit de personnes qui visitent le Canada, d'étudiants étrangers et de travailleurs étrangers temporaires qui se rendent au Canada. Les résidents temporaires ont le droit d'entrer et de demeurer au Canada sur une base temporaire. Ils doivent quitter le Canada à la fin de la période autorisée, mais peuvent avoir la permission de revenir au Canada dans certaines circonstances³.

Pour obtenir d'autres précisions à ce sujet, y compris d'autres termes et définitions, consultez le site Web de Citoyenneté et Immigration Canada à : <http://www.cic.gc.ca/francais/index.asp>



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Profil du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*

Publié deux fois par année par la Direction générale de la recherche appliquée et de l'analyse, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada vise à enrichir la base de données probantes pertinentes dans l'optique de favoriser les prises de décisions axées sur les politiques de santé.

Secrétariat du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* :

Rédactrice en chef : Nancy Hamilton

Rédactrice en chef associée : Linda Senzilet

Rédactrice adjointe : Shamali Gupta

Rédacteur adjoint : Stéphane L. Paré

Distribution et promotion : Raymonde Léveillé

Le **Comité directeur du Bulletin** constitué de représentants de Santé Canada (SC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a pour fonction d'examiner les thématiques de recherche sur les politiques abordées dans chaque numéro et de revoir les textes. Ce comité réunit : Neeru Shrestha, Ph.D., et Sabit Cakmak, Ph.D., Direction générale de la santé des milieux et de la sécurité des consommateurs, SC; David Wilkinson, Direction générale de la politique stratégique, SC; Janice Lobo-Dale et Joanna Jennings, Direction générale des produits de santé et des aliments, SC; Martha Vaughan, Direction générale des régions et des programmes, SC; Solange van Kemenade, Ph.D., Politiques stratégiques et affaires internationales, ASPC; Greg Butler et Bernard Choi, Ph.D., Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, ASPC.

Nous tenons à remercier de façon toute particulière Solange van Kemenade, Politique stratégique et affaires internationales, Beth Jackson, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, et Linda Williams, Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, toutes trois de l'Agence de la santé publique du Canada, pour leur appui éclairé à titre de rédactrices invitées du présent numéro. Nous tenons aussi à souligner la participation de Martha Justus, Citoyenneté et Immigration Canada, pour son savoir et son expertise.

Les avis exprimés dans les articles, notamment ceux qui interprètent des données, appartiennent aux auteurs et ne sont pas considérés comme des positions officielles de Santé Canada ou de l'Agence de la santé publique du Canada.

Publié sous l'autorité de la ministre de la Santé.

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* est disponible dans Internet à l'adresse suivante : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Also available in English under the title: *Health Policy Research Bulletin*.
<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>

Cette publication est aussi offerte sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore et en braille.

Pour obtenir d'autres renseignements ou des exemplaires additionnels du Bulletin, communiquez avec : bulletininfo@hc-sc.gc.ca, ou Publications, Santé Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Numéro de convention de la Poste-publications : 4006 9608

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par la ministre de Santé Canada, 2010

La reproduction de cette publication est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

N° de publication de SC : 1460 N° au catalogue : H12-36/17-2010 ISSN 1496-466 X



La santé des migrants sous un nouvel angle

Dans ce numéro, la rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Nancy Hamilton, s'entretient avec **Marie DesMeules (MD)**, directrice, Division des initiatives sur les déterminants sociaux et mondiaux, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (ASPC); **Nabanita Giri (NG)**, directrice, Division de la recherche sur les politiques stratégiques, Politique stratégique et affaires internationales, ASPC; et **D^{re} Danielle Grondin (DG)**, directrice générale, Direction d'intégration des politiques, planification des rapports et relations internationales, Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, ASPC.

Q Qu'entend-on par l'expression « santé des migrants » et en quoi s'agit-il d'un enjeu important?

DG : La migration, aussi appelée mobilité de la population, n'a rien de nouveau. Mais dans le contexte élargi de la mondialisation, le phénomène de la migration internationale a pris une nouvelle ampleur. En tout temps, quelque 214 millions de personnes se déplacent à travers la planète. Si tous ces individus étaient réunis dans un même pays, celui-ci serait le cinquième plus peuplé au monde. Les enjeux de santé associés à la migration ont pris de l'importance au cours des dernières décennies. En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait une résolution enjoignant les pays membres, y compris le Canada, à explorer des façons d'améliorer la santé des populations migrantes. [Note de la rédaction : Même si tous les types de migration, y compris les voyages touristiques et d'affaires, soulèvent des questions de santé, ce numéro du Bulletin met surtout l'accent sur la santé des immigrants, des réfugiés et des travailleurs étrangers temporaires au Canada.]

NG : Mille raisons poussent les gens à migrer et franchir les frontières internationales. L'immigration, c'est-à-dire le processus qui consiste à se rendre dans un pays pour s'y établir, a joué un rôle de premier plan dans la colonisation et dans l'édification du Canada. Depuis une douzaine d'années, le nombre d'immigrants que le Canada accueille annuellement correspond à 1 % environ de sa population. Compte tenu du vieillissement de la population et de la chute du taux de natalité, l'immigration en est venue à

constituer une composante essentielle du marché du travail canadien. Au cours des dernières décennies, le profil démographique des migrants au Canada a changé lui aussi. Après la guerre, la plupart des gens qui immigraient au Canada étaient de souche européenne. De nos jours, ils viennent de plus en plus d'Asie et d'Afrique. Ces changements, qui sont à l'origine de la diversification croissante du Canada, surtout dans les grandes zones urbaines, nous forcent à réfléchir aux facteurs qui peuvent favoriser l'établissement et l'intégration efficaces des nouveaux arrivants. Nous devons aussi comprendre pourquoi les immigrants ne vivent pas tous les mêmes expériences, selon la région du monde d'où ils viennent, ce qui rend certains groupes plus vulnérables que d'autres.

Q Comment avons-nous abordé la question de la santé des migrants au fil des années?

MD : Dans les premières années, des pays hôtes comme le Canada cherchaient surtout à prévenir la propagation des maladies infectieuses. La santé publique mettait l'accent sur le dépistage et les mesures de quarantaine pour protéger la population d'accueil. Au fil du temps, cette approche s'est élargie pour tenir compte de la santé des groupes migrants et des meilleures mesures à prendre pour répondre à leurs besoins. En ce qui touche la façon d'aborder la santé des migrants, je crois que la santé publique est à la croisée des chemins. Nous explorons maintenant une approche axée sur les déterminants de la santé qui nous pousse à examiner les nombreux facteurs en cause, leurs modes d'interaction et leurs répercussions sur la santé de

divers groupes de population (voir l'encadré ci-dessous). Nous sommes plus sensibles qu'avant aux disparités sur le plan de la santé. Le Canada a même fait de cette question l'une des grandes priorités de son programme de santé publique.

Q *Quel rôle le gouvernement fédéral a-t-il joué dans la gestion des dossiers liés à la santé des migrants au Canada?*

DG : L'adoption des premières lois régissant la santé des migrants remonte aux débuts de la Confédération. La première *Loi sur la mise en quarantaine* a été promulguée en 1872 pour protéger le public contre les maladies infectieuses, une série de règlements sur le dépistage des migrants suivant de près (voir l'article en page 12). Au fil des ans, la *Loi sur la mise en quarantaine* a été modernisée, jusqu'à sa plus récente mise à jour en 2004. Il y a aussi la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* qui cherche non seulement à protéger la santé publique, mais aussi à garantir que les besoins de santé des migrants n'exercent pas de pressions indues sur les services de santé et sociaux. Puisque la plupart des arrivants au Canada doivent attendre trois mois avant d'être admissibles au régime d'assurance-santé provincial ou territorial, nous avons aussi le *Programme fédéral de santé intérimaire*, qui offre une couverture de santé temporaire aux réfugiés, aux demandeurs du statut de réfugié et à leurs personnes à charge pour leur permettre d'obtenir des soins de santé essentiels et urgents. Le Canada fait également partie des signataires du *Règlement sanitaire international* qui oblige les pays à détecter et signaler toute menace liée aux maladies infectieuses.

Q *Que nous apprennent les études sur la santé des personnes qui immigreront au Canada?*

MD : Les études démontrent qu'en général, les immigrants sont en meilleure santé que les Canadiens de souche quand ils arrivent au pays (voir l'article en page 17). Ce qu'on appelle maintenant l'effet « immigrant en santé » a été observé à l'aide de diverses mesures, comme le taux de mortalité, l'état de santé

autodéclaré et le taux de prévalence de certaines maladies chroniques. Par contre, la recherche indique aussi que cet avantage semble disparaître au fil du temps, si bien qu'après 10, 15 ou 20 ans de vie au Canada, il n'est plus décelable.

Q *Qu'est-ce qui explique l'effet « immigrant en santé »?*

MD : Il y a probablement plusieurs explications. Compte tenu des mesures de dépistage en place, il est raisonnable de croire que les personnes admises au Canada tendent à être en meilleure santé. Il y a également le phénomène d'autosélection. Dans toutes les sociétés, ce sont généralement les personnes qui sont en meilleure santé qui choisissent de migrer vers une autre région de leur propre pays ou vers un autre pays.

DG : L'observation de Marie au sujet de l'autosélection est très importante. Il faut beaucoup de courage, d'énergie et de ressources pour migrer. En général, les personnes pauvres, malades ou autrement invalidées ne migrent pas. J'ai constaté ceci de visu quand je travaillais dans le domaine de la santé des migrants à l'échelon international. Même dans les pays en développement, ce sont toujours les personnes les plus en forme qui se déplacent en quête d'une vie meilleure pour elles et leurs enfants. Outre les facteurs d'attraction, il existe aussi des facteurs d'expulsion comme les guerres et les catastrophes naturelles qui forcent les gens à migrer, comme le cas des réfugiés qui doivent quitter leurs terres natales pour aller trouver refuge de l'autre côté des frontières internationales.

Q *Savons-nous pourquoi l'effet immigrant en santé s'atténue au fil du temps?*

NG : J'apparente souvent cette détérioration de la santé au phénomène de normalisation à la « réalité canadienne ». Les études font ressortir divers facteurs dont l'un a trait aux différences de comportements liés à la santé. Ainsi, même si le mode de vie des immigrants est plus sain (sur le

Les déterminants de la santé

Au début des années 1990, le Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population faisait état d'études confirmant l'influence interactive d'une série de déterminants généraux sur la santé (revenu et statut social, réseaux d'appui social, éducation et alphabétisation, conditions d'emploi et de travail, environnement social, environnement physique, habitudes de santé personnelle, faculté d'adaptation, sain développement des enfants, héritage biologique et génétique, services de santé, genre et culture)¹.

Depuis quelques années, on en a beaucoup appris (au Canada et à l'étranger) au sujet des disparités qui influent sur la qualité de santé de divers groupes de population. En outre, les études confirment la forte influence des déterminants sociaux et économiques (p. ex., le revenu, les appuis sociaux) sur l'état de santé des gens. On les désigne dorénavant comme les déterminants sociaux de la santé (les DSS). En plus d'aider à expliquer la raison d'être de disparités quant à l'état de santé des gens, les DSS servent à enrichir la base de données probantes sur les déterminants de la santé.

plan de l'alimentation et de l'activité physique, par exemple) à leur arrivée au Canada, ils tendent progressivement à adopter le mode de vie des Canadiens de souche, ce qui peut favoriser certaines maladies chroniques.

MD : Nous tenons également compte des déterminants sociaux de la santé. Certains groupes d'immigrants sont éduqués et ils ont de bonnes capacités linguistiques et compétences professionnelles, tous des facteurs de protection liés à la bonne santé. Dans d'autres cas, les gens maîtrisent moins la langue, ont moins d'appuis sociaux et plus de difficultés à trouver un emploi. Au fil du temps, le retard mis à intégrer le marché du travail et l'insuffisance du revenu peuvent miner leur santé.

NG : Le sous-emploi et le manque de reconnaissance des compétences y sont aussi pour beaucoup. Bien souvent, les nouveaux arrivants qui étaient des professionnels accrédités dans leur pays d'origine font face à plein d'obstacles et de délais lorsqu'ils viennent s'établir au Canada parce que leurs titres de compétences ne sont pas reconnus. À la longue, leur inaptitude à trouver un emploi, à mettre à profit leurs connaissances et à réaliser leur plein potentiel constitue un puissant déterminant, surtout quand l'individu arrive au Canada avec des attentes qui ne seront jamais réalisées.

Q *Existe-t-il des disparités sur le plan de la santé ou des degrés de vulnérabilité variables entre divers groupes d'immigrants?*

MD : Il faut dire, au départ, que les nouveaux arrivants ne constituent pas un groupe homogène. Même à l'intérieur des catégories d'immigrant et de réfugié, le taux d'hétérogénéité est énorme. De plus, beaucoup arrivent au Canada après un dur périple, ayant fui des pays ravagés par la guerre et l'instabilité. Par conséquent, le processus de migration comme tel peut exposer certains groupes à de graves risques. Pris ensemble, une migration difficile, des problèmes de langue et un manque de compétences professionnelles peuvent favoriser le déclin de la santé.

NG : La recherche indique que l'accès à un emploi satisfaisant est jugé essentiel. Mais quand on examine les données

des 15 ou 20 dernières années, on constate que les niveaux de revenu de certains groupes d'immigrants mettent de plus en plus de temps à atteindre ceux des Canadiens de souche. On remarque aussi que ces tendances sont teintées d'une certaine « racialisation »

(voir l'article en page 26). On voit, par exemple, que dans des grandes zones urbaines comme Toronto, certains groupes ethniques sont de plus en plus économiquement désavantagés.

DG : J'aimerais attirer votre attention sur le Rapport annuel 2008 de l'administrateur en chef de la santé publique de l'ASPC qui indique que le taux de représentation de certaines populations migrantes parmi le groupe des Canadiens pauvres est disproportionnellement élevé. Comme le confirment les études sur la santé de la population, la pauvreté a une énorme influence sur la qualité de la santé.

MD : Les caractéristiques démographiques de ces risques indiquent que les aînés, les immigrants à faible revenu et les enfants, surtout ceux qui ne sont pas accompagnés, sont plus vulnérables au risque que les autres. La féminisation de la migration constitue un autre phénomène à surveiller. Alors qu'auparavant, la plupart des migrants étaient des hommes, les femmes représentent aujourd'hui plus de la moitié des migrants dans plusieurs pays, et plus de

60 % dans ceux avec d'importants programmes de services de domestiques. De plus en plus, les femmes migrent seules et leur famille suit, donnant lieu à ce qu'on qualifie maintenant de « famille transnationales ». Ceci a de graves répercussions sur la santé publique, surtout dans des secteurs comme la santé maternelle et la santé infantile.

Q *Que font les instances de santé fédérales pour améliorer l'état de santé des nouveaux arrivants et pour faciliter leur établissement au Canada?*

MD : Au Canada, les réfugiés ont droit à des services de santé d'urgence dès leur arrivée en sol canadien. En outre, l'ASPC offre plusieurs programmes de prévention et d'activités de surveillance qui tiennent compte des besoins des migrants. À titre d'exemple, nous tentons de trouver des sources de données pertinentes et collaborons avec les provinces et les territoires pour mieux décrire l'état de santé des migrants et en comprendre l'évolution au fil du

Le sous-emploi et le manque de reconnaissance des compétences y sont aussi pour beaucoup. Bien souvent, les nouveaux arrivants qui étaient des professionnels accrédités dans leur pays d'origine font face à plein d'obstacles et de délais lorsqu'ils viennent s'établir au Canada parce que leurs titres de compétences ne sont pas reconnus. À la longue, leur inaptitude à trouver un emploi, à mettre à profit leurs connaissances et à réaliser leur plein potentiel constitue un puissant déterminant, surtout quand l'individu arrive au Canada avec des attentes qui ne seront jamais réalisées.

temps. Nous avons aussi commencé à évaluer l'efficacité de nos interventions dans une perspective de santé publique.

NG : Pour ce qui est des pratiques, l'ASPC finance certains programmes communautaires desservant un grand nombre d'immigrants. Parce qu'ils ciblent les groupes les plus vulnérables, des programmes d'intervention précoce comme le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale aident à réduire les disparités sur le plan de la santé. Ces programmes ont été évalués et les résultats positifs témoignent du bon accueil que leur ont réservé les groupes d'immigrants.

On accorde aussi une grande importance à la recherche. L'ASPC et Santé Canada sont pleinement engagés à appuyer les activités des organismes qui mènent des recherches et de ceux qui exploitent les fruits de ces recherches. En ce qui touche la santé des migrants, l'ASPC participe activement (Santé Canada est un ancien partenaire) au partenariat de recherche Metropolis (voir *Qui fait quoi?* à la page 50). Chapeauté par Citoyenneté et Immigration Canada, ce réseau mondial se consacre à la recherche comparée et aux politiques publiques dans les domaines de la migration, de la diversité et de l'intégration des immigrants dans les villes canadiennes et ailleurs dans le monde.

Q *Quels grands défis se posent à mesure qu'on tente d'aller de l'avant?*

MD : Une grande problématique tient à la nature complexe du dossier de la santé des migrants. Les approches axées sur les déterminants de la santé exigent une dynamique intersectorielle difficile à réaliser, même quand les démarches de santé publique sont traditionnelles. Les partenariats ont un rôle essentiel à jouer. Si nous collaborons, nous serons plus à même de surveiller la santé des populations migrantes, de surmonter les obstacles qui bloquent l'accès aux services de santé et autres, et d'améliorer les déterminants de la santé dans les collectivités hôtes. À mesure qu'on déploie des efforts pour réduire les disparités sur le plan de la santé, on constate que des déterminants comme la littératie en santé et la disponibilité de services sensibles à la culture posent de graves difficultés à beaucoup d'immigrants.

Une grande problématique tient à la nature complexe du dossier de la santé des migrants. Les approches axées sur les déterminants de la santé exigent une dynamique intersectorielle difficile à réaliser, même quand les démarches de santé publique sont traditionnelles. Les partenariats ont un rôle essentiel à jouer. Si nous collaborons, nous serons plus à même de surveiller la santé des populations migrantes, de surmonter les obstacles qui bloquent l'accès aux services de santé et autres, et d'améliorer les déterminants de la santé dans les collectivités hôtes.

NG : Les questions d'accès et d'utilisation sont fondamentales. Lorsqu'on examine divers modèles, on constate qu'il ne s'agit pas d'offrir des services de santé « distincts », mais plutôt de prévoir des services intégrés auxquels tous pourront facilement accéder, peu importe leurs origines. Au-delà de la disponibilité des services, nous devons arriver à comprendre pourquoi les personnes de diverses origines choisissent de s'en prévaloir ou non. Il sera essentiel d'examiner les pratiques exemplaires ayant trait aux programmes et aux services qui se montrent sensibles aux cultures.

DG : L'autre défi tient à la nécessité de tenir compte du cheminement complexe des personnes qui migrent. De plus en plus souvent, les migrants n'effectuent pas un trajet direct de leur terre natale jusqu'au Canada et doivent faire bien des détours avant d'arriver à leur destination finale. De plus, une fois établis ici, ils tendent à retourner de plus en plus souvent en visite dans leur pays d'origine. Ces déplacements continuels doivent être examinés dans une perspective de santé publique sur les plans national et international. Voilà pourquoi l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'aller de l'avant avec un cadre de santé des migrants exhaustif qui peut servir de base aux plans nationaux.

MD : Outre les questions à court terme, il importe aussi d'engager une réflexion à long terme, car nombre de maladies mentales et d'affections chroniques se manifestent des années, voire des décennies, après l'arrivée des immigrants au pays. Ce phénomène s'observe aussi dans le cas de certaines maladies infectieuses et tient aux séjours répétés

des individus dans leur pays d'origine (voir l'article en page 33). Nous devons donc mettre en place des systèmes de surveillance et de collecte de données qui nous permettront de suivre l'évolution des populations de la première à la deuxième génération et même, à la troisième génération.

NG : Ceci soulève une question philosophique intéressante. Quand un migrant cesse-t-il d'être un migrant? Est-ce après 20 ans? Après 40 ans? Est-ce trois générations plus tard? Les chercheurs commencent à se pencher sur le sujet et ses incidences sur les concepts d'intégration et d'identité. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Modèles et tendances migratoires :

Wendy Cymbal et Stefanie Bujnowski,
Direction des affaires internationales,
Direction générale de la politique stratégique,
Santé Canada

Profil quantitatif

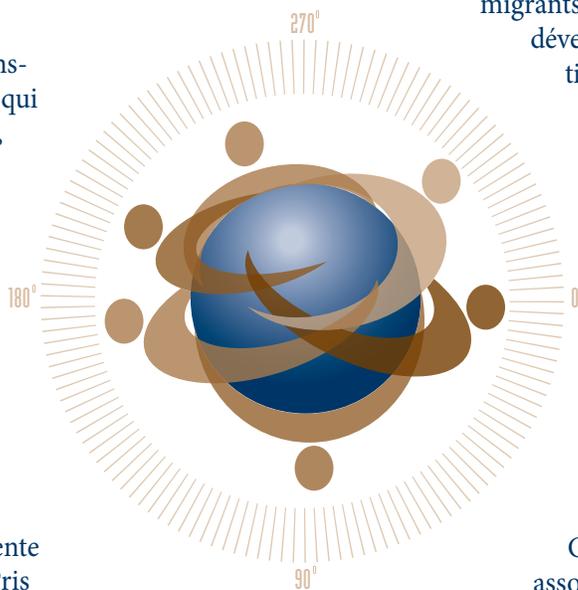
À travers le monde, le flux transnational des migrants a donné lieu à un creuset unique et diversifié de langues, de cultures, d'expertise et d'idées. Cet article aborde les questions de migration dans une perspective mondiale et scrute attentivement le contexte canadien, l'évolution des tendances dans les pays d'origine et le profil démographique des immigrants. Les auteures examinent les catalyseurs et les effets de l'immigration, de même que les promesses et problèmes s'y rattachant.

Une perspective mondiale

Le phénomène de la migration transfrontalière n'a rien de nouveau. Ce qui a distinctement changé, par contre, c'est le flux croissant de personnes qui se déplacent d'un pays à l'autre depuis quelques décennies. De 1960 à 2006, le nombre de migrants internationaux a presque triplé, passant de 75 à 200 millions¹. Les dernières estimations (2008) indiquent qu'il y a quelque 214 millions de migrants à travers le monde dont 49 % sont des femmes. Le nombre de migrants internationaux représente 3,1 % de la population mondiale. Pris ensemble, ils constitueraient le cinquième plus peuplé pays au monde².

En chiffres absolus, les cinq pays où le nombre d'immigrants est le plus élevé sont les États-Unis (42,8 millions), la Russie (12,3 millions), l'Allemagne (10,8 millions), l'Arabie saoudite (7,3 millions) et le Canada (7,2 millions)³. Entre 2000 et 2010, les principaux pays d'origine étaient la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Mexique et les Philippines⁴. En 2009, les migrants ont versé 414 milliards de dollars à leur pays d'origine, dont 316 milliards à des pays en développement². Par conséquent, les revenus générés par les

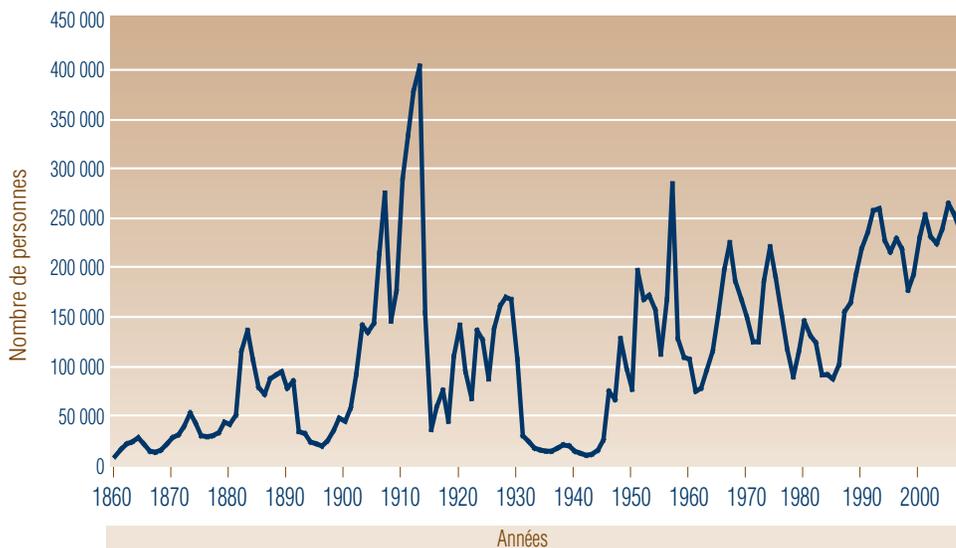
migrants internationaux peuvent favoriser le développement et aider à améliorer les conditions de vie de gens partout sur la planète.



Le contexte canadien

L'immigration est la pierre angulaire de l'identité canadienne. Les trois valeurs qui la sous-tendent, la diversité, la tolérance et l'appréciation, contribuent à enrichir notre culture et nos vies. Au fil du temps, l'immigration a joué un rôle de premier plan en vue de transformer la population canadienne en une véritable mosaïque culturelle. Chaque année, le Canada accueille un assortiment de migrants permanents et temporaires. En 2009, plus de 252 000 résidents permanents et 178 000 travailleurs étrangers temporaires sont entrés au Canada⁵. Le Recensement du Canada de 2006 révèle qu'un Canadien sur cinq, soit 6,2 millions de personnes ou 19,8 % de la population, est né à l'étranger⁶. Statistique Canada projette que d'ici l'an 2031, entre 25 et 28 % de la population canadienne pourrait être d'origine étrangère⁷.

Les immigrants choisissent de venir au Canada pour diverses raisons. Dans certains cas, ce sont des facteurs d'expulsion comme la guerre, l'instabilité politique, les

Figure 1 Immigration à destination du Canada, 1860 à 2008

Sources : Pour les années 1852 à 1977 : Statistique Canada, *Arrivées d'immigrants au Canada : 1852 à 1977, Série A350*; pour les années 1978 à 2008 : *Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et chiffres 2008 : Aperçu de l'immigration—Résidents permanents et temporaires, 2009, p. 3¹⁰*.

catastrophes naturelles ou la faiblesse de l'économie locale qui les poussent à quitter leur terre natale. D'autres sont séduits par des facteurs d'attraction comme la paix, la stabilité, les perspectives d'emploi, les conditions de vie, les salaires élevés, ainsi que l'accès à une éducation et à des services de santé de qualité.

Pics, vallons et changements politiques

L'immigration vers le Canada a commencé en trombe au début des années 1900. À cette époque, des centaines de milliers d'immigrants ont choisi de venir s'installer ici, leur nombre atteignant un sommet de plus 400 000 personnes en 1913 (voir la Figure 1). Les taux d'immigration ont cependant chuté avec le début de la Première Guerre mondiale en 1914, après quoi le rythme accéléré de l'immigration et s'est maintenu jusqu'à l'époque de la Grande dépression des années 1930 et l'amorce de la Deuxième Guerre mondiale, alors que les taux d'immigration annuels ont baissé de nouveau.

La fin de la guerre a relancé et ravivé la poussée migratoire à destination du Canada. En effet, pendant et après la Deuxième guerre mondiale, le pays a accueilli 48 000 épouses de guerre et

économiques) entrant en vigueur. Grâce à ces réformes, les individus d'endroits autres que les États-Unis et l'Europe avaient maintenant une meilleure chance de pouvoir immigrer au Canada. L'influx d'immigrants a fluctué jusqu'au milieu des années 1980, puis il a grimpé et s'est stabilisé à la hausse autour de 1987. Cette même année, le Canada a accueilli plus de 150 000 immigrants. Depuis vingt ans, les taux d'immigration sont toujours demeurés élevés. Entre 1990 et 2008, le Canada a ouvert ses portes à plus de quatre millions d'immigrants, soit au-delà de 229 000 personnes par année en moyenne¹⁰.

L'immigration vers le Canada a commencé en trombe au début des années 1900. À cette époque, des centaines de milliers d'immigrants ont choisi de venir s'installer ici, leur nombre atteignant un sommet de plus 400 000 personnes en 1913. Les taux d'immigration ont cependant chuté avec le début de la Première Guerre mondiale en 1914, après quoi le rythme accéléré de l'immigration et s'est maintenu jusqu'à l'époque de la Grande dépression des années 1930 et l'amorce de la Deuxième Guerre mondiale, alors que les taux d'immigration annuels ont baissé de nouveau.

Qui vient au Canada?

Les nouveaux arrivants au Canada peuvent être classés dans deux catégories : les résidents permanents et les résidents temporaires. Les résidents permanents viennent au Canada dans le but de s'y établir, alors que les résidents temporaires s'y rendent en visite pour étudier ou travailler.

Résidents permanents

La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* de 2001 régit trois grandes catégories de résidents permanents, soit celles de l'immigration économique, du regroupement familial et des réfugiés

—voir le *Glossaire* (page 2)¹¹. La Loi autorise également Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) à accorder le statut de résident permanent à des personnes et familles qui ne font pas partie nécessairement des trois grandes catégories susmentionnées pour diverses raisons, y compris des motifs humanitaires et de compassion. La Figure 2 illustre les tendances propres à diverses catégories de résidents permanents.

Résidents temporaires

Les politiques d'immigration du Canada accordent également un droit d'entrée aux **visiteurs** (y compris les touristes et les gens d'affaires), aux **étudiants internationaux**, aux **travailleurs étrangers temporaires (TET)** et aux **personnes du secteur humanitaire**¹². Chacun de ces groupes a des incidences positives sur le Canada, comme les recettes du tourisme, les investissements des gens d'affaires étrangers, l'apprentissage mutuel des étudiants canadiens et étrangers, et ainsi que les compétences requises pour combler la pénurie de main d'œuvre.

Il existe une gamme de programmes et de procédés qui permettent à des TET aux compétences variées d'entrer au Canada et d'y travailler. Entre 1998 et 2008, le nombre de TET à venir au Canada est passé de 100 436 à 192 519 personnes (une hausse de 91,4 %), avant de redescendre à 178 478 personnes en 2009¹³. Même si les travailleurs agricoles saisonniers (aussi appelés travailleurs agricoles migrants) ne constituent que 13,7 % de tous les TET venus au Canada en 2009¹⁴, il s'agit d'un important groupe à étudier en raison de leurs problèmes de santé particuliers (voir l'article à la page 30).

Des changements quant au pays d'origine

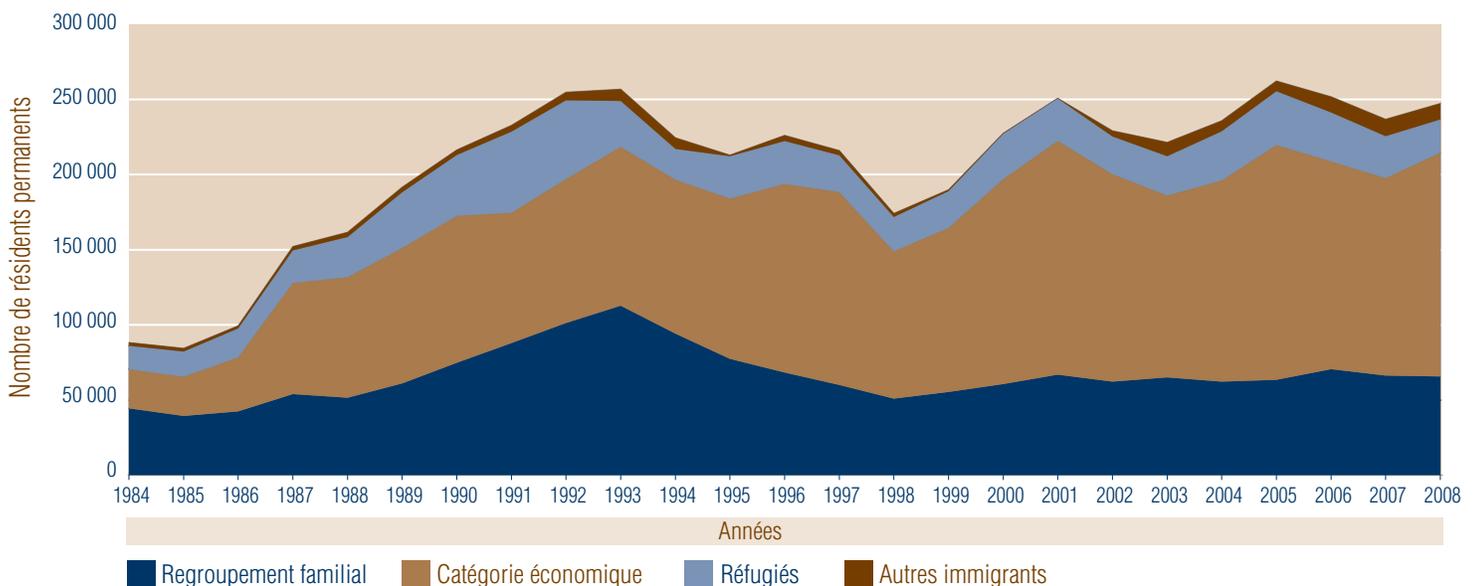
Pendant la première moitié du vingtième siècle, la plupart des immigrants au Canada venaient des États-Unis, du Royaume-Uni et d'autres pays européens. Au fil du temps, le Canada en est venu à accueillir de moins en moins d'immigrants des États-Unis et du Royaume-Uni et de plus en plus de personnes en provenance d'autres régions du monde, en particulier l'Asie. La Chine, l'Inde et les Philippines constituent les principaux pays d'origine à l'heure actuelle; en 2008, ces régions fournissaient, respectivement, 11,9 %, 9,9 % et 9,6 % des immigrants au Canada¹⁵.

Diversité ethnoculturelle

Les estimations du Recensement de 2006 révèlent que plus de cinq millions de personnes (16,2 % de la population canadienne) font partie d'une minorité visible*¹⁶. Entre 2001 et 2006, le taux de minorités visibles a augmenté de 27,2 %, alors que celui de la population totale n'a augmenté que de 5,4 %. La présence de plus en plus forte des minorités visibles au Canada est attribuable à la grande proportion de nouveaux arrivants membres d'une minorité visible (75 % des personnes qui ont immigré au Canada entre 2001 et 2006)¹⁶ et au nombre croissant de personnes nées au Canada dont les parents ou les grands-parents immigrants appartiennent à une minorité visible. Selon les récentes projections (2008) de Statistique Canada, la proportion de Canadiens faisant partie d'une minorité visible pourrait doubler d'ici 2031¹⁷.

*Selon la Loi sur l'équité en matière d'emploi, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Figure 2 Nombre de résidents permanents, selon la catégorie, Canada, 1984-2008



Source : Citoyenneté et Immigration Canada, *Faits et chiffres 2008 : Aperçu de l'immigration—Résidents permanents et temporaires*, 2009, p. 6¹⁰.

Principales destinations à l'intérieur du Canada

Les personnes qui immigrent au Canada tendent à se concentrer dans un nombre réduit de provinces et de régions métropolitaines.

Provinces et territoires

La plupart (90 %) des résidents permanents au Canada viennent s'établir dans l'une des quatre provinces suivantes : l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta. Ces mêmes quatre provinces accueillent aussi les travailleurs étrangers temporaires, mais leur répartition provinciale varie selon les possibilités d'emploi (voir la Figure 3).

Zones métropolitaines

La plupart des personnes qui immigrent au Canada viennent s'établir dans des zones métropolitaines. En 2006, 94,9 % de la population canadienne née à l'étranger et 97,2 % des nouveaux arrivants (personnes qui ont immigré au Canada entre 2001 et 2006) vivaient dans des zones métropolitaines ou en milieu urbain, comparativement à 77,5 % seulement des Canadiens de souche. Les trois plus grandes villes du Canada, soit Toronto, Montréal et Vancouver, accueillent 62,9 % de la population canadienne née à l'étranger, comparativement à 27,1 % de la population née au Canada¹⁷.

Parmi les immigrants récemment arrivés au Canada, 40,4 % se sont établis à Toronto, 14,9 % à Montréal et 13,7 % à Vancouver¹⁸. Six autres centres métropolitains, c'est-à-dire Calgary, Ottawa-Gatineau, Edmonton, Winnipeg,

Hamilton et London, ont attiré ensemble 14,3 % des récents immigrants¹⁹.

Plusieurs motifs expliquent le choix de ville des nouveaux arrivants. Dans les cas de Toronto, de Montréal et de Vancouver, leur décision tient surtout au désir de s'intégrer à des réseaux de parents ou d'amis. D'autres sont attirés vers certaines villes pour diverses autres raisons, comme les perspectives d'emploi (Toronto), la langue (Montréal) et le climat (Vancouver)¹⁹.

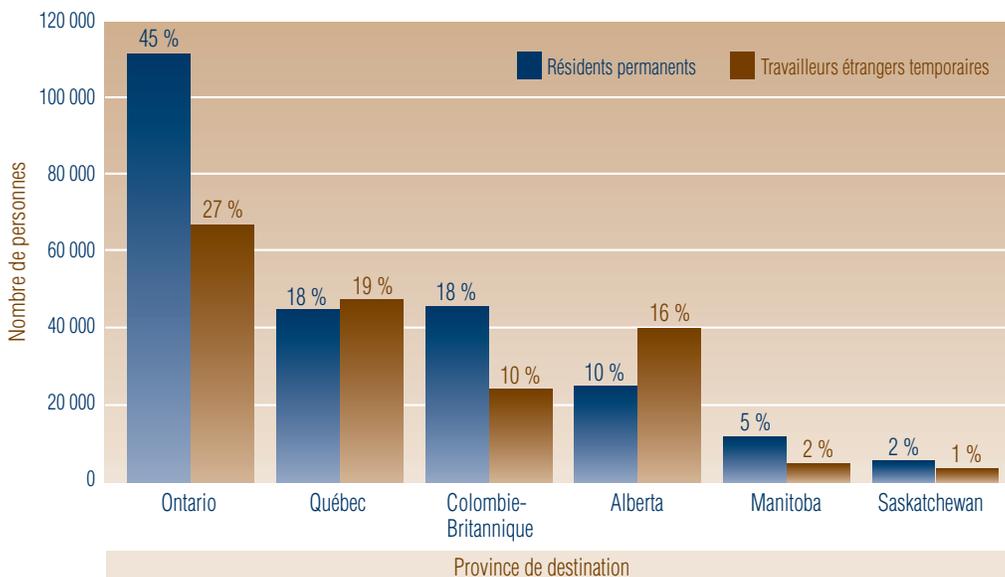
Profil démographiques

Même si les personnes qui immigrent au Canada ne forment pas un groupe démographique homogène, elles tendent à se distinguer des Canadiens de souche de différentes façons, soit la répartition selon l'âge, la langue parlée et la poursuite d'études supérieures.

Les immigrants sont plus jeunes

En général, les nouveaux immigrants sont plus jeunes que les Canadiens nés au Canada. Même si les proportions de récents immigrants et de Canadiens de souche âgés de moins de 24 ans se ressemblent, les personnes ayant l'âge d'activité maximale (25 à 54 ans) représentent 57,3 % des récents immigrants et 42,3 % des Canadiens de souche²⁰. Pris ensemble, les travailleurs âgés et les aînés représentent une proportion plus faible de la population totale de nouveaux arrivants que de la population totale des Canadiens nés au Canada.

Figure 3 Destination des résidents permanents et des travailleurs étrangers temporaires, 2008



Nota : Les pourcentages ont été arrondis pour rendre la présentation plus claire.

Les provinces dont le taux s'établit à 1 % ou moins (N.-É., N.-B., Î.-P.-É., T.-N. et les Territoires) ne sont pas mentionnées.

Source : Citoyenneté et Immigration Canada. Faits et chiffres 2008 : Aperçu de l'immigration—Résidents permanents et temporaires, 2009, p. 26, 62¹⁰.

Un nombre quasi égal d'hommes et de femmes

Dans le passé lointain, la plupart des gens qui immigraient au Canada étaient des hommes, mais depuis quelque temps, presque la moitié des nouveaux arrivants sont des femmes. De 2004 à 2008, près de 52 % de tous les résidents permanents du pays étaient de sexe féminin²¹. Lorsqu'on examine ces chiffres en fonction des catégories de migrants, on constate que la proportion de femmes par rapport aux hommes est semblable, à deux exceptions près : les femmes représentent 60 % des immigrants du regroupement familial et le très élevé pourcentage de 70 % de la catégorie des aides familiales du groupe économique²¹.

Plus du quart ne parlent ni l'anglais, ni le français

Près de 72 % des résidents permanents admis au Canada en 2008 se sont auto-identifiés comme connaissant le français, l'anglais ou les deux langues officielles²². Dans le cas du quart des migrants ne parlant aucune des deux langues officielles, on craint toutefois que l'ignorance du français ou de l'anglais complique leurs accès au système de santé.

Parmi ceux qui ignorent l'une et l'autre langue, 46 % étaient des conjoints ou des personnes à charge d'immigrants économiques, 31 % faisaient partie du regroupement familial et 14 % de la catégorie des réfugiés²². Par conséquent, ces groupes particuliers pourraient exiger une attention particulière pour garantir une intégration efficace et des résultats de santé positifs.

Le Recensement de 2006 a révélé que les résidents canadiens d'origine étrangère parlent près de 150 langues maternelles différentes (la langue maternelle est la première langue qu'une personne apprend à la maison pendant son enfance et comprend toujours). La langue maternelle la plus souvent citée est l'anglais (25 %), alors que seulement 3,1 % des personnes nées à l'étranger déclarent que leur langue maternelle est le français.

Un groupe très instruit

Les immigrants constituent généralement un groupe démographique canadien hautement instruit. En 2006, on constatait que près de trois fois plus de récents immigrants masculins et plus de deux fois plus de récentes immigrantes détenaient au moins un baccalauréat²³ par

rapport aux hommes et aux femmes nés au Canada (voir la Figure 4). De fait, 40 % de tous les Canadiens qui ont une maîtrise et 49 % de tous ceux qui ont un doctorat sont nés à l'étranger²⁴.

Parmi les catégories de résidents permanents, les immigrants économiques sont ceux dont le niveau de scolarité est le plus élevé alors que les réfugiés admis au pays pour des motifs humanitaires ou de compassion affichent les plus bas taux de scolarité. En 2008, la plupart (72,4 %) des demandeurs principaux dans la catégorie économique avaient au moins un baccalauréat, alors que seulement 11,3 % des réfugiés avaient un diplôme d'études supérieures (les trois quarts des réfugiées comptaient moins de 13 années d'études)²⁵.

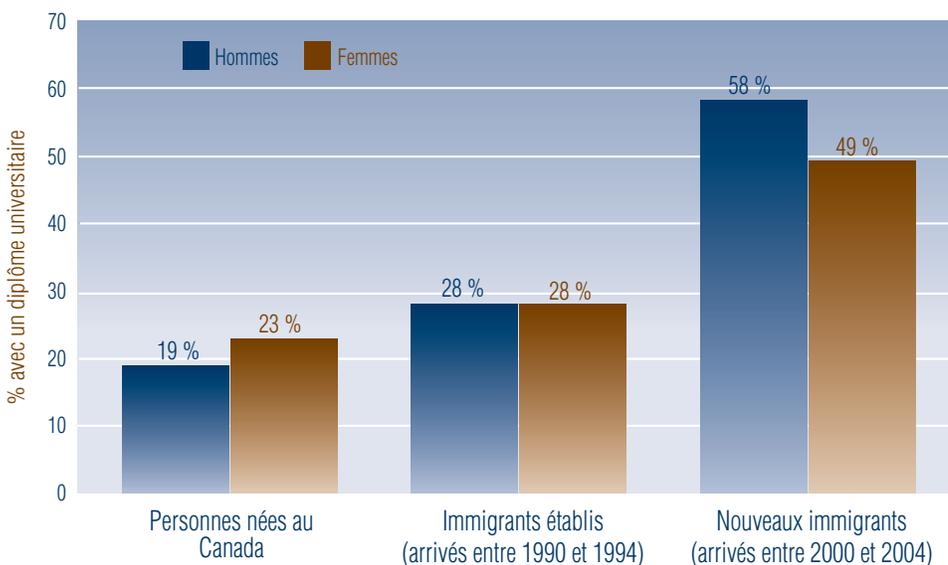
Même si les immigrants sont relativement instruits, cela ne leur permet pas automatiquement de trouver un meilleur emploi ou d'avoir un revenu plus élevé. Comme l'ont démontré les études, ce qui empêche surtout les immigrants de trouver un emploi, c'est le manque d'expérience professionnelle en sol canadien, le manque de contacts dans le monde du travail, la non-reconnaissance des compétences étrangères et les obstacles linguistiques²⁶ (voir l'article à la page 26).

Effets de l'immigration

À mesure que le Canada ouvre ses portes au monde pour accueillir des gens de toutes les nationalités, origines ethniques, langues et traditions, sa base culturelle se

diversifie. Compte tenu du faible taux de natalité des Canadiens et du vieillissement de la population, l'immigration joue un rôle fondamental dans la croissance économique et démographique du pays. De surcroît, les travailleurs permanents et temporaires aident à combler l'importante pénurie de main-d'œuvre en offrant une gamme élargie de compétences et de services utiles. Somme toute, l'influx d'immigrants au Canada engendre de multiples bienfaits et possibilités pour notre pays. Vu l'importance de la population migrante du Canada, les mesures requises pour protéger et préserver la santé des migrants sont jugées essentielles et dans l'intérêt supérieur de tous. ■

Figure 4 Pourcentage des immigrants nouveaux et établis et des personnes nées au Canada avec un diplôme universitaire, selon le sexe, 2006



Source : Galarneau D, Morissette R. *Scolarité des immigrants et compétences professionnelles requises*. Statistique Canada, Perspectives, décembre 2008²³.



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-pps>

au fil des siècles

D^r Brian Gushulak, conseiller en matière de santé des migrants (ancien directeur général, Direction générale de la gestion de la santé, Citoyenneté et Immigration Canada, et ancien directeur, Services médicaux, Organisation internationale pour les migrations)

Cet article retrace l'évolution des lois, des politiques et des pratiques fédérales axées sur la santé des migrants de l'époque pré-Confédération jusqu'à l'heure actuelle, y compris les premiers efforts pour circonscrire la propagation des maladies et les récentes démarches pour améliorer la santé à long terme des personnes qui migrent au Canada. En outre, des éphémérides ont été produites avec l'aide de plusieurs collaborateurs. Ces dernières illustrent les jeux d'interactions observées entre divers événements clés liés à la santé (🍎), à l'immigration (🌐) et aux lois et politiques (🏠) connexes.

Les premières lois et pratiques canadiennes ayant trait à la santé des migrants visaient surtout à prévenir la propagation des maladies infectieuses. Au fil des ans, les opinions politiques et sociales de l'époque ont fini par influencer sur les politiques de santé migratoire, menant à l'interdiction d'accès aux personnes susceptibles d'avoir une influence négative sur la société canadienne ou d'exercer des « pressions indues » sur les services sanitaires et sociaux du pays. Au milieu du

vingtième siècle, l'exclusion n'était plus le point de mire et on commençait à se préoccuper davantage de la santé et du bien-être des nouveaux arrivants au pays.

Circonscrire la maladie

En 1832, la menace d'une épidémie de choléra poussait l'Assemblée législative du Bas-Canada à adopter la *Loi sur la quarantaine et la santé publique*¹. Pendant plus d'un siècle, l'examen médical, l'isolement, l'hospitalisation et le traitement des nouveaux immigrants dans des postes de quarantaine canadiens allaient constituer des composantes essentielles du processus d'immigration. Les postes de quarantaine ont perdu de l'importance à mesure qu'évoluait

1720

🍎 Les bateaux partis de Marseille à destination de la Nouvelle-France doivent s'arrêter à l'Île-aux-Coudres (Québec) pour une inspection sanitaire (peste)¹.

1785

🍎 Ouverture du premier poste de quarantaine en Amérique du Nord sur l'Île Partridge dans le port de Saint-Jean (Nouveau-Brunswick). On traite surtout les cas de typhus, de choléra et de variole².

1795

🏠 Le Bas-Canada vote une loi qui impose la quarantaine aux bateaux venant de régions infectées par la peste ou toute autre fièvre ou maladie contagieuse³.

1815

🌐 On commence à vendre aux immigrants des places sur les navires transportant du bois d'œuvre des colonies vers l'Europe pour qu'ils ne retournent pas vides. Ces navires sont appelés « bateaux cercueils » en raison du grand nombre de décès dus aux maladies infectieuses qui y surviennent⁴.

1832

🌐 Un poste de quarantaine est établi sur Grosse-Île (Québec) pour tenter d'enrayer l'épidémie de choléra attribuée au grand afflux d'immigrants européens⁴.

🏠 Le Bas-Canada ratifie la *Loi sur la quarantaine et la Santé publique*⁵. Le Bas-Canada, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick imposent à tous les immigrants un « impôt de capitation » pour aider les immigrants indigents et pour financer les hôpitaux pour immigrants⁶.

Avant la Confédération

La santé des immigrants : Qui fait quoi?

La législation des critères médicaux régissant la sélection des immigrants est avant tout une compétence fédérale qui a été confiée à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), en consultation avec les parties intéressées provinciales, territoriales et autres.

Plusieurs provinces ont conclu des ententes particulières avec CIC pouvant inclure une composante de santé^{3,4}. Dans le cas de dossiers spécifiques comme le dépistage et la gestion des cas de tuberculose chez les immigrants, les consultations passent par le Comité canadien de lutte

antituberculeuse, une instance consultative qui relève de l'Agence de la santé publique du Canada⁵.

Quand les incidences d'un problème de santé lié à l'immigration résultent de circonstances inhabituelles ou urgentes, comme un déplacement massif de réfugiés, on tente de régler le problème à l'aide de procédés conjoints de portée variable, allant de l'échelon municipal à l'échelon international.

la théorie germinale des maladies, que s'amélioraient les techniques de désinfection et que voyaient le jour de nouveaux vaccins et antibiotiques. Malgré tout, la quarantaine demeure un outil parmi d'autres auquel on peut faire appel pour contrôler les maladies infectieuses.

Tandis que les lois sur la quarantaine visent à protéger la nation et ses habitants contre les effets pervers des épidémies, les lois sur l'immigration tentent de protéger l'État contre les répercussions économiques de la maladie. Les candidats à l'immigration affichant des problèmes médicaux qui pourraient les empêcher, croyait-on, de s'établir comme il faut ou de prendre soin d'eux-mêmes pouvaient être rejetés; ces critères s'appliquaient à plusieurs affections, y compris les maladies mentales, la cécité, la surdité et l'incapacité de parler². Tout ceci avait pour but de limiter

l'entrée au pays de personnes susceptibles de coûter de l'argent aux contribuables et d'exercer des pressions indues sur les sanatoriums, les asiles et les services sociaux.

Édification de la nation

À l'aube de la Confédération, l'immigration était considérée comme une composante fondamentale du projet d'édification de la nation. Cette vision était enchâssée dans l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* de 1867, aujourd'hui devenue la *Loi constitutionnelle*.

La première *Loi sur l'immigration* a été adoptée par le gouvernement du Dominion deux ans après la Confédération; une *Loi sur la quarantaine* distincte voyait le jour en 1872. Aujourd'hui encore, ces deux lois constituent des

1845-1847

La famine de la pomme de terre entraîne une immigration massive d'Irlandais au Canada⁷.

1851

Douze pays européens se réunissent à Paris en vue d'élaborer des règlements pour enrayer l'épidémie de choléra. Avec le temps, des conventions internationales sont signées. Elles serviront de fondement au *Règlement sanitaire international*, le seul règlement sanitaire international encore en vigueur aujourd'hui⁸.

1868

La *Loi sur la quarantaine* est la première loi sur la santé promulguée par le gouvernement fédéral². Des modifications y sont apportées quatre ans plus tard. À toutes fins pratiques, la loi en vigueur de nos jours est la même que celle adoptée en 1872².

1869

La *Loi canadienne sur l'immigration* est promulguée et comprend des dispositions restreignant l'entrée des indigents et des personnes physiquement et mentalement handicapées⁹. Dorénavant, c'est le gouvernement canadien, et non la Couronne britannique, qui est responsable du bien-être des immigrants¹⁰.

1869-années 1930

Le flot d'émigration d'enfants britanniques transplante au Canada, 100 000 enfants britanniques pour créer une main-d'œuvre à long terme¹¹. On appelle ces enfants « les petits immigrés anglais ».

Après la Confédération



Vagues d'immigration

Lois et politiques

1879

 Une loi visant à contrôler l'entrée des « pauvres » au Canada devient la première loi canadienne qui vise l'exclusion de certains immigrants éventuels, notamment les criminels et autres « classes vicieuses »¹².

1885

 Le chemin de fer transcontinental est terminé. On cherche à encourager l'immigration à grande échelle de personnes venant des États-Unis, du Royaume-Uni, ainsi que du Nord, du Centre et de l'Est de l'Europe¹³.

1902

 Suivant la modification de la *Loi sur l'immigration*, des inspections médicales sont effectuées aux ports d'entrée du Canada par du personnel médical spécialement formé¹⁴.

1906

 Influencée par l'eugénie, la *Loi sur l'immigration* est modifiée de manière à élargir la catégorie d'immigrants dont l'accès est interdit et à inclure les personnes « appartenant à toute race jugée inapte au climat ou aux exigences du Canada »²⁹. En outre, la loi autorise le gouvernement à déporter les immigrants dans les deux ans suivant leur arrivée pour diverses raisons¹⁵.

1914

 Le début de la Première Guerre mondiale met un frein à l'immigration au Canada, sauf dans le cas des Américains. Il s'agit d'une conséquence de la guerre et non d'une mesure politique délibérée¹³.

Après la Confédération

outils législatifs fédéraux distincts. On a observé une dissociation plus grande des pratiques liées à l'immigration et à la quarantaine en 1902, époque à laquelle des modifications législatives ont permis d'établir un service médical systématique pour les immigrants chargé d'étudier les cas d'exclusion des immigrants atteints de certaines maladies non infectieuses⁶.

Compte tenu de la grande importance du développement agricole national à cette époque, il semblait naturel de confier les questions d'immigration et de quarantaine au ministère de l'Agriculture qui les a gérées jusqu'en 1892, date à laquelle le ministère de l'Intérieur a été établi. Quand le ministère de la Santé a été créé en 1919, c'est lui qui a pris la relève du dossier de la santé des immigrants.

Élargissement des critères d'exclusion

Au début du vingtième siècle, l'ignorance populaire à l'endroit de la nouvelle science de la génétique a semé des craintes quant aux conséquences sociales et politiques de la migration. Les principes de l'eugénisme justifiaient la

décision de bloquer l'entrée au pays à quiconque pouvait menacer la société canadienne. En 1910, ces principes étaient enchâssés dans la loi et les candidats à l'immigration avec des problèmes de santé étaient classés en trois grandes catégories :

- les personnes avec une maladie ou affection précise les rendant inadmissibles aux termes de la *Loi sur l'immigration*;
- les personnes « difformes, handicapées ou ayant une maladie mentale »;
- les personnes avec une maladie ou une affection guérissable.

Par contre, les agents de l'immigration jouissaient d'une grande latitude dans l'application de la loi. Ils pouvaient donc tenir compte de divers facteurs pour prendre une décision, comme le fait que les membres d'un groupe soient apparentés, que la personne soit apte au travail ou que ses moyens financiers lui permettent de subvenir à ses besoins.

Prestation de soins de santé

Les activités fédérales axées sur la santé des immigrants n'étaient pas toutes associées au dépistage. Une fois arrivés au Canada, les personnes démunies ayant immédiatement

1940-1950

 Environ 48 000 épouses de guerre débarquent au Canada avec leurs 22 000 enfants. Après la guerre, le Canada accueillera 1,5 million d'immigrants européens²².

1947

 Le Canada passe à l'immigration massive, élargit l'immigration des familles et s'engage à remplir ses obligations humanitaires internationales envers les réfugiés. La *Loi sur l'immigration des Chinois* est abrogée²³.

Le Canada établit aussi des programmes de travail sous contrat pour certains secteurs, notamment les industries minière et forestière. D'abord accueillis comme « visiteurs », ces travailleurs étrangers temporaires sont ensuite réglementés en vertu du Programme d'autorisation d'emploi des non-immigrants²⁴.

1952

 La *Loi sur l'immigration* est modifiée pour permettre au Cabinet d'interdire ou de restreindre l'entrée de certaines personnes en invoquant des motifs comme la nationalité, l'appartenance ethnique, la profession, le mode de vie, l'incapacité à s'adapter au climat canadien et l'incapacité apparente de s'assimiler vite à la société canadienne. Par contre, le ministre jouit d'un grand pouvoir discrétionnaire, ce qui s'avère fort utile en vue d'encourager un type d'immigration souhaitable ou à des fins humanitaires²⁵.

1957

 Avec la répression de la révolte hongroise, le gouvernement canadien établit un programme spécial offrant aux réfugiés de la Hongrie le transport gratuit plutôt que de leur consentir des prêts. En moins d'un an, plus de 37 000 réfugiés aboutissent au Canada²⁶.

Après la Confédération

1919

 Le ministère de la Santé nationale est créé, avec des agents de santé préposés à l'immigration¹⁶. Une fois de plus, la *Loi sur l'immigration* est modifiée par l'ajout de nouveaux motifs pour déporter des immigrants ou leur refuser l'accès au Canada, notamment pour « infériorité constitutionnelle psychopathique », alcoolisme chronique ou analphabétisme¹⁷.

1923

 Un système préférentiel facilite l'accueil des immigrants originaires de certains pays. Le Parlement vote la nouvelle *Loi sur l'immigration des Chinois* qui interdit à ces derniers d'immigrer au Canada^{18,19}.

1925-1930

 Pour assurer le contrôle de la qualité, on déploie du personnel médical canadien à l'étranger, d'abord à Londres, puis dans d'autres bureaux. Cette mesure réduit le nombre de personnes dont l'entrée au pays est bloquée pour des raisons médicales (de 742 personnes en 1928 à 196 en 1930)²⁰.

1928

 Tous les immigrants éventuels doivent subir un examen médical à l'étranger²¹. Les médecins doivent être très attentifs en vue de déceler tous les cas de « déficience et maladie mentale », d'épilepsie, de tuberculose ou de pleurésie récente, d'alcoolisme et de toxicomanie².

besoin de soins médicaux étaient soignées dans des établissements médicaux fédéraux (c.-à-d., des grands postes de quarantaine et des hôpitaux fédéraux). L'obligation légale de dispenser ces soins était stipulée dans la *Loi sur le ministère national de la Santé et du Bien-être social*⁷.

Suivant l'arrivée de 1,5 million d'immigrants européens dans le sillon de la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement fédéral décidait d'assumer la responsabilité du coût de divers services médicaux offerts aux immigrants, aux travailleurs et aux réfugiés qui arrivaient au Canada avec peu de moyens ou qui n'avaient pas atteint leur destination ou leur lieu d'emploi⁸. Ce programme a été maintenu, avec quelques modifications, et est devenu le Programme fédéral de santé intérimaire. Ce programme assure la prestation de soins de santé urgents ou essentiels aux réfugiés et aux demandeurs du statut de réfugié sans ressources financières^{9,10}.

Modernisation de la loi

En 1974, le Canada adoptait son *Livre vert sur l'immigration*. Les consultations subséquentes témoignaient de son engagement croissant envers une approche moderne

fondée sur les droits à l'égard de la vie et des affaires internationales. La *Loi sur l'immigration*, qui s'ensuivit deux ans plus tard, intégrait plusieurs des percées et des principes sociaux des années 1960, reflétant en cela la maturité d'une nation de plus en plus sensible à la complexité mondiale de la migration (voir l'encadré à la page suivante).

Regard vers demain

Les modèles, les volumes et les profils démographiques de l'immigration canadienne ont beaucoup évolué au cours des trois dernières décennies, période pendant laquelle les grandes lois canadiennes sur la santé des immigrants ont été modernisées. Mais comme le précisent les prochains articles, les récentes études sur les modèles et les déterminants de la santé des immigrants au Canada font ressortir la nécessité de mettre au point un cadre plus général qui tiendrait aussi compte des déterminants favorisant la santé à long terme des nouveaux immigrants dès leur arrivée en sol canadien^{11,12}. ■

1959

 Le Service médical d'immigration du Canada exige que l'examen médical des immigrants comprenne une radiographie de la poitrine pour diagnostiquer les cas de tuberculose².

1960

 Année mondiale des réfugiés. Le Canada accepte 3 500 réfugiés, dont 325 souffrent de tuberculose. C'est un important précédent qui démontre la volonté du Canada de mettre de côté les considérations sanitaires habituelles au profit des personnes dans le besoin^{2,13}.

1962, 1967

 Un nouveau règlement de la *Loi sur l'immigration* supprime en grande partie la discrimination raciale des politiques canadiennes d'immigration et inaugure un système objectif de points pour sélectionner les immigrants¹³.

1966

 Le Programme des travailleurs agricoles saisonniers est lancé avec la Jamaïque. Au fil des ans, d'autres pays des Antilles, de même que le Mexique, décident de s'y inscrire²⁷.

1969

Le Canada signe la *Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés* des Nations Unies. Une importante disposition stipule qu'un réfugié ne peut être renvoyé dans un pays où il craint d'être persécuté².

1971

Le gouvernement adopte une politique officielle sur le multiculturalisme qui encourage une vision du Canada fondée sur l'égalité et le respect de la race, de la couleur, de la religion, du pays et de l'origine ethnique²⁸.

1973

Le gouvernement lance un programme de travail temporaire pour les aides familiales résidentes. Il crée également le Programme d'autorisation d'emploi des non-immigrants, qui deviendra le Programme des travailleurs étrangers temporaires²⁵.

1978

La *Loi sur l'immigration* de 1976 entre en vigueur, confirmant juridiquement le système de points établi par règlement en 1967²⁹. La loi instaure le concept de « demande excessive » exercée sur les services sociaux et de santé et reprend la définition du mot « réfugié » adoptée par les Nations Unies³⁰.

Après la Confédération

Lois modernes portant sur l'immigration

La **Loi sur l'immigration de 1976** donnait lieu à une série de politiques modernes sur l'immigration ayant pour but de promouvoir les objectifs démographiques, économiques, sociaux et culturels du Canada, y compris la collaboration non discriminatoire et intersectorielle. Cette loi reconnaissait l'existence de plusieurs catégories d'immigrants aux besoins variés¹³, ce qui menait à l'instauration d'un système de classement des immigrants en grandes catégories. De plus, la nouvelle loi imposait l'évaluation médicale obligatoire des travailleurs étrangers temporaires devant occuper des emplois où la protection de la santé publique était jugée importante.

Le blocage généralisé de certains groupes était éliminé et on exigeait dorénavant que chaque cas fasse l'objet d'une évaluation individuelle. Par conséquent, les personnes souffrant de certaines maladies infectieuses pouvaient être admises à condition qu'elles se présentent aux autorités de santé provinciales et territoriales. Ce processus, qu'on a fini par qualifier de « surveillance de la santé publique », est toujours en vigueur.

Dans le contexte du relativement nouveau régime canadien de soins de santé universels, la loi réexaminait en profondeur le concept historique de la dépendance envers l'État pour traiter des affections chroniques. Les législateurs songeaient à la nécessité d'atténuer les effets possibles de l'arrivée au pays de nombreuses personnes avec des maladies graves sur les services sociaux et de santé (c.-à-d., une trop forte demande).

La **Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2001** (LIPR) précisait le concept de la « demande excessive » en fixant un seuil financier qui allait dorénavant servir à évaluer les immigrants éventuels en fonction d'une limite monétaire définie¹⁴. La LIPR intégrait aussi des modifications qui permettaient de soustraire les réfugiés et certains membres de familles immigrantes, comme les enfants et les conjoints, à l'application de cette modalité. La loi conservait la définition générale de « danger pour la santé et la sécurité publiques ».

1979

Soixante mille réfugiés du Vietnam, du Laos et du Cambodge s'installent au Canada. Des milliers de Canadiens les accueillent, ce qui donne un puissant coup d'envoi au nouveau Programme de parrainage privé de réfugiés²⁶.

1988

La politique sur le multiculturalisme a force de loi suivant la promulgation par le Parlement de la *Loi sur le multiculturalisme* canadien³¹.

2002

Des tests courants de VIH sont inclus dans l'évaluation médicale des immigrants. Sur avis de Santé Canada, la présence d'une infection au VIH ne justifie pas le refus d'une personne parce qu'elle présente un danger pour la santé publique³².

La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* de 2001 entre en vigueur. Dorénavant, les réfugiés parrainés par le gouvernement peuvent être acceptés en raison de leur besoin de protection, sans égard à leur aptitude à s'établir³³.

2010

Des professionnels des soins primaires dégagent vingt problèmes de santé hautement prioritaires présents chez les immigrants et les réfugiés dans le but d'élaborer des directives cliniques fondées sur des critères qui font ressortir les iniquités de santé et qui permettent de cerner les lacunes en matière de soins cliniques³⁴.



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Après la Confédération



L'effet immigrant en santé :

Un phénomène temporaire?

Ilene Hyman, Ph.D., Dalla Lana School of Public Health and Cities Centre, Université de Toronto, et **Beth Jackson, Ph.D.**, Direction des politiques stratégiques et de l'innovation, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

Quand les nouveaux immigrants mettent le pied en sol canadien, ils sont souvent en meilleure santé que les Canadiens de souche. Ce phénomène a été décrit comme l'effet « immigrant en santé ». Par contre, un nombre croissant de données probantes révèlent qu'au fil du temps, les immigrants tendent à perdre cet avantage de santé. Partant d'une recherche bibliographique commandée par l'Agence de la santé publique du Canada, cet article confirme la véracité de l'effet immigrant en santé et de son déclin subséquent. Il explore également les incidences de tels changements sur la recherche et les politiques.

Un survol de la documentation sur la santé des immigrants canadiens confirme que les nouveaux immigrants sont en meilleure santé que les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada, mais qu'avec le temps, ils tendent à perdre cet avantage^{1,2}. Par ailleurs, l'effet immigrant en santé a aussi été observé dans d'autres pays à revenu élevé comme l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni^{3,4,5}.

On croit que l'effet immigrant en santé tient, en partie, à un processus d'autosélection, à savoir que les personnes qui prennent la décision de migrer tendent à avoir les capacités et la motivation nécessaires pour ce faire, ce qui n'est souvent pas le cas pour les personnes malades, handicapées ou institutionnalisées. Ce phénomène tient aussi à des procédures d'immigration qui tendent à exclure les immigrants qui ont des maladies graves au profit d'immigrants instruits possédant de bonnes capacités linguistiques et professionnelles. Ces attributs facilitent également la bonne intégration économique et sociale et sont associés à une bonne santé.

Étude des données probantes

Il existe trois types d'études qui génèrent des données probantes confirmant l'effet immigrant en santé. Les **études sur les migrants** font appel à des méthodes épidémiologiques pour comparer les résultats de santé des personnes nées et vivant dans le pays d'origine, des

migrants et des personnes nées dans le pays d'adoption. Même si cette sorte d'étude est idéale, elle coûte cher à mener. Les **études démographiques** servent à recueillir des données sur la santé de la population d'accueil, puis à faire des comparaisons entre les immigrants récemment arrivés, les immigrants de longue date et les personnes nées au pays. Puisqu'il s'agit habituellement d'études transversales, elles ne permettent pas d'examiner les changements qui s'opèrent au fil du temps. Par conséquent, les études longitudinales et les couplages de données avec les bases de données administratives constituent des options de plus en plus valables (voir *Utilisation des données relatives à la santé au Canada* à la page 47). Les **études générationnelles** comparent les résultats de santé de deux types de membres d'un même groupe ethnoculturel, soit ceux nés dans le pays d'origine et ceux nés dans le pays d'accueil. Ce genre d'étude n'est pas toujours possible toutefois, car dans le cas de certains groupes d'immigrants, il n'existe pas encore suffisamment de données.

L'effet immigrant en santé a été observé dans le cadre d'études qui comparent les taux de mortalité des immigrants et ceux des Canadiens de souche, ainsi que dans celles qui comparent les résultats des autodéclarations de la santé. Ces résultats démontrent aussi que l'effet immigrant en santé est plus prononcé dans le cas d'affections chroniques (p. ex., les maladies cardiaques, l'arthrite et le diabète) que dans le cas de l'état de santé autodéclaré. Cela dit, l'avantage dont jouissent les immigrants relativement

aux maladies chroniques n'est pas transféré aux maladies infectieuses. (Deux maladies infectieuses fréquemment observées chez les immigrants, la tuberculose et le VIH/sida, sont examinées dans l'article à la page 33.)

Taux de mortalité

Les études ont démontré que même si les taux de mortalité des nouveaux immigrants sont nettement inférieurs à ceux des personnes nées au Canada, ils augmentent au fil du temps et finissent par devenir semblables^{6,7}. À titre d'exemple, quand ils ont couplé les données d'un échantillon d'immigrants et de réfugiés arrivés au pays entre 1980 et 1990 avec celles de la Base canadienne de données sur la mortalité, DesMeules et coll.⁸ ont découvert que le **taux de mortalité toutes causes confondues** des nouveaux immigrants était plus faible que celui des Canadiens de souche, mais que cet écart rétrécissait à mesure que se prolongeait leur séjour au pays.

Par contre, quand les chercheurs se sont penchés sur le **taux de mortalité par maladie spécifique**, ils ont constaté que certains taux de mortalité étaient *plus élevés* chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada, comme ceux liés aux accidents cérébrovasculaires, aux maladies infectieuses et à certains cancers. Il y avait aussi une grande hétérogénéité parmi les groupes d'immigrants. Même si le risque de mortalité était plus élevé chez les réfugiés que chez les immigrants, par exemple, il n'augmentait pas en fonction de la longueur du séjour. Ces résultats soulèvent des questions, à savoir quels aspects de l'immigration et de la réinstallation expliquent de telles disparités.

État de santé autodéclaré

On a fait appel aux données de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée entre 1994 et 2001 pour comparer les changements dans l'état de santé autodéclaré des nouveaux immigrants et des immigrants de longue date au Canada, et dans celui des personnes nées au Canada. L'état de santé autodéclaré peut être jugé excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. Dans le cas des trois groupes, le nombre de répondants qualifiant leur état de santé de passable ou mauvais a augmenté, mais cette hausse (c.-à-d., la détérioration de l'état de santé) était plus marquée chez la cohorte d'arrivants plus âgée (avant 1970), puis chez les immigrants plus nouveaux (arrivés entre 1990 et 1994) (voir la Figure 1). Les répondants nés

au Canada affichaient la plus modeste hausse parmi ceux décrivant leur état de santé comme passable ou mauvais au fil du temps.

Les sous-groupes qui tendent le plus à constater une détérioration de leur état de santé jusqu'à mauvais sont les aînés, les femmes, les immigrants à faible revenu et les nouveaux immigrants membres d'un groupe racialisé^{9,10,11}. En ce sens, le déclin de la santé ne constitue pas une tendance généralisée observable chez tous les immigrants et les réactions en matière de programmes et de politiques devraient tenir compte des analyses de diversité et d'équité pour définir une approche sensible à ces variantes. Les données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada (ELIC) confirment la détérioration majeure de l'état de santé autodéclaré des immigrants dans les quatre premières années suivant leur arrivée au pays¹¹.

Les études ont démontré que même si les taux de mortalité des nouveaux immigrants sont nettement inférieurs à ceux des personnes nées au Canada, ils augmentent au fil du temps et finissent par devenir semblables.

Données probantes plus éloquentes dans le cas des maladies chroniques

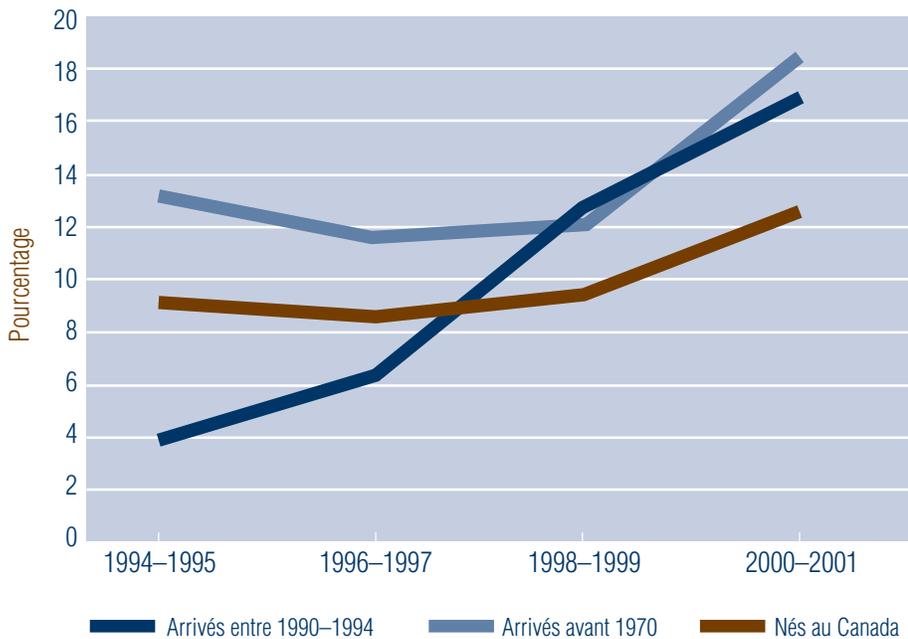
Tout en confirmant le lien entre l'effet immigrant en santé et les maladies chroniques, la documentation fait ressortir des disparités majeures entre divers types de maladies chroniques. Des variations ont aussi été observées en fonction de l'âge, du sexe, du pays d'origine et de la durée du séjour au Canada.

Taux croissant de certains cancers

L'effet immigrant en santé se traduit par un risque réduit de cancer au sein des groupes d'immigrants par rapport aux personnes nées au Canada¹². Par contre, les études révèlent aussi que les taux de mortalité et de prévalence du cancer, en particulier les cancers du sein et de la prostate et la maladie de Hodgkin, changent à l'arrivée des immigrants au Canada^{7,8,13}. Les études générationnelles indiquent que le risque de contracter un cancer chez les immigrants de deuxième génération se situe à mi-chemin environ du risque couru par les immigrants et leurs enfants nés au Canada. De plus, ce risque augmente d'une génération à l'autre.

Certaines données font état de disparités dans les taux de cancer et de mortalité selon le pays ou la région d'origine. En général, les taux de cancer observés chez les immigrants de souche asiatique sont plus faibles que chez les personnes nées au Canada^{14,15}, à quelques exceptions près (p. ex., le cancer du foie, le cancer cervical et le cancer nasopharyngien¹²).

Figure 1 Proportion de personnes nées au Canada et d'immigrants qui qualifient leur santé de « passable » ou « mauvaise », selon la cohorte d'arrivée



Source : Newbold, K.B. Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect. *Social Science and Medicine*, 2005¹⁶.

Variations au niveau des maladies cardiaques

L'effet immigrant en santé est clairement identifiable dans le cas des maladies cardiaques. Même si les nouveaux arrivants ont un taux de mortalité liée aux maladies cardiaques inférieur à celui des personnes nées au Canada^{17,18}, le simple fait d'immigrer d'un pays pauvre à un pays riche ou occidental semble accroître le risque de maladie cardiaque. Au fil du temps, ce taux peut même dépasser celui de la population d'accueil¹⁹. Lear et coll.²⁰ ont constaté que le taux d'athérosclérose, un grave facteur de risque associé aux maladies cardiovasculaires, était plus faible chez les nouveaux immigrants, mais grimpeait d'année en année, si bien qu'après 20 ans de vie au Canada, il arrivait à dépasser celui des personnes nées au Canada.

Si, dans l'ensemble, les taux de mortalité liée aux maladies cardiaques des immigrants (nonobstant la durée de vie au Canada) sont plus faibles que ceux des personnes nées au Canada, il existe de grandes différences qui sont fonction du sexe et de l'ethnicité. En ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, les profils de risques varient énormément d'un groupe ethnique à l'autre²¹. Chez les immigrants d'Asie du Sud par exemple, particulièrement les femmes, on a découvert que plus ils vivent longtemps au Canada, plus leur taux d'hypertension augmente^{22,23}. Ces constatations confirment l'urgence de poursuivre les recherches pour mieux comprendre

les prédispositions génétiques et les déterminants changeants à l'origine des maladies cardiaques au sein de divers sous-groupes d'immigrants.

Augmentation des cas de diabète de type 2

Les études indiquent que le taux de prévalence du diabète de type 2 augmente parmi les immigrants canadiens²⁴ et que les disparités ethniques sont grandes²⁵. On a découvert que les nouveaux immigrants et réfugiés originaires d'Asie du Sud, d'Amérique latine, des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne étaient deux à trois fois plus susceptibles d'avoir le diabète de type 2 que les immigrants et réfugiés originaires d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord²⁶. De plus, il semblerait que ce risque accru survienne plus tôt dans la vie (c.-à-d., entre 20 et 40 ans), comparativement aux populations immigrantes d'Europe et d'Amérique du Nord qui tendent à contracter la

maladie à un âge plus avancé (c.-à-d., entre 35 et 49 ans). Sur le plan des sexes, ce risque semble égal ou supérieur chez les femmes²⁶.

Ces observations soulèvent plusieurs questions, à savoir pourquoi certains groupes d'immigrants tendent plus que d'autres à contracter le diabète de type 2, par exemple, et à quoi attribuer cette vulnérabilité? L'obésité s'inscrit parmi les grands facteurs de risque qui prédisposent les gens au diabète et plusieurs études ont démontré que les personnes qui immigrer au Canada ont tendance à prendre du poids²⁷. Cela dit, les changements pondéraux qui s'opèrent ne sont pas les mêmes d'un sous-groupe d'immigrants à l'autre²⁸.

Santé mentale—Le paradoxe

L'arrivée des immigrants et le rétablissement dans leur pays d'adoption supposent souvent une période d'adaptation marquée par un grand stress²⁹. Les études démontrent néanmoins qu'à leur arrivée au pays, les immigrants canadiens présentent moins de troubles de santé mentale que leurs compatriotes canadiens, un autre phénomène qui confirme l'effet immigrant en santé. Malenfant³⁰ a constaté, par exemple, que le taux de suicide (souvent utilisé comme un indicateur de la santé mentale des immigrants) est près de 50 % plus bas chez l'ensemble des immigrants que chez les personnes nées au Canada (voir la Figure 2) et que les disparités entre les sexes sont moins

fortes également. Ali a noté que le taux d'incidence de dépression ou d'anxiété était plus faible chez les nouveaux immigrants (au Canada depuis moins de 10 ans) que chez les immigrants de longue date (au Canada depuis plus de 10 ans) et les personnes nées au Canada³¹. Les résultats du *Projet de réinstallation des réfugiés* révèlent qu'après une période de risque initiale, la santé mentale des réfugiés semble s'améliorer au fil du temps, une tendance qui s'étend à la deuxième génération, quoique les risques de troubles de stress post-traumatique (TSPT) tendent à perdurer^{32,33}. Plusieurs études indiquent que, malgré des conditions socioéconomiques moins favorables, la santé mentale des enfants et des adolescents immigrants et réfugiés est supérieure à celle des jeunes nés au Canada^{34,35,36,37}.

Les études sur la santé mentale ne donnent toutefois pas toujours des résultats positifs, d'où la nécessité d'examiner les grands points de convergence entre la durée du séjour, l'ethnicité, la racialisation, l'âge, le sexe et l'état de migration. Certaines études ont démontré que l'incidence de troubles de santé mentale augmente selon la durée de vie au Canada^{31,38}. Quand Kliewer et Ward ont analysé les taux de suicide chez 25 groupes d'immigrants, ils ont constaté une convergence avec les taux de suicide des personnes nées au Canada³⁹. Les taux de maladie mentale étaient plus élevés chez les immigrants chinois et taïwanais

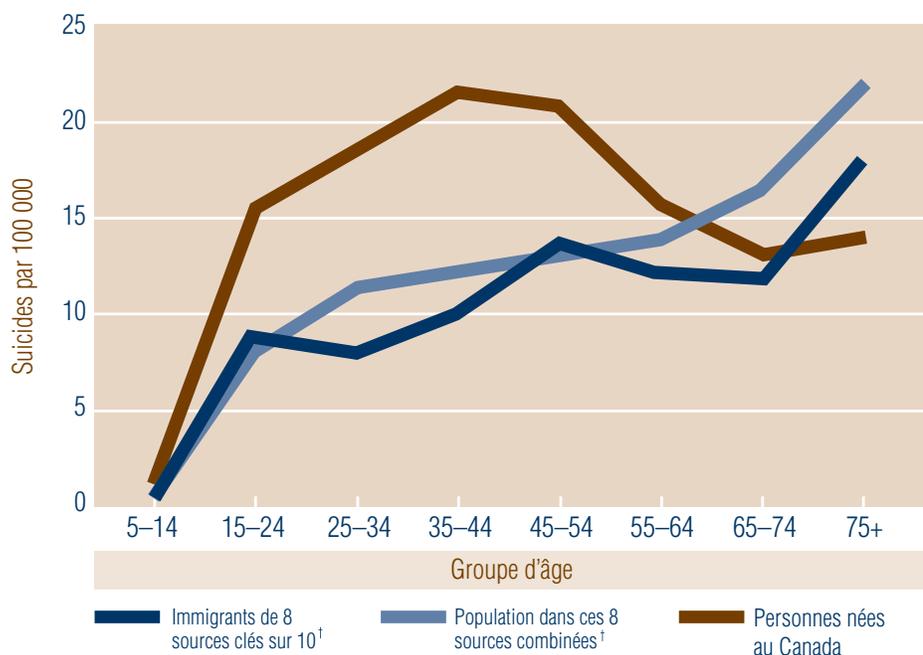
que chez les personnes nées au Canada, particulièrement les aînés^{40,41}. Chez les immigrants éthiopiens de Toronto, le risque de dépression augmentait après quelques années, atteignant l'apogée une quinzaine d'années après l'arrivée au Canada⁴². De plus, Smith et coll. ont découvert que les immigrantes à faible revenu qui sont au Canada depuis un certain temps déjà étaient quatre fois plus susceptibles de souffrir de dépression que leurs homologues masculins⁴³, soit deux fois l'écart actuel observé entre les taux de dépression des femmes et des hommes nés au Canada.

Synthèse des résultats

L'évaluation des données probantes dérivant des profils de santé des migrants s'avère difficile pour deux raisons. D'une part, les grandes banques de données canadiennes fournissent peu d'information sur les migrants canadiens, outre les résidents permanents. D'autre part, la population migrante est très hétérogène. Partant des résultats connus, on peut néanmoins résumer ainsi les profils de santé des immigrants et des réfugiés canadiens :

- Les immigrants canadiens, surtout les nouveaux arrivants, sont en meilleure santé physique et mentale que leurs concitoyens nés au Canada⁴⁴.
 - Cet avantage tend à diminuer après leur arrivée au pays. De fait, les taux de mortalité⁴⁵ et les taux de certaines maladies chroniques (p. ex., divers cancers, maladies cardiaques, diabète de type 2, obésité) des immigrants augmentent à mesure qu'ils passent plus de temps au Canada^{7,9,14,23,24,46,47}.
- L'état de santé de certains sous-groupes d'immigrants, comme les aînés (65 ans et plus), les femmes, les personnes à faible revenu et les membres de groupes racialisés, tend à se détériorer plus que l'état de santé d'autres groupes^{9,10,11,48}.
- Malgré l'indication d'une meilleure santé mentale au départ, on note plusieurs disparités liées au sexe et à la situation socioéconomique. De fait, les immigrantes à faible revenu sont généralement plus vulnérables que les autres immigrants du même groupe⁴³.
- Les réfugiés ne sont habituellement pas en aussi bonne santé que les personnes qui immigreront de leur plein gré et sont plus vulnérables à

Figure 2 Taux de suicide normalisés selon le groupe d'âge chez les immigrants provenant de 8 pays sources clés sur 10, personnes incluses dans ces 8 pays sources et personnes nées au Canada, milieu des années 1990



[†]Royaume-Uni, Italie, États-Unis, Hong Kong, République de Chine, Pologne, Allemagne, Portugal

Sources de données : Statistique de l'état civil de la Base de données canadienne; Recensement de la population de 1996; Organisation mondiale de la Santé.

La modification des comportements de santé favorise-t-elle la détérioration de l'état de santé?

Certains arguent que c'est l'adoption de comportements malsains comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et un régime alimentaire à forte teneur en gras qui expliquerait la détérioration de la santé des immigrants, mais les recherches ne confirment pas cette hypothèse. De fait, les comportements de santé changeants qui caractérisent la population immigrante ne sont pas linéaires et varient grandement selon le sexe, l'âge, la durée de vie au Canada et le pays d'origine⁵². Les études démontrent, par exemple, que les nouveaux immigrants venant de pays non européens tendent moins à consommer

des substances pouvant créer des dépendances (p. ex., le tabac, les drogues illégales, l'alcool) que ceux qui viennent d'Europe. Fait fort inquiétant, il semblerait aussi que la prévalence de plusieurs comportements pouvant entraîner une dépendance soit élevée chez les immigrants de deuxième génération^{37,53}. De plus, les nouveaux immigrants tendent moins à s'adonner à l'activité physique que les personnes nées au Canada^{9,52,54}. L'activité physique régulière est jugée essentielle pour prévenir et gérer le diabète de type 2 et pour rester en bonne santé.

une gamme d'affections de santé documentées, y compris un risque accru de mortalité, de maladies infectieuses et de troubles de santé mentale^{31,34,36,49,50,51}.

Incidences : Contrer la détérioration de la santé

Comme l'indique la recherche, la bonne santé relative qu'affichent les immigrants à leur arrivée au Canada n'est pas toujours garante d'une bonne santé à long terme. Au contraire, les études révèlent que la détérioration de la santé constitue une réalité pour beaucoup d'immigrants, mais que les groupes d'immigrants ne sont pas tous exposés au même degré à ce phénomène. Certains y sont plus vulnérables que d'autres, d'où l'importance d'un examen critique des points de convergence entre l'âge, le sexe, l'ethnicité, la racialisation, la situation socioéconomique et la géographie. L'un des grands objectifs de la recherche devrait consister à faire la lumière sur les causes de ces disparités en détérioration de la santé. Il s'agit d'une étape essentielle en vue de nous permettre d'engager des mesures efficaces pour atténuer les effets de ces disparités.

Un autre objectif majeur devrait être de garantir la santé des immigrants de première et deuxième générations et de leurs familles. Les immigrants au Canada jouent un rôle de plus en plus crucial dans la croissance économique et démographique du Canada. En effet, comme le précise l'article à la page 7, 19,8 % de la population canadienne était constituée de personnes d'origine étrangère en 2006 et ce pourcentage devrait grimper pour atteindre 25 à 28 % d'ici 2031⁵⁵.

Les études sur les déterminants de la santé des immigrants tentent d'expliquer pourquoi la santé de certains groupes tend à se détériorer davantage que celle d'autres groupes (voir l'article à la page 26). Lorsqu'on analyse les déterminants de santé d'un groupe démographique donné, il faut garder en tête que la santé et le bien-être

résultent d'interactions complexes entre des déterminants **macroscopiques** (p. ex., les politiques gouvernementales, les facteurs sociétaux et socioculturels), **communautaires** (p. ex., les caractéristiques du milieu physique, la cohésion du quartier, l'accès aux services) et **individuels** (p. ex., les comportements de santé personnels, le revenu, le statut social, la scolarité, l'emploi). Les études axées sur la modification des comportements de santé personnels des immigrants (voir l'encadré) doivent tenir compte de facteurs communautaires et sociétaux (p. ex., l'accès à des aliments sains et les possibilités de loisirs) susceptibles de favoriser ou décourager l'adoption de comportements de santé à risque.

D'autres déterminants influent aussi sur les résultats de santé postmigratoires⁵⁶. Ces derniers ont trait aux processus de déplacement et de migration, à savoir des **facteurs de pré-déplacement** comme le profil des maladies et les facteurs socioculturels du pays d'origine, des **facteurs de déplacement** comme le type de migration et sa durée, ainsi que des **facteurs d'arrivée**, y compris les caractéristiques économiques, juridiques et culturelles du pays d'accueil.

Le jeu d'interactions entre tous ces déterminants, ceux applicables à la population générale et ceux uniques aux populations mobiles, influent sur l'évolution de la santé des immigrants à leur arrivée au Canada. À mesure qu'on arrive à comprendre ces déterminants et leurs interactions, il sera plus facile de déterminer où et comment orienter les interventions pour contrer la disparition de l'effet immigrant en santé chez beaucoup de groupes d'immigrants. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>



Marisol T. Betancourt et
Karen C. Roberts, Centre de
prévention et de contrôle des maladies
chroniques, Direction générale de la
promotion de la santé et de la prévention
des maladies chroniques, Agence de la
santé publique du Canada

Tendances des maladies chroniques chez les immigrants au Canada : **Analyse des données récentes**

Pour ce numéro du *Bulletin*, des analystes de l'Agence de la santé publique du Canada ont effectué une analyse de l'Enquête 2007–2008 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Ils ont examiné la prévalence des maladies et des affections chroniques chez les personnes nées à l'étranger et celles nées au Canada.

En tout, 22,2 % des répondants de l'ESCC 2007–2008 étaient des immigrants. Le statut d'immigrant a été déterminé (par « oui » ou par « non ») en créant une variable inspirée par trois questions de l'Enquête : « Êtes-vous né(e) citoyen(ne) canadien(ne)? », « Dans quel pays êtes-vous né(e)? » et « En quelle année êtes-vous venu(e) vivre au Canada? » S'il a été possible de déterminer la durée du séjour des immigrants au Canada en soustrayant la date de l'entrevue de la date d'immigration, on n'a toutefois pas réussi à établir avec précision des catégories spécifiques d'immigrants à partir des données.

Les immigrants ont moins tendance à déclarer des maladies chroniques

En général, les immigrants étaient 40 % moins susceptibles (cote corrigée [CC] de 0,6) que les personnes nées au Canada de déclarer au moins une des sept maladies chroniques suivantes : l'arthrite, un cancer, le diabète, une maladie cardiovasculaire, une maladie respiratoire chronique, une maladie chronique du système digestif ou des troubles de l'humeur ou de l'anxiété (voir le Tableau 1). Cet avantage a également été observé dans les cas d'obésité et de surcharge pondérale. De fait, les immigrants avaient 30 % moins tendance à être obèses ou à faire de l'embonpoint que les personnes nées au Canada.

Lorsque ces maladies ont été analysées individuellement, on a relevé les écarts suivants (voir le Tableau 2) :

- Les immigrants étaient 20 % plus susceptibles (CC : 1,2) de souffrir du diabète que les personnes nées au Canada.
- Pas de différence notable entre les immigrants et les personnes nées au Canada en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et l'hypertension.
- Les immigrants étaient de 20 % à 50 % moins susceptibles que les personnes nées au Canada de souffrir d'arthrite ou de rhumatisme, d'une maladie chronique du système digestif, du cancer, des troubles de l'humeur/anxiété ou encore d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)/asthme.

Diminution de l'avantage de santé avec le temps

Les nouveaux immigrants, soit les personnes vivant au Canada depuis cinq ans ou moins, étaient 60 % moins susceptibles que les personnes nées au Canada de souffrir d'au moins une des sept maladies chroniques analysées ici. Cet avantage de santé est tombé à 30 % chez les immigrants qui ont vécu plus de cinq ans au Canada (voir le Tableau 3A).

Les nouveaux immigrants avaient 60 % moins tendance à souffrir d'obésité ou d'avoir une surcharge pondérale que les personnes nées au Canada, mais cet avantage chutait à 20 % chez les immigrants ayant vécu plus de cinq ans au pays. Même si les nouveaux immigrants avaient 30 % moins tendance à souffrir d'hypertension que les personnes nées au Canada, cet avantage disparaissait chez les immigrants ayant vécu plus de cinq ans au Canada (voir le Tableau 3B).

Les nouveaux immigrants sont en meilleure santé

Les immigrants ayant vécu plus de cinq ans au Canada étaient 50 % plus susceptibles que les nouveaux arrivants de souffrir d'au moins une des sept maladies chroniques susmentionnées. Cette tendance s'est révélée vraie pour la plupart des maladies chroniques. De fait, en comparaison avec les nouveaux immigrants, les immigrants ayant vécu plus de cinq ans au Canada étaient :

- 60 % plus susceptibles de souffrir de troubles de l'humeur/anxiété
- deux fois plus susceptibles de souffrir d'un cancer ou de l'arthrite
- 70 % plus susceptibles de souffrir du diabète
- 60 % plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique du système digestif

En outre, les immigrants ayant vécu plus de cinq ans au Canada avaient 70 % plus tendance que les nouveaux immigrants à souffrir d'obésité ou à avoir une surcharge pondérale par rapport à leur taille et à leur poids déclarés, et ils étaient 40 % plus susceptibles de souffrir d'hypertension.

Tableau 1 : Prévalence et cotes corrigées d'au moins une maladie chronique*, tous les immigrants par rapport aux personnes nées au Canada [population de référence]

	Âge moyen en années (minimum–maximum)	Prévalence brute, % (95 % IC) [†]	CC** (95 % IC) [†]
Tous les immigrants	46,8 (12–101)	34,4 (33,3–35,5)	0,6 (0,6–0,7)
Personnes nées au Canada	42,2 (12–103)	39,9 (39,4–40,3)	1,0

Tableau 2 : Prévalence et cotes corrigées des maladies et affections chroniques, tous les immigrants par rapport aux personnes nées au Canada [population de référence]

	Prévalence brute, % (95 % IC) [†] Tous les immigrants	Prévalence brute, % (95 % IC) [†] Personnes nées au Canada	CC** (95 % IC) [†]
Arthrite/rhumatisme	15,0 (14,2–15,7)	15,2 (14,9–15,5)	0,8 (0,7–0,8)
Cancer (a ou a déjà eu le cancer)	5,1 (4,7–5,5)	6,3 (6,1–6,5)	0,6 (0,6–0,7)
Diabète (types 1 et 2)	7,5 (6,8–8,1)	5,3 (5,1–5,5)	1,2 (1,1–1,4)
MPOC^{§§}/asthme	6,4 (5,9–6,9)	11,1 (10,8–11,4)	0,5 (0,5–0,6)
Maladies cardiovasculaires	5,9 (5,4–6,5)	5,4 (5,2–5,6)	0,9 (0,8–1,0)
Troubles de l'humeur/anxiété***	6,7 (6,2–7,2)	10,6 (10,3–10,9)	0,6 (0,6–0,7)
Maladies chroniques du système digestif[§]	5,3 (4,9–5,7)	7,2 (7,0–7,5)	0,7 (0,6–0,7)
Affections chroniques : Obésité ou surcharge pondérale ^{††}	45,6 (44,3–46,9)	52,8 (52,3–53,3)	0,7 (0,7–0,8)
Affection chronique : Hypertension	18,3 (17,4–19,1)	15,5 (15,3–15,8)	1,0 (0,9–1,0)

Tableau 3A : Prévalence et cotes corrigées d'au moins une maladie chronique*, immigrants (selon la durée du séjour au Canada) par rapport aux personnes nées au Canada [population de référence]

	Moyenne d'âge en années (minimum–maximum)	Prévalence brute, % (95 % IC) [†]	CC** (95 % IC) [†]
Immigrants ayant vécu ≤ 5 ans au Canada	32,8 (12–87)	15,0 (12,8–17,2)	0,4 (0,3–0,5) E [†]
Immigrants ayant vécu > 5 ans au Canada	49,6 (12–103)	38,2 (37,0–39,4)	0,7 (0,6–0,7)
Personnes nées au Canada	42,2 (12–103)	39,9 (39,4–40,3)	1,0

Tableau 3B : Prévalence et cotes corrigées pour la surcharge pondérale/l'obésité et l'hypertension chez les immigrants (selon la durée du séjour au Canada) par rapport aux personnes nées au Canada [population de référence]

	Prévalence brute, % (95 % IC) [†]	CC** (95 % IC) [†]
Affections chroniques : Obésité/surcharge pondérale^{††}		
Immigrants ayant vécu ≤ 5 ans au Canada	28,9 (25,9–31,9)	0,4 (0,4–0,5) E [†]
Immigrants ayant vécu > 5 ans au Canada	48,6 (47,2–50,0)	0,8 (0,7–0,8)
Personnes nées au Canada	52,8 (52,3–53,3)	1,0
Affections chroniques : Hypertension		
Immigrants ayant vécu ≤ 5 ans au Canada	5,4 (4,0–6,8) E [†]	0,7 (0,6–0,9) E [†]
Immigrants ayant vécu > 5 ans au Canada	20,8 (19,8–21,8)	1,0 (0,9–1,1)
Personnes nées au Canada	15,5 (15,3–15,8)	1,0

Légende

*Au moins une des maladies chroniques suivantes : arthrite, cancer, diabète, maladie respiratoire chronique, maladie cardiovasculaire, troubles de l'humeur/anxiété, maladie chronique du système digestif.

**Les cotes corrigées (CC) ont été rajustées selon l'âge et le sexe.

***Troubles de l'humeur, comme la dépression, les troubles bipolaires ou la dysthymie; les troubles anxieux comme les phobies, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique.

† IC = intervalle de confiance

†† Estimation selon la taille et le poids déclarés

§ Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du colon irritable, incontinence fécale ou ulcères intestinaux/d'estomac

§§ Bronchite ou emphysème

†E = données avec coefficient de variation de 16,6 %–33,3 %; ces données doivent être interprétées avec prudence.



Pour obtenir des précisions sur les méthodes d'analyse et consulter des tableaux avec des résultats plus détaillés, voir les références en version HTML de ce numéro du Bulletin : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>



Anne-Marie Robert et Tara Gilkinson,
Direction de la recherche et de l'évaluation,
Citoyenneté et immigration Canada

Santé mentale et bien-être des nouveaux immigrants

Une récente étude portant sur les résultats de santé des immigrants dans les quatre premières années de vie au Canada présente un survol de la santé mentale selon la catégorie d'immigrant ainsi que divers autres déterminants de la santé.

Puisque l'immigration constitue une profonde transition de vie, elle engendre souvent des facteurs de stress qui peuvent avoir une incidence sur la santé mentale et sur le bien-être des immigrants¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »². La santé mentale est le pilier central d'une bonne santé générale et d'une bonne qualité de vie. La santé mentale ne se mesure pas à la seule absence de troubles et de problèmes mentaux, mais aussi à la présence de points forts qui aident à surmonter les aléas de la vie, comme la faculté d'adaptation, le sain équilibre et l'aptitude à récupérer³.

Un mot sur l'étude

La Direction de la recherche et de l'évaluation de Citoyenneté et Immigration Canada a récemment entrepris une étude pour évaluer les facteurs qui influent sur la santé mentale des nouveaux arrivants au Canada à partir de données provenant de l'Enquête longitudinale 2005 auprès des immigrants du Canada (ELIC) de Statistique Canada. La population cible de l'ELIC comprenait les résidents permanents arrivés au Canada entre octobre 2000 et septembre 2001 qui avaient 15 ans ou plus à l'arrivée. Les répondants ont été interrogés à divers moments suivant leur arrivée, soit après six mois (1^{re} vague), après deux ans (2^e vague) et après quatre ans (3^e vague). (Pour obtenir plus d'information sur l'ELIC, consulter : www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/4422-fra.htm.)

Les variables dépendantes dans l'analyse de régression (santé émotionnelle et niveau de stress) s'appuyaient sur les réponses à deux questions de l'ELIC. La variable « santé émotionnelle » a été élaborée à partir d'une question destinée aux personnes ayant vécu des problèmes émotionnels (dépression, sentiment persistant de tristesse ou de solitude) depuis leur dernière entrevue, et à celles qui n'avaient jamais eu de tels problèmes. L'indicateur du « niveau de stress » a été catégorisé à partir des niveaux de stress déclarés pour la plupart des jours : présence de stress (fort ou extrême) ou absence de stress (pas du tout/pas beaucoup/un peu).

Limites

Même si l'ELIC se prête à l'analyse par sous-groupes d'immigrants (réfugiés, travailleurs qualifiés—demandeurs principaux, travailleurs qualifiés—épouses et dépendants, et regroupement familial), elle ne permet pas de comparaisons entre les immigrants et les personnes nées au Canada. Par contre, d'autres recherches dans ce domaine révèlent un avantage de santé mentale chez les nouveaux immigrants au Canada (voir l'article à la page 17). De plus, en raison du manque d'uniformité dans la formulation de la question sur la santé émotionnelle et de l'absence de questions sur le stress pendant la première vague, les données présentées se rapportent uniquement aux 2^e et 3^e vagues.

Les résultats varient

En général, la prévalence des problèmes émotionnels chez les immigrants était de 30 % environ pour la 2^e vague et légèrement plus faible (29 %) pour la 3^e vague. La prévalence de stress était de 13 % pour la 2^e vague et de 16 % pour la 3^e vague. Voici un aperçu d'autres résultats généraux :

- On constate une prévalence supérieure de problèmes émotionnels chez les immigrantes que chez les immigrants dans le cas des deux vagues (33 % chez les femmes comparativement à 25 % environ chez les hommes).
- Les plus bas niveaux de problèmes émotionnels (17 %) et les plus bas niveaux de stress (9 % pour la 2^e vague, 13 % pour la 3^e vague) ont été relevés chez les immigrants originaires d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et de l'Europe occidentale comparativement à ceux originaires d'autres régions. Les plus hauts niveaux de stress ont été décelés chez les immigrants d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud, d'Afrique et du Moyen-Orient (environ 33 %) dans le cas des deux vagues.
- Les plus hauts niveaux de problèmes émotionnels ont été constatés chez les réfugiés (36 %) et les plus bas dans le regroupement familial (25 %).
- Les plus hauts niveaux de stress ont été observés chez les travailleurs qualifiés—demandeurs principaux (16 % pour la 2^e vague, 19 % pour la 3^e vague) et les

niveaux les plus bas chez les immigrants du regroupement familial (8 % pour la 2^e vague, 12 % pour la 3^e vague).

Examen à la loupe . . .

Les résultats de la régression logistique révèlent l'existence d'un lien entre le sexe, la catégorie d'immigrant, le quartile de revenu, la région d'origine et les perceptions du processus de réinstallation et d'intégration, d'une part, et la prévalence des problèmes d'ordre émotif ou de hauts niveaux de stress, d'autre part.

...selon le genre

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'éprouver des problèmes émotifs. Selon l'OMS, le genre constitue un déterminant essentiel des résultats de santé mentale : les femmes sont beaucoup plus souvent victimes de violence sexuelle et domestique, de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique que les hommes⁴.
- Les hommes âgés ont moins tendance que les jeunes à avoir des problèmes émotifs (contrairement aux femmes).
- Les problèmes émotifs sont plus fréquents chez les immigrantes venant d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud que chez celles qui viennent d'Asie et du Pacifique.

...selon la catégorie d'immigrant

- On a constaté que la prévalence des problèmes d'ordre émotif et les hauts degrés de stress varient selon la catégorie d'immigrant, les réfugiés y étant plus sujets que les immigrants du regroupement familial. Cette observation est confirmée par les résultats d'autres recherches fondées sur les résultats de l'ELIC indiquant que les réfugiés sont plus souvent en mauvaise santé que d'autres sous-groupes d'immigrants⁵.

...selon le niveau de revenu

- Les immigrants à faible revenu semblent plus susceptibles d'avoir des problèmes émotifs (voir la Figure 1) et de présenter des taux élevés de stress. Les nouveaux immigrants qui se situent dans les deux quartiles de revenu les plus bas avaient beaucoup plus tendance à avoir des problèmes émotifs et des niveaux de stress élevés comparativement à ceux du quartile le plus élevé. On a aussi constaté que 79 % des réfugiés étaient concentrés dans les deux quartiles de revenu les plus faibles, comparativement à 49 % des immigrants d'autres sous-groupes.

Figure 1 Pourcentage de nouveaux immigrants déclarant avoir des problèmes émotifs, selon le quartile de revenu



Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, 2005.

...selon la perception de la réinstallation et de l'intégration

- Les résultats de l'ELIC indiquent que les problèmes émotifs et les questions de bien-être sont liés, dans une large mesure, aux perceptions du processus de réinstallation et d'intégration des nouveaux immigrants. Les immigrants qui n'étaient « ni satisfaits ni insatisfaits » ou qui étaient « insatisfaits » du processus d'intégration avaient plus tendance à avoir des problèmes émotifs et à afficher des niveaux de stress élevés que ceux qui se disaient satisfaits.

Perspectives

Les résultats de ce rapport permettent de cerner diverses anomalies de santé mentale chez les nouveaux immigrants. L'ELIC a démontré que la santé mentale et le bien-être des immigrants étaient associés à divers aspects de leur intégration socioéconomique. Le rapport révèle aussi qu'en ce qui a trait à la santé mentale, les nouveaux arrivants qui sont des réfugiés sont plus à risque que ceux qui font partie d'autres sous-groupes d'immigrants. Les résultats indiquent au gouvernement du Canada qu'il faut nécessairement continuer de financer des services de réinstallation et d'intégration axés spécifiquement sur les besoins des réfugiés. En outre, il importe d'engager d'autres recherches sur la santé mentale des réfugiés au Canada pour qu'à l'avenir, les politiques et les programmes puissent être fondés sur de solides données et répondre aux attentes particulières de ce groupe. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Laura Simich, Ph.D., scientifique, Social Equity and Health Research, Centre for Addiction and Mental Health; professeure adjointe, département de psychiatrie et département d'anthropologie, Université de Toronto; Health and Wellbeing Domain Leader, Ontario Metropolis Centre (CERIS), Toronto; et **Beth Jackson, Ph.D.**, Direction des politiques stratégiques et de l'innovation, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

Pourquoi certains immigrants sont-ils en santé et d'autres pas?

Qu'est-ce qui rend les immigrants malades ou, au contraire, qu'est-ce qui les garde en bonne santé? Même si les déterminants qui influent sur l'état de santé des immigrants au fil du temps sont aussi variés que les circonstances sociales de leur vie, ils tiennent, en grande partie, à des facteurs de rétablissement, d'adaptation et d'intégration. Cet article examine les grands déterminants sociaux qui influent sur la vie des immigrants et explique la sensibilité de plusieurs d'entre eux aux interventions stratégiques.

On note de grandes différences entre les expériences de vie et les besoins physiques et mentaux d'une jeune mère réfugiée qui assiste à son premier cours de français, d'un travailleur étranger temporaire qui se blesse au travail et d'un professionnel avec un haut niveau de formation acquise à l'étranger qui cherche un emploi convenable. Par contre, et cela vaut pour tous les immigrants, les aspects de leur vie sociale qui contribuent le plus à les garder en santé sont aussi ceux qui favorisent leur adaptation et leur intégration sociale au Canada.

Comme nous l'avons vu (voir l'article en page 17), à leur arrivée au Canada, les immigrants ont tendance à être en meilleure santé que les Canadiens de souche. Par contre, leur état de santé se détériore progressivement. À quoi donc peut-on attribuer le déclin de santé observé chez les nouveaux immigrants au Canada?

Santé de la population et déterminants sociaux de la santé des immigrants

La santé de la population est un cadre conceptuel qui nous aide à déterminer pourquoi certaines populations sont en meilleure santé que d'autres, et qui sous-tend l'élaboration de politiques, la mise sur pied de programmes de recherche et l'affectation de ressources s'y rattachant¹. Santé Canada a déclaré que « l'approche axée sur la santé de la population a pour objectif général de préserver ou d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités en matière de santé² ». En 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population affirmait : « Comme approche, la santé de la population est axée sur les déterminants interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, et applique

les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations³. » Cette approche continue d'orienter les activités du portefeuille fédéral de la santé (<http://www.phac-aspc.gc.ca/portfolio-fra.php>).

Quelques déterminants de la santé

La santé ne tient pas uniquement à des facteurs biologiques. De fait, plusieurs déterminants sociaux et environnementaux connexes ont été identifiés. L'expression « déterminants sociaux de la santé » fait référence à l'organisation et à la répartition des ressources économiques et sociales qui influent directement ou indirectement sur la santé⁴. Il existe diverses mesures qui permettent de faire des liens entre le faible statut socioéconomique et l'espérance de vie réduite, le taux accru de mortalité infantile et l'insuffisance pondérale à la naissance, d'une part, et l'incidence plus forte de maladies cardiovasculaires, de blessures et de suicide⁵ d'autre part. Un gradient socioéconomique très clair s'applique à la santé, c'est-à-dire qu'il y a une grande différence entre la prévalence des maladies et les années de vie perdues liées à une mortalité précoce à tous les échelons de revenu, du quintile (20 % de la population) le plus élevé au quintile le plus faible⁵.

Les déterminants sociaux de la santé influencent la vie de tous les Canadiens, mais certains sont particulièrement pertinents à la situation des immigrants. Il est extrêmement important, par exemple, que les immigrants et leurs familles qui veulent refaire leur vie au Canada disposent d'un revenu suffisant. Divers autres déterminants ont aussi des incidences majeures sur la santé physique et mentale des immigrants :

- Le tissage de liens sociaux avec la famille, les amis et les réseaux d'entraide sociaux peut faire toute la différence et grandement aider les immigrants à atteindre un bon niveau de bien-être psychologique, à être mieux renseignés, à obtenir de l'aide au besoin, de même qu'à s'adapter et à développer un sentiment d'appartenance au Canada;
- Les capacités linguistiques en français et en anglais, ainsi que la littératie en santé sont jugés essentiels pour pouvoir accéder aux services de santé.
- Même si l'obtention d'un emploi convenable constitue une priorité aux yeux de la plupart des immigrants, plusieurs éprouvent des difficultés à trouver du travail.

Grands obstacles culturels

Les immigrants qui sollicitent de l'aide ou des services de santé se heurtent souvent à des obstacles culturels. De plus en plus, les immigrants font mention des difficultés qu'ils éprouvent en ce sens par rapport aux non-immigrants, en précisant que les services de santé actuels ne sont pas assez sensibles aux besoins culturels, religieux et linguistiques de leurs collectivités⁶. Il existe plusieurs enjeux culturels, dont l'éducation en matière de santé obtenue dans le pays d'origine, les croyances culturelles à l'égard des maladies, le manque de familiarité avec le système de santé canadien et la perception que les professionnels de la santé et les établissements de santé sont culturellement insensibles. Les immigrants eux-mêmes mentionnent une série d'obstacles, y compris la crainte de s'exprimer en anglais ou en français, la peur de l'autorité, l'isolement, le sentiment d'être perçus comme des étrangers, l'obligation de faire appel aux enfants (qui peuvent être inexpérimentés et avoir des problèmes de langue eux aussi) pour trouver la bonne information, l'ignorance des sources d'information canadiennes, les disparités culturelles et le fait d'ignorer comment faire une demande pour obtenir des services⁷.

Des risques croisés pour la santé

Les personnes qui immigreront au Canada ne forment pas un groupe homogène. Certains sous-groupes d'immigrants sont exposés à des risques croisés pour la santé pour diverses raisons, comme le sexe, le faible statut social, le manque de soutien et une dynamique familiale changeante. À titre d'exemple, les enfants et les adolescents, les mères célibataires, les réfugiés ayant subi des pertes et des traumatismes avant d'entrer au Canada, ainsi que les migrants au statut d'immigrant précaire sont assujettis à maints déterminants sociaux croisés susceptibles de menacer leur santé.

Les effets des déterminants sociaux de la santé varient d'un groupe d'immigrants à l'autre selon le statut d'immigration, le sexe, la génération et, souvent aussi, le groupe

ethnolinguistique. Ceci confirme l'importance de cerner les disparités de santé et de prévoir des interventions sanitaires et sociales qui ciblent des sous-groupes d'immigrants particuliers. Par contre, il faut aussi examiner les déterminants de la santé des immigrants dans le contexte élargi des grandes tendances sociales. La prolifération de la pauvreté, par exemple, touche une portion de plus en plus grande de la population canadienne⁸, ce qui menace encore plus la santé mentale et physique. On a confirmé l'existence de liens entre la mauvaise santé, d'une part, et la pauvreté, l'insécurité financière et la disparité des revenus d'autre part, au sein des groupes d'immigrants, surtout pendant les premières années qui suivent l'établissement des nouveaux immigrants au Canada⁹.

Accent sur les déterminants sociaux propres aux immigrants

Il existe une série de déterminants sociaux de la santé qui s'appliquent spécifiquement aux immigrants. En voici un aperçu :

Migration, réinstallation et adaptation

La plupart des immigrants arrivent au Canada le cœur plein d'espoir pour eux et pour leurs enfants, mais se rendent très vite compte qu'il est plus difficile que prévu de recommencer leur vie dans un nouveau pays. À ce moment-là, il est essentiel qu'ils puissent compter sur des réseaux d'entraide de parents et d'amis et sur un cercle grandissant d'appuis et de services structurés¹⁰. Le soutien social des membres de la famille et de la collectivité diminue le stress engendré par la migration et la réinstallation, favorise la santé mentale et physique et facilite la quête d'aide^{11,12}.

Même si beaucoup d'immigrants laissent derrière leurs traditionnels réseaux d'appuis familiaux et sociaux quand ils mettent le cap sur le Canada¹³, ce sont les réfugiés fuyant de longs conflits armés, des catastrophes naturelles ou des crises de société qui semblent souffrir le plus du stress¹⁴. Cela dit, le stress inhérent à la réinstallation et à l'adaptation, ainsi que ses risques connexes pour la santé, ne sont pas nécessairement inévitables. Des études longitudinales portant sur les réfugiés réinstallés au Canada révèlent que même les réfugiés forcés les plus vulnérables peuvent arriver à se réinstaller comme il faut et à vivre en santé si on leur offre une aide sociale, des services efficaces et des possibilités intéressantes¹⁵.

Racialisation et discrimination fondée sur la race

La *race* est un concept social. Quoi qu'il en soit, on tient souvent pour acquis que les épithètes utilisées pour qualifier la race, comme « blanche », « noire » ou « asiatique » décrivent des catégories objectives et génétiquement

discrètes. Cette perspective « génétique » est réfutée par un nombre croissant de données probantes issues des sciences biologiques et sociales indiquant que même si la race fait référence aux traits physiologiques, il s'agit d'un mécanisme de catégorisation sociale de par son origine et son maintien¹⁶.

La perception de race comme concept social mise sur la réalité d'une *discrimination fondée sur la race* liée à la notion de *racialisisation*. Elle fait référence aux procédés sociaux grâce auxquels on arrive à désigner certains groupes comme étant différents et, par conséquent, assujettis à un traitement différencié et inéquitable^{16,17,18}. La désignation d'appartenance à une race se répercute sur l'expérience collective, c'est-à-dire que les personnes et les groupes sont *racialisés* au lieu de simplement « appartenir » à une race. Le mot *racialisisation* intègre donc l'idée que la race n'est pas un fait biologique statique, mais bien un concept qui évolue au fil des interactions, des normes et des institutions sociales, et qui peut exposer les individus au racisme¹⁶.

Avant les années 1970, les vagues d'immigrants au Canada venaient surtout d'Europe. Mais depuis une décennie, le Canada accueille surtout des nouveaux arrivants en provenance d'Asie, du Moyen-Orient, d'Afrique et des Amériques. Rendus au Canada, les immigrants non européens tendent plus que les autres à faire partie de groupes sociaux racialisés souvent appelés « minorités visibles ». D'ici 2031, le Canada pourrait avoir de 11,4 millions à 14,4 millions de membres de groupes minoritaires visibles,

soit deux fois plus que les 5,3 millions dénombrés en 2006. Par contre, on s'attend à ce que la croissance du reste de la population n'atteigne pas 12 %¹⁹. Les données actuelles sur la santé révèlent que c'est la santé des immigrants non européens qui tend le plus à se détériorer au fil du temps, ce qui porte à croire que malgré un état de santé satisfaisant à leur arrivée, ces derniers ont plus de mal à rester en aussi bonne santé une fois établis au Canada (voir la Figure 1).

Les données semblent indiquer que la discrimination raciale qui survient à plusieurs niveaux sociaux, structuraux et systémiques, constitue un déterminant social émergent de la santé physique et mentale qui s'applique particulièrement aux nouveaux immigrants et aux groupes ethno-raciaux canadiens¹⁶. Selon l'Enquête sur la diversité ethnique du Canada, 20 % des répondants ont déclaré avoir « parfois » ou « souvent » fait l'objet de discrimination au cours des cinq dernières années. Près du tiers (32 %) des Noirs disent avoir été victimes de discrimination au Canada, comparativement à 21 % des Asiatiques du Sud et à 18 % des Chinois²⁰. La perception de discrimination a un impact sur la santé mentale et physique en raison de ses effets directs sur la psychologie et la physiologie individuelles et de ses liens avec d'autres déterminants sociaux de la santé²¹.

Immigrants et éducation

Même si les politiques de sélection du Canada favorisent les immigrants instruits, leurs diplômes ne leur garantissent pas nécessairement un emploi sur le marché du travail.

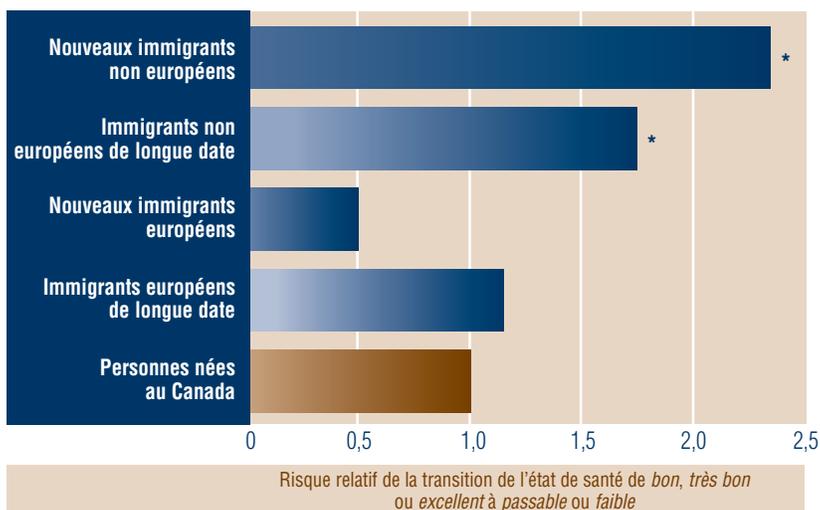
Les études révèlent que les résultats économiques des nouveaux immigrants sont moins bons depuis 2000. De fait, les nouveaux arrivants ont plus de mal à dénicher un emploi que les cohortes précédentes et le revenu relatif des nouveaux immigrants semble diminuer, malgré leur haut taux de scolarité et leurs compétences professionnelles^{22,23,24}.

Les résultats de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada démontrent que le manque d'expérience canadienne, la non-reconnaissance des titres de compétences émis dans d'autres pays et les difficultés linguistiques constituent les principaux obstacles qui bloquent l'accès des immigrants au marché du travail canadien pendant leurs quatre premières années de vie au Canada²⁵. Dans le cas des nouveaux réfugiés, on a constaté des liens entre le chômage, les problèmes financiers et les attentes déçues, d'une part, et une vulnérabilité accrue à la dépression et à ses symptômes d'autre part^{12,26}.

Sous-emploi et pauvreté chez les immigrants

Les études confirment l'association étroite qui existe entre la santé, le revenu et l'emploi²⁷, et entre la mobilité descendante et la santé. Tous ces facteurs exercent des pressions sur les immigrants qui tendent

Figure 1 Risque relatif du déclin de l'état de santé de bon, très bon ou excellent à passable ou faible (immigrants européens, immigrants non européens, personnes nées au Canada)

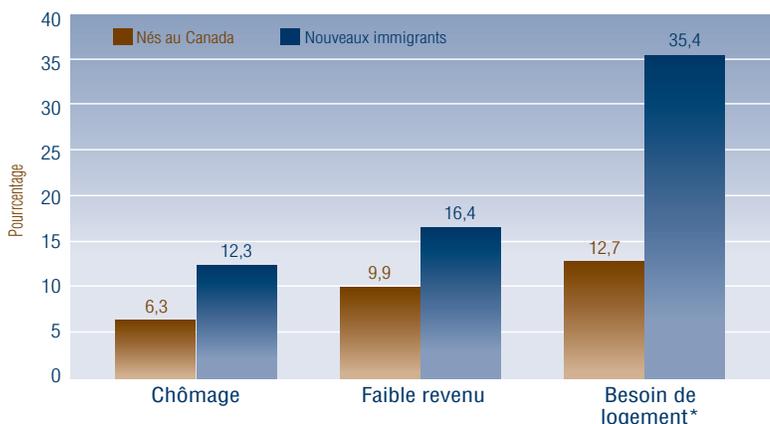


*Différence significative par rapport aux estimations pour les personnes nées au Canada ($p < 0,01$).

Nota : Toutes les variables explicatives reflètent la situation en 1994–1995. En raison de l'arrondissement, certains intervalles de confiance avec une limite supérieure/inférieure de 1,0 sont significatifs.

Source de données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1994–1995 à 2002–2003, étude longitudinale.

Figure 2 Conditions qui influent sur la santé des nouveaux immigrants par rapport aux personnes nées au Canada



*Ménages qui habitent actuellement dans des logements inadéquats, insalubres ou au coût inabordable.
Source : Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2009.

à être mal rémunérés et sous-employés au Canada²⁸. En 2004, plus d'un nouvel arrivant sur cinq en âge de travailler vivait dans la pauvreté comparativement à moins d'un individu sur dix parmi les autres Canadiens²⁸.

L'exemple suivant illustre le lien entre la mobilité descendante et la santé :

« Les membres adultes de la classe ouvrière qui ne faisaient pas partie de la classe ouvrière dans l'enfance . . . ont plus tendance à souffrir de maladies cardiaques et de diabète et à qualifier leur état de santé de passable ou mauvais que les personnes qui ne sont pas prises dans une spirale descendante. Ce sont les femmes monoparentales, ainsi que les femmes et les hommes immigrants et réfugiés qui sont les plus vulnérables aux effets de la mobilité descendante, qu'on a associée à des changements dans la continuation et la migration des ménages²⁹. »

En 2008, 42 % des immigrants étaient sous-employés, c'est-à-dire qu'ils occupaient un emploi de niveau inférieur à celui espéré, compte tenu de leur niveau d'éducation et de leurs compétences³⁰. Des facteurs comme la non-reconnaissance du niveau d'éducation et des titres de compétences des immigrants, jumelés à la discrimination dont ils sont victimes sur le marché du travail contribuent à aggraver la situation³¹. Les membres de minorités visibles tendent davantage à avoir des emplois mal payés que les autres Canadiens et à être moins bien rémunérés pour des emplois comparables à ceux qu'occupent des groupes non minoritaires³².

La Figure 2 illustre les disparités relatives à ces déterminants sociaux (avec l'ajout des besoins en matière de logement) entre les nouveaux immigrants et les personnes nées au Canada. Toutes ces difficultés socioéconomiques ont un impact majeur sur la santé des immigrants³³.

Pistes d'avenir : Des politiques sensibles aux déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé influent grandement sur la santé physique et mentale, et sur le degré de bien-être des immigrants canadiens. Des déterminants comme le sexe, la pauvreté, les possibilités d'emploi, l'appui social et la discrimination, en particulier, ont des effets sur l'accès équitable aux services de santé disponibles et sur les résultats de santé. L'étude des liens entre ces facteurs et la santé des immigrants confirme l'utilité d'élaborer des politiques pertinentes dans ce domaine.

La bonne nouvelle, c'est que les politiques peuvent réellement avoir une influence sur les déterminants sociaux de la santé et sur les iniquités en matière de santé, comme l'indiquent les exemples suivants :

- Les effets des iniquités sociales et économiques peuvent être atténués au moyen d'interventions individuelles, communautaires et structurelles, y compris :
 - l'enseignement de techniques de parentage positives (qui atténue les effets d'un faible revenu sur le développement de l'enfant)
 - l'accès amélioré au logement abordable
 - un système complet d'aide aux enfants, dont des garderies
 - l'assurance-emploi et une protection pour les travailleurs qui occupent des emplois précaires ou informels
 - la légifération en matière de salaire minimum et d'équité salariale
 - une formation accessible et innovatrice sur les langues officielles
- Il est possible de favoriser les facteurs positifs. Le fait d'offrir des appuis sociaux en milieu communautaire, par exemple, peut aider à atténuer les effets des stresseurs structurels.
- De solides systèmes de protection sociale peuvent favoriser l'équité en santé. À titre d'exemple, on a établi des liens entre la générosité des systèmes de protection universels et une meilleure santé de la population, y compris une surmortalité plus faible chez les aînés et une mortalité plus faible chez les groupes socialement défavorisés³⁴.

La poursuite des recherches sur les déterminants sociaux de la santé et leur répartition parmi les groupes d'immigrants et de réfugiés, jumelée à une rigoureuse évaluation d'interventions prometteuses auprès des personnes, des collectivités et en matière de politiques sociales, peut aider à réduire les iniquités de santé auxquelles sont confrontés les immigrants et les réfugiés qui ont choisi de vivre au Canada. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>



Les déterminants de la santé des **travailleurs agricoles migrants au Canada**

Janet McLaughlin, Ph.D.,
International Migration Research
Centre, Université Wilfrid Laurier



On sait déjà que les travailleurs agricoles migrants forment un contingent vulnérable de travailleurs étrangers temporaires. Par contre, les problèmes de santé particuliers à ce groupe n'ont pas soulevé beaucoup d'attention jusqu'ici. Cet article met l'accent sur les grands enjeux de santé qui confrontent les travailleurs agricoles migrants au Canada, sur les déterminants sociaux de la santé hautement importants pour ce groupe et l'incidence de tels facteurs sur la recherche et les politiques. Les résultats sont surtout tirés de deux recherches bibliographiques récentes entreprises pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada^{1,2}.

Au cours de la dernière décennie, le Canada a constaté un net accroissement du recours aux travailleurs étrangers temporaires, notamment à titre d'aides familiales résidentes, de travailleurs dans les chantiers de sables bitumineux de l'Alberta et de travailleurs agricoles saisonniers ou de travailleurs agricoles migrants. Entre 1998 et 2008, le nombre de travailleurs étrangers entrant au Canada a augmenté de 91,4 %, passant de 100 436 à 192 519, avant de tomber à 178 478 en 2009³.

Même s'ils ne représentent que 13,7 % de l'ensemble des travailleurs étrangers temporaires entrés au Canada en 2009⁴, les travailleurs agricoles migrants demeurent un groupe important à évaluer. Comme c'est le plus ancien groupe dans la sphère de la migration circulaire au Canada (les travailleurs qui reviennent d'une année à l'autre sans jamais immigrer), leur vécu peut aider à faire la lumière sur les problèmes potentiels qui confrontent d'autres travailleurs étrangers temporaires. En même temps, des enjeux comme la quête d'aliments peu chers et de solides systèmes alimentaires locaux, la concurrence mondiale et les questions de saisonnalité ont amené les responsables de la santé à considérer l'agriculture comme une industrie à part. Pour ces diverses raisons, pendant longtemps la santé et la sécurité des travailleurs agricoles migrants étaient moins protégées et ces derniers ne jouissaient pas des mêmes droits au travail et droits syndicaux que les travailleurs d'autres secteurs, d'où la constatation que les conditions de vie de cette main-d'œuvre étaient particulièrement précaires⁵.

Même s'ils ne représentent que **13,7 % de l'ensemble des travailleurs étrangers temporaires entrés au Canada en 2009, les travailleurs agricoles migrants demeurent un groupe important à évaluer. Comme c'est le plus ancien groupe dans la sphère de la migration circulaire au Canada (les travailleurs qui reviennent d'une année à l'autre sans jamais immigrer), leur vécu peut aider à faire la lumière sur les problèmes potentiels qui confrontent d'autres travailleurs étrangers temporaires.**

Programmes de gestion des migrations

Au Canada, l'embauche des travailleurs agricoles migrants passe d'abord et avant tout par le Programme des travailleurs agricoles saisonniers (PTAS). En place depuis 1966, ce programme de gestion des migrations embauche partout au pays des travailleurs venant du Mexique et des Caraïbes pour des périodes de travail allant jusqu'à huit mois par année, après quoi ils doivent retourner dans leur pays. À l'heure actuelle, le PTAS offre 28 000 postes environ par année dans toutes les provinces sauf Terre-Neuve-et-Labrador (voir le Tableau 1). Des travailleurs agricoles venant d'autres pays, comme la Thaïlande et les Philippines, ont également été embauchés dans le cadre du *Projet pilote relatif aux professions exigeant un niveau réduit de formation*, qui autorise la délivrance de visas de travail allant jusqu'à 24 mois aux requérants de tout pays. (Pour plus d'information, consulter : http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/travailleurs_etrangers/ptas.shtml.)

Une entente bilatérale privée conclue entre un group d'employeurs et l'Organisation internationale pour les migrations permis l'arrivée au Canada de 3 313 travailleurs agricoles migrants du Guatemala en 2008, dont 80 % travaillaient sur des fermes au Québec. Puisque beaucoup des travailleurs guatémaltèques sont d'origine maya et qu'ils parlent surtout les langues indigènes, ils tendent à éprouver des problèmes particuliers, y compris plusieurs niveaux de discrimination et divers obstacles linguistiques⁶.

Il revient aux employeurs de déterminer le pays d'origine de la main-d'œuvre qu'ils embauchent et la proportion de femmes qui

Tableau 1 Nombre de travailleurs étrangers temporaires faisant partie du Programme des travailleurs agricoles saisonniers, selon la province d'embauche*

Province	2006	2007	2008	2009
Île-du-Prince-Édouard	81	131	118	145
Nouvelle-Écosse	322	407	622	805
Nouveau-Brunswick	17	25	19	28
Québec	3 171	3 595	3 758	3 754
Ontario	18 097	18 744	18 552	17 989
Manitoba	311	299	343	362
Saskatchewan	42	84	101	124
Alberta	527	684	950	1 010
Colombie-Britannique	1 484	2 614	3 768	3 437
Canada—Total**	24 050	26 622	28 231	27 654

*À l'exclusion de Terre-Neuve-et-Labrador qui n'offrent pas le PTAS.

**Il se peut que la somme des éléments ne corresponde pas aux totaux en raison de la méthodologie utilisée. Voir Source.

Source : Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Programme des travailleurs étrangers temporaires, 2010⁷.

s'y trouve. En général, les travailleurs agricoles migrants sont des hommes jeunes ou d'âge moyen issus de groupes racialisés, peu éduqués et dont le statut socioéconomique est modeste. Ces travailleurs sont assujettis à un examen médical avant de quitter leur pays, ce qui aide à garantir la bonne santé générale de la plupart d'entre eux à leur arrivée au Canada. Il importe de mentionner qu'un nombre indéterminé de travailleurs agricoles migrants sont embauchés illégalement et courent donc un plus grand risque de se retrouver dans des situations fort précaires^{8,9}.

Les DSS et les travailleurs agricoles migrants

Selon plusieurs études américaines^{10,11,12} et un noyau grandissant de recherches canadiennes^{13,14,15}, les travailleurs agricoles migrants sont très vulnérables à divers problèmes de santé, particulièrement en ce qui a trait à la santé au travail et à l'hygiène du milieu, à la santé sexuelle et reproductive, à la santé mentale et aux maladies chroniques et infectieuses. Un certain nombre de problèmes touchant les déterminants sociaux de la santé peuvent engendrer de mauvais résultats de santé, comme l'illustrent les paragraphes suivants.

Emploi et conditions de travail

Les conditions de travail des travailleurs agricoles migrants sont généralement exigeantes et hors de leur contrôle. Les travailleurs agricoles sont exposés à certains problèmes de santé au travail en raison des risques associés aux produits agrochimiques, à la machinerie, à la saleté, aux végétaux, aux conditions climatiques extrêmes et aux mauvaises positions ergonomiques répétitives. Malgré les modalités contractuelles du PTAS touchant la formation et l'équipement de protection personnelle pour les travailleurs qui

manipulent des pesticides, les mesures de protection en matière de santé et de sécurité au travail sont inégales et souvent insuffisantes. En outre, la précarité des contrats temporaires des travailleurs mine leur aptitude à obtenir une protection et à exercer leurs droits. Les travailleurs agricoles migrants ne sont généralement pas en mesure de changer librement d'employeur, entre autres. La crainte de perdre son emploi ou d'être déporté contribue, dans une large mesure, à la détérioration de leur santé. Quand les travailleurs agricoles migrants sont trop malades ou trop blessés pour continuer de travailler, on les renvoie généralement dans leur pays, où ils ont rarement accès à des régimes d'assurance-santé canadiens. (Dans certains cas, les travailleurs blessés peuvent avoir droit à une aide financière aux fins d'indemnisation des accidents du travail, mais ils doivent surmonter un grand nombre d'obstacles avant de pouvoir profiter de ces indemnités, qui s'avèrent limitées.) Tous ces facteurs constituent des embûches majeures qui découragent les migrants de réclamer de meilleures conditions de travail et de déclarer leurs blessures et maladies afin de remédier au problème.

Revenu et statut social

Les travailleurs agricoles migrants vivent souvent dans la pauvreté. De plus, leurs revenus, qui sont déjà à la limite ou juste au-dessus du salaire minimum, sont réduits par divers facteurs, comme les horaires changeants propres au travail saisonnier, l'exclusion d'avantages comme les vacances, les heures supplémentaires et les avantages courants de l'assurance emploi, ainsi que de nombreuses déductions salariales. La faiblesse des revenus peut nuire de maintes façons à la santé des migrants, y compris leur inaptitude à utiliser des moyens de transport sûrs et à manger suffisamment et sainement.

De fait, la malnutrition constitue un problème notoire parmi les travailleurs agricoles migrants, tout comme les blessures subies en empruntant des modes de transport peu sûrs, comme les vélos mal entretenus.

Soutien social et interdépendance

Le soutien social et l'interdépendance s'avèrent particulièrement importants en vue d'alléger le stress des contraintes qu'endurent les travailleurs agricoles migrants et de les aider à maintenir leur santé physique, émotive et mentale. Les travailleurs étrangers profitent rarement de réseaux d'entraide et d'appuis communautaires en raison de leur isolement, de l'absence de services dans les zones rurales, d'obstacles culturels et linguistiques qui les empêchent de communiquer avec les Canadiens, de leur séparation de leur famille et de leurs réseaux de soutien traditionnels, ainsi que de la nature restrictive de leur travail et de leurs conditions de vie difficiles qui compliquent grandement leur intégration à la collectivité. Toutes ces circonstances peuvent constituer des vecteurs de maladies mentales donnant lieu à la dépression, à l'anxiété, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

Logement et milieu de vie

Puisque les règlements et les inspections sur le logement sont disparates et peu exigeants, les conditions de vie et l'état de salubrité des locaux qui abritent les travailleurs migrants varient considérablement, mais bien souvent, ces logements sont surpeuplés*. Par conséquent, les travailleurs agricoles migrants tendent à mal dormir et sont plus exposés aux maladies infectieuses, autant de facteurs qui posent une menace pour la santé. Les travailleurs n'osent pas se plaindre de leurs mauvaises conditions de vie et ignorent souvent leurs droits. De plus, dans bien des cas, leur propriétaire est aussi leur employeur, c'est-à-dire une personne dont dépend leur possibilité de rester ou de revenir au Canada.

Accès aux soins de santé et littératie en santé

Bien qu'en principe, les travailleurs agricoles migrants qui travaillent en toute légalité au Canada aient droit aux soins de santé, la pratique est toute autre car beaucoup éprouvent des difficultés à accéder au système. Plusieurs obstacles entrent en jeu, y compris un horaire de travail surchargé, l'inaccessibilité à un moyen de transport indépendant et sûr, le refus de quitter le travail (ou même d'avertir l'employeur) en cas de maladie ou de blessure par crainte de perdre son emploi, la menace de rapatriement des travailleurs malades ou blessés, ainsi que la longue attente avant d'obtenir sa carte d'assurance-santé, dont la demande doit être faite par l'employeur. Même quand les travailleurs agricoles migrants finissent par obtenir des soins de santé, leur manque de littératie en santé pose

d'autres difficultés, y compris les obstacles linguistiques et les disparités culturelles en prestation des soins, la faible scolarité et l'analphabétisme; à quoi il faut ajouter le manque d'information et de soutien offerts aux travailleurs agricoles migrants, d'une part, mais aussi aux fournisseurs de soins de santé qui ont parfois du mal à leur fournir des services et à les suivre.

Enjeux hommes-femmes

Les femmes n'occupent qu'un très petit nombre de postes destinés aux travailleurs agricoles migrants (3 % du PTAS et 7 % du programme guatémaltèque environ). Par contre, elles sont confrontées à des situations qui leur sont propres. L'exposition aux produits chimiques et à d'autres dangers peut perturber leur cycle menstruel et leur système reproducteur. En outre, beaucoup de femmes sont sollicitées sexuellement ou quasiment forcées à établir une relation amoureuse, tandis que d'autres sont harcelées sexuellement par leurs collègues ou leurs employeurs. Les grossesses non désirées et les maladies transmises sexuellement font partie des risques qui menacent les femmes. Il est particulièrement difficile pour elles de négocier des services de santé (surtout quand il s'agit de questions délicates comme la santé sexuelle et la reproduction) avec des employeurs ou des superviseurs majoritairement masculins faisant office d'intermédiaires. Enfin, la plupart des travailleuses agricoles sont des mères célibataires qui laissent leurs enfants à la maison sans surveillance. L'anxiété que sèment ces problèmes et d'autres impose un lourd fardeau émotif et mental à un grand nombre de ces femmes¹⁶.

Incidences sur la recherche et les politiques

Les questions de santé des migrants ont des incidences sur les travailleurs agricoles migrants et sur leurs sociétés, de même que sur les collectivités canadiennes où ils vivent et travaillent. Des améliorations doivent être apportées dans plusieurs secteurs stratégiques pour atténuer les effets néfastes des déterminants sociaux de la santé sur cette population vulnérable, sans oublier les enjeux particuliers aux femmes et aux disparités ethniques. Ceci comprend les conditions de travail, les contrats et les garanties juridiques, la formation et les inspections en matière de santé et de sécurité, le logement et les inspections, le transport, les appuis sociaux, juridiques et linguistiques, les soins de santé, l'éducation et l'assurance. D'autres recherches s'imposent pour mieux comprendre les changements à apporter aux politiques et la meilleure façon d'y arriver, en particulier des études axées sur les politiques et les déterminants sociaux de la santé et sur les résultats de santé des travailleurs agricoles migrants, le tout ancré dans un contexte canadien. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rp>

*En dépit des normes nationales minimales sur le logement des travailleurs agricoles établies par Ressources humaines et Développement des compétences Canada, les études démontrent que les conditions varient énormément d'un lieu à l'autre.

Le VIH/sida et la tuberculose chez les migrants au Canada

Alain Houde, Victor Gallant, Jessica Halverson, Gayatri Jayaraman, Susanna Ogunnaiké-Cooke, Monica Palak, tous du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada

Les auteurs désirent souligner la participation d'Ilene Hyman, Ph.D., Dalla Lana School of Public Health and Cities Centre, Université de Toronto, au présent article.

Malgré l'effet « immigrant en santé » qui protège contre diverses maladies chroniques, un nombre disproportionnel d'immigrants sont atteints du VIH et de la tuberculose, deux maladies infectieuses endémiques dans certaines régions du monde. Cet article décrit l'épidémiologie des infections et coinfections tuberculeuses et au VIH au Canada et explique leurs effets sur le processus d'immigration et sur la période post-migratoire. De fait, à leur arrivée en sol canadien, il se peut que les personnes infectées éprouvent des difficultés à obtenir des soins préventifs, des traitements et des services de soutien. Cette situation constitue une menace pour la santé publique.

Au Canada, tout comme aux États-Unis et dans les pays d'Europe occidentale et centrale, les épidémies nationales d'infection au VIH sont surtout concentrées dans des tranches de population particulières, dont certains groupes de migrants¹. Les migrants canadiens les plus touchés par le VIH/sida sont surtout les personnes qui viennent de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. Ces groupes sont également plus vulnérables aux infections tuberculeuses. La forte prévalence du VIH et de la tuberculose dans ces pays est associée à un taux plus élevé de ces maladies chez les personnes originaires de ces régions qui immigreront au Canada.

Infection au VIH

Les données du recensement de 2006 indiquent qu'entre 2001 et 2006, le pourcentage de tous les nouveaux immigrants au Canada provenant de pays où la prévalence du VIH est endémique² a augmenté de 2,00 % à 2,16 %. En 2006, ce groupe représentait 2,3 % de la population canadienne. La plupart de ces personnes habitaient en Ontario (63 %) et on en trouvait aussi une bonne proportion au Québec (19 %). La plupart (96,4 %) habitaient dans les 48 centres urbains les plus peuplés au Canada³.

À la fin de 2008, au Canada, quelque 65 000 individus vivaient avec une infection au VIH. Les

personnes hétérosexuelles venant de pays où le VIH a pris des proportions endémiques⁴ représentaient 14 % environ de tous les cas d'infection au VIH prévalentes. En 2008, on dénombrait entre 2 300 et 4 300 nouvelles infections au VIH, dont 16 % dans la catégorie de risque hétérosexuel-endémique (voir l'encadré ci-dessous). On estime que le nombre de nouvelles infections chez les personnes venant de pays où la présence du VIH est endémique est 8,5 fois supérieur au nombre d'infections chez les autres Canadiens⁵. En 2005, les femmes venant de pays où la présence du VIH est endémique représentaient une forte proportion des nouveaux cas diagnostiqués d'infection au VIH chez les femmes⁶.

Les données de surveillance ayant trait aux personnes testées au Canada ne permettent pas de faire des distinctions claires entre les infections au VIH contractées à l'étranger et celles contractées au Canada. Un exercice de modélisation mené en 2004 porte à croire qu'en Ontario, 20 % à 60 % des nouvelles infections décelées au sein du groupe VIH-endémique sont survenues après l'arrivée des personnes au Canada⁷.

Infection tuberculeuse

Depuis une décennie, 80 % des immigrants et réfugiés qui arrivent au Canada chaque année sont originaires de pays où l'incidence de tuberculose est élevée^{9,10}. Même si le taux d'incidence déclarée de tuberculose active (nouveaux cas et rechutes) chez les Canadiens nés à l'étranger a diminué en dix

Catégories d'exposition à une infection au VIH⁸

- ▶ Transmission périnatale
- ▶ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
- ▶ Utilisateurs de drogues par injection (UDI)
- ▶ HARSAH—UDI
- ▶ Récipiendaires de sang et de produits sanguins
- ▶ Contacts hétérosexuels :
 - venant d'un pays où le VIH a des proportions endémiques
 - contacts sexuels avec une personne à risque
 - aucun risque identifié
- ▶ Exposition professionnelle
- ▶ Autre

ans (de 21,2 pour 100 000 habitants en 1998 à 13,7 pour 100 000 habitants en 2008), le nombre de *nouveaux* cas de tuberculose (un sous-ensemble des cas actifs—voir l'encadré à la page 35) déclarés chaque année parmi les personnes nées à l'étranger dans le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose n'a pas beaucoup changé depuis 1970, puisqu'on dénombre chaque année quelque 1 020 *nouveaux* cas parmi cette population (voir la Figure 1)¹¹. Le taux d'incidence reflète la réalité d'une plus grande population née à l'étranger (le dénominateur utilisé pour calculer les taux) vivant aujourd'hui au Canada.

Même si le nombre total de cas de tuberculose *active* déclarés au Canada est demeuré stable, la proportion de cas diagnostiqués chez les personnes nées à l'étranger a nettement augmenté, passant de 18 % de tous les cas *actifs* en 1970 à 63 % en 2008. En 2008 toujours, un nombre total de 1 604 cas de tuberculose *active* ont été déclarés au Canada, dont 1 004 (62,6 %) chez des personnes nées à l'étranger¹¹.

Dynamique de la coinfection VIH-tuberculose

Chez les personnes avec une infection tuberculeuse latente, la coinfection au VIH constitue le principal facteur de risque susceptible d'engendrer un cas actif de tuberculose assorti d'un risque annuel d'évolution vers un cas actif de tuberculose de 3 % à 13 %. En outre, la présence de tuberculose peut avoir pour effet d'accélérer l'infection au VIH chez certains. Par conséquent, il s'avère extrêmement important de détecter l'existence d'une infection tuberculeuse chez les personnes infectées au VIH¹⁰.

La tuberculose pharmacorésistante pose un défi de taille et nuit à l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose. L'infection au VIH a été associée à des flambées de cas de tuberculose multipharmacorésistante en milieu institutionnel résultant, en grande partie, des mesures de contrôle inadéquates des infections dans les hôpitaux et les prisons¹². Jusqu'ici, toutefois, les données sur les liens entre le VIH et la tuberculose pharmacorésistante au sein de la population sont rares, ce qui pose un défi additionnel sur le plan de la santé publique¹³.

Déterminants de la santé et infection

Outre les coinfections, des déterminants de la santé comme le revenu, la scolarité, l'emploi, le logement, le développement dans la petite enfance, la culture, l'accès

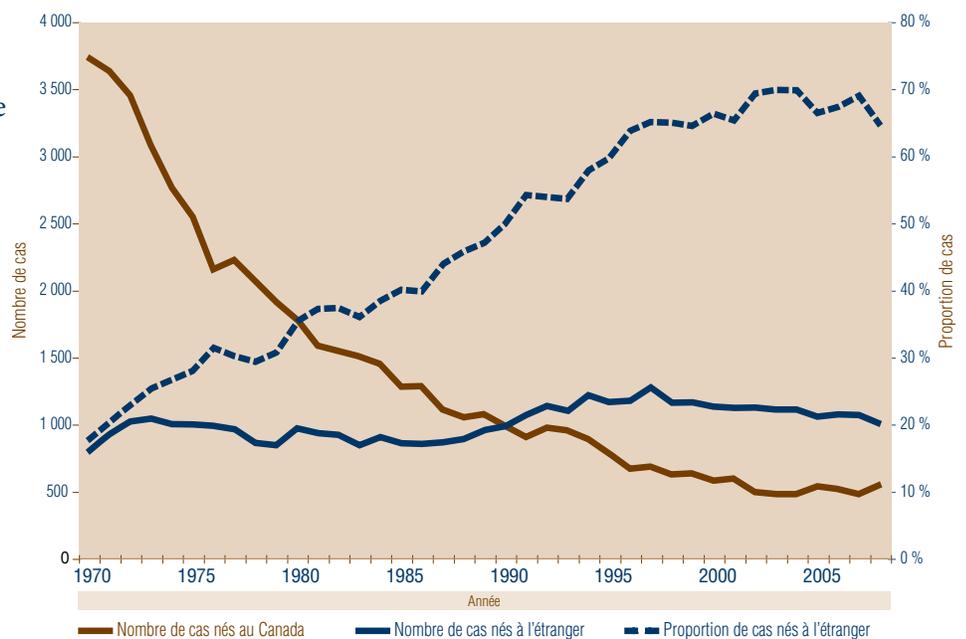
aux services de santé, les réseaux d'entraide et le sexe ont tous une influence sur l'aptitude d'une personne à rester en bonne santé. Les déterminants de la santé se heurtent aux défis inhérents au processus d'immigration, ainsi qu'au stigmate entourant le VIH et la tuberculose. Les personnes de race noire, par exemple, ne réagissent pas de la même façon que d'autres groupes aux diverses thérapies utilisées pour traiter le VIH/sida¹⁴. De plus, la vulnérabilité biologique des femmes au VIH/sida (le risque de contracter le VIH lors de la pénétration) est plus grand chez les femmes que chez les hommes et s'aggrave selon les circonstances économiques et sociales. De fait, la violence sexuelle et physique faite aux femmes a un impact direct sur leur aptitude à se protéger contre le VIH¹⁵.

Plusieurs de ces facteurs ont été étudiés en détail dans un rapport de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé : *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique—Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*¹⁶.

Immigration, VIH et tuberculose

Le processus d'immigration a des incidences majeures sur la santé et le bien-être des personnes atteintes du VIH ou de la tuberculose. Citoyenneté et Immigration Canada évaluent toutes les demandes d'immigration pour déterminer l'admissibilité médicale, et les nouveaux arrivants au pays doivent obligatoirement subir des tests pour détecter la présence du VIH ou de la tuberculose. Pour qu'une personne soit jugée

Figure 1 Cas de tuberculose active déclarés, selon le lieu de naissance, Canada, 1970-2008



Source : Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, Prévention et contrôle de la tuberculose, Agence de la santé publique du Canada.

inadmissible pour cause de santé, elle doit avoir une maladie susceptible de menacer la santé et la sécurité publiques, ou qui imposerait un fardeau excessif au système de santé et aux services sociaux canadiens. (Les critères de fardeau excessif ne s'appliquent pas à certains groupes d'immigrants, comme les réfugiés et quelques demandeurs du regroupement familial.)

Puisqu'on considère que l'infection au VIH ne constitue généralement pas un danger pour la santé ou la sécurité publiques, les personnes séropositives au VIH peuvent être admises au Canada, du moment qu'elles satisfont à tous les autres critères d'admissibilité applicables¹⁶. Par contre, lorsque les tests révèlent la présence de tuberculose active, la demande du candidat est rejetée jusqu'à ce qu'il puisse démontrer qu'il a subi tous les traitements requis et qu'il n'est plus contagieux. Les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire inactive ont le droit d'entrer au Canada, mais ces dernières sont placées sous surveillance médicale par les instances de santé provinciales ou territoriales¹⁰.

La plupart des cas de tuberculose active observés chez les personnes nées à l'étranger résultent de la réactivation d'une infection tuberculeuse latente acquise avant l'immigration au Canada. La maladie se manifeste le plus souvent pendant les deux premières années de vie au pays. Entre 1998 et 2008, 11 % des personnes arrivées au Canada avec une tuberculose latente présentaient un diagnostic de tuberculose active dans l'année suivant leur arrivée au Canada, alors qu'une autre tranche de 11 % de ce groupe recevait ce diagnostic au cours de leur deuxième année ici. En tout, 44 % des cas de tuberculose active étaient diagnostiqués dans les cinq premières années de vie au Canada (voir la Figure 2). L'état du VIH (positif ou négatif) n'était connu que dans 22 % des cas de tuberculose active apparue au cours des cinq premières années suivant l'arrivée au Canada¹¹.

Points vulnérables associés à la séropositivité pour le VIH

Un diagnostic de séropositivité pour le VIH par suite de l'examen médical obligatoire des jeunes et des adultes qui immigrent au Canada (une composante du processus d'examen médical des immigrants) peut avoir de nombreuses répercussions. Au Canada, un diagnostic de séropositivité pour le VIH soulève des questions de confidentialité et peut compliquer la réunification avec les enfants et la famille et restreindre l'aptitude à travailler et à envoyer de l'argent à des proches vivant à l'extérieur du Canada. Il se peut que les personnes diagnostiquées comme séropositives pour le VIH ignorent leurs droits au Canada ou craignent qu'un diagnostic de séropositivité les empêche de rester au Canada¹⁷.

L'accès à des services de santé adéquats s'avère essentiel pour aider ces personnes à composer avec un tel fardeau et le stress qu'il engendre¹⁸. Il se peut qu'un immigrant nouvellement diagnostiqué ne soit pas en mesure d'accéder

Termes clés¹⁰

Cas de retraitement de la tuberculose : Il s'agit d'une personne qui a déjà souffert de tuberculose active et dont l'affection est diagnostiquée comme un cas récurrent de tuberculose active.

Incidence : Il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée recensés au sein d'un groupe démographique particulier pendant une période de temps spécifique.

Infection tuberculeuse latente : Les personnes avec une infection tuberculeuse latente sont infectées par les bactéries qui causent la tuberculose, mais rien n'indique la présence de tuberculose cliniquement active dans leur système. Ces personnes ne sont donc pas contagieuses (c.-à-d. qu'elles ne peuvent transmettre l'infection à d'autres). Par contre, l'infection tuberculeuse latente peut finir par se transformer en tuberculose active.

Nouveau cas de tuberculose active : Il s'agit d'un cas nouvellement diagnostiqué de tuberculose active chez une personne sans antécédents de la maladie et sans preuve documentée indiquant qu'elle a déjà été victime de tuberculose active dans le passé.

Tuberculose active : Les bactéries qui causent la tuberculose deviennent actives si le système immunitaire est affaibli et n'arrive pas à empêcher leur prolifération. Les personnes souffrant de tuberculose active sont contagieuses et peuvent transmettre ces bactéries à d'autres.

Tuberculose à bacilles multi-résistants : Tuberculose causée par des souches de *Mycobacterium tuberculosis*, qui résistent aux deux antituberculeux les plus puissants que sont l'isoniazide et la rifampicine.

aux soins et aux services de soutien offerts aux patients atteints du VIH¹⁷. Plusieurs obstacles compliquent l'accès, y compris la pénurie de renseignements pertinents et culturellement adaptés, les problèmes de communication et l'ignorance des services offerts. De plus, bien des personnes aux prises avec le VIH/sida ou à risque de contracter la maladie ne partagent pas l'opinion que le système de santé est digne de confiance et qu'ils auraient avantage à solliciter ses services.

La politique canadienne sur la tenue obligatoire de tests de dépistage du VIH peut aussi avoir des effets involontaires, comme l'a démontré une étude sur la vulnérabilité et les risques sexuels menée auprès de jeunes d'origine africaine de Windsor, en Ontario. Les chercheurs ont alors conclu que « tant les femmes que les hommes participants se pensaient moins vulnérables au VIH au Canada car ils croyaient que les services d'immigration du Canada ne délivraient de visas qu'aux personnes en parfaite santé » [traduction libre]. Ce faux sentiment de sécurité pourrait avoir l'effet contraire en incitant les jeunes à adopter, entre

pairs, des comportements à risque favorisant l'infection au VIH, comme des relations sexuelles non protégées¹⁹.

Facteurs culturels et infection au VIH

Les pratiques et normes culturelles inhérentes au pays d'origine peuvent également exacerber la vulnérabilité d'une personne au VIH/sida. Le sexe, par exemple, est souvent considéré comme un sujet tabou. Par conséquent, les leaders communautaires et religieux tendent à ignorer ou contourner la question, ce qui décourage la discussion sur la prévention contre le VIH et prive de soutien les personnes séropositives pour le VIH. Les gens infectés ou vivant avec le VIH/sida tendent souvent à s'isoler par crainte des effets de la divulgation. Certains croient même que les individus diagnostiqués méritent ce qui leur arrive, particulièrement s'ils ont un diagnostic séropositif pour le VIH et s'identifient comme homosexuels. De fait, il y a encore au Canada des groupes de personnes homophobes ou qui nient carrément l'existence de l'homosexualité^{17,20}. La citation ci-contre illustre en quoi la crainte de stigmatisation et d'ostracisme peut empêcher certaines personnes d'accéder au soutien et aux services dont elles ont besoin au sein de collectivités du pays d'origine, ainsi que les risques associés à la divulgation de la séropositivité pour le VIH.

Signes de résilience

Malgré les embûches, beaucoup d'immigrants canadiens arrivent à surmonter les obstacles propres à la réinstallation et à l'adaptation, et à contrer leurs éventuels effets négatifs. Le degré d'intégration des groupes d'immigrants à l'ensemble

de la société canadienne, jumelé à la qualité des liens qui se tissent entre membres d'un même groupe constituent des facteurs clés qui influent sur leur état de santé et leur qualité de vie²¹. Ces réseaux sociaux sont jugés essentiels car ils aident à instaurer un sentiment d'appartenance, à promouvoir l'intégration économique et sociale, à améliorer l'accès aux services communautaires, à réduire les méfaits du stress, à faciliter l'adaptation des nouveaux arrivants à leur nouvelle vie et à favoriser la bonne santé physique et mentale^{22,23}.

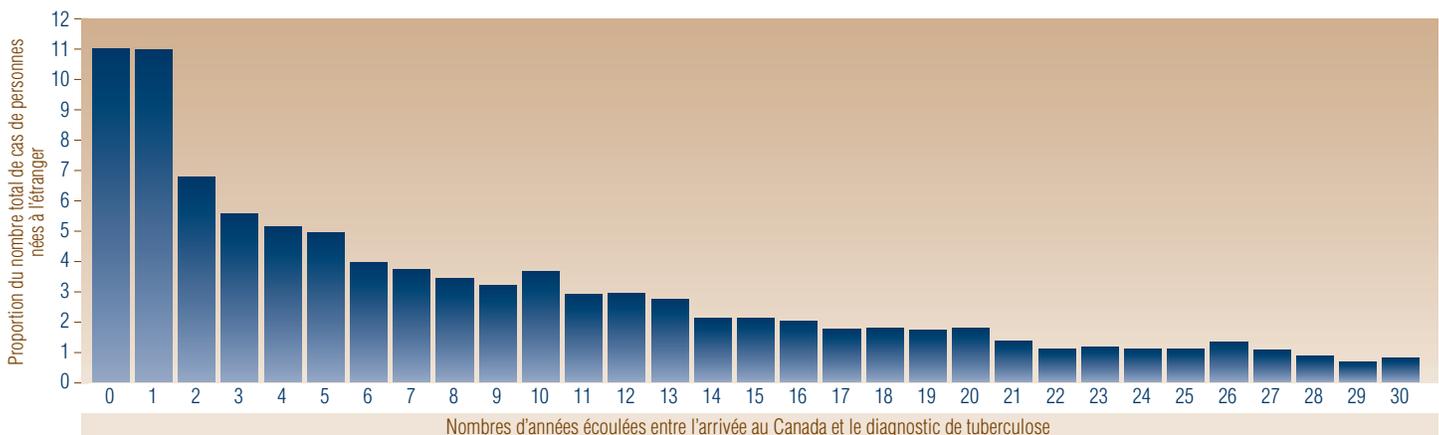
Au Canada, beaucoup de collectivités migrantes ont démontré leur aptitude à établir des réseaux inclusifs au profit des personnes atteintes du VIH et de la tuberculose¹⁸. Le Sous-comité de l'immigration du Comité canadien de lutte antituberculeuse (qui fournit au Comité canadien de lutte antituberculeuse des avis probants sur la prévention et le contrôle de la tuberculose chez les immigrants au Canada), la Coalition interagence sida et développement, ainsi que le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (qui traite des questions de VIH/sida chez les immigrants) constituent autant de groupes d'intervenants canadiens qui exercent un solide leadership et sont animés par une même volonté ferme d'agir. Leurs inlassables efforts en vue de sensibiliser les gens et d'éliminer la stigmatisation et l'ostracisme continuent d'aider les immigrants à saisir toute l'importance de ces questions pour leurs collectivités^{10,16}. ■

« Quand tu es homosexuel, tu te retrouves au fond du baril. Si on ajoute le sida, tu te retrouves sous le maudit baril. Tu arrives au fin fond du baril, puis on te pousse plus creux encore vers le fond du fond du baril. Rendu là, tu es complètement seul. »

—Homme de Trinidad infecté au VIH²⁴

Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Figure 2 Pourcentage de cas déclarés de tuberculose chez des personnes nées à l'étranger diagnostiquées entre 1998 et 2008, selon le nombre d'années entre l'arrivée et le diagnostic



Source : Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, Prévention et contrôle de la tuberculose, Agence de la santé publique du Canada.

Recours des immigrants et des réfugiés canadiens aux **services de santé**

Sarah McDermott, Direction des initiatives stratégiques et des innovations, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada; **Shamali Gupta**, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada; **Marie DesMeules**, directrice, Division des initiatives sur les déterminants sociaux et mondiaux, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada; **Douglas Manuel**, Institut de recherche en services de santé; **Arminée Kazanjian**, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique; **Bilkis Vissandjée**, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; **Elizabeth Ruddick**, Citoyenneté et Immigration Canada; et **Erich Kliewer**, CancerCare Manitoba

Depuis quelques décennies, la proportion de la population canadienne née à l'étranger n'a cessé d'augmenter. Il importe donc, plus que jamais, de compiler des données sur l'état de santé de ce groupe démographique pour déterminer, entre autres, dans quelle mesure le système de santé actuel répond à ses besoins. Cet article s'intéresse aux résultats d'une étude conjointe sur les modes de recours aux services de santé chez les immigrants et les réfugiés vivant au Canada.

Le paysage démographique canadien a beaucoup évolué depuis quelques décennies et tout indique que cette diversification s'accroît. Alors qu'en 2006, 19,8 % des Canadiens étaient nés à l'étranger¹, les récentes projections démographiques estiment que d'ici 2031, de 25 à 28 % des Canadiens pourraient être nés à l'étranger².

La diversité croissante de la population résultant de vagues successives d'immigration pose de nouveaux défis au système de soins de santé. En effet, la vulnérabilité particulière des immigrants nouvellement établis en terre étrangère peut compliquer leur accès aux services de santé, pourtant une composante clé des interventions sanitaires offertes par les pays d'accueil³. Une récente étude révèle que les immigrants qui éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé ont beaucoup plus tendance que les autres à souffrir de troubles émotifs et de niveaux de stress élevés⁴.

Pourquoi mettre l'accent sur le recours aux services de santé?

Même si les immigrants et les réfugiés constituent un important segment de la population canadienne, on ne sait pas encore grand chose sur leurs profils de santé uniques et sur leurs besoins particuliers en matière de soins. Certaines études portent à croire qu'en général, les nouveaux immigrants sont des « sous-utilisateurs » du système de santé, mais on n'a toujours pas établi si cette sous-utilisation tient au fait que leurs besoins de santé sont moins grands ou qu'ils ont de la misère à surmonter les obstacles sociétaux et culturels qui se posent^{5,6}. Certaines données probantes suggèrent que les disparités observées entre l'état de santé pourraient refléter la variabilité des attributs personnels, de l'expérience migratoire et du pays d'origine^{5,7}.

Au début de l'étude présentée ici, il existait très peu de données pancanadiennes détaillées sur le recours des immigrants et des réfugiés aux services de santé, et personne

n'avait analysé en profondeur l'information disponible sur les sous-groupes d'immigrants et de réfugiés (c.-à-d. selon la catégorie d'immigrant, le pays d'origine et la durée de vie au Canada) en rapport avec divers diagnostics et regroupements par spécialisation médicale.

C'est dans le but de combler cette lacune que Citoyenneté et Immigration Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, avec l'aide financière de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, ont mis sur pied un projet national d'évaluation de la santé des immigrants à l'échelle pancanadienne. Cette étude s'est intéressée à la fois à l'état de santé des immigrants et des réfugiés canadiens, et au recours des immigrants et des réfugiés canadiens aux services de santé. Aux fins du présent article, les auteurs ont toutefois décidé de mettre l'accent sur les résultats du second volet ayant trait au recours aux services de santé.

Projet national d'évaluation de la santé des immigrants

Cette étude a été conçue pour brosser un tableau détaillé et complet du recours aux services de santé par les immigrants et les réfugiés, tenant compte de la dimension hétérogène de ce groupe. Pour ce faire, les résultats de l'étude ont été ventilés selon la catégorie d'immigrant (c.-à-d. les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié au Canada, les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié dans un autre pays, les immigrants économiques-demandeurs principaux, les conjoints, fiancés et autres personnes à charge parrainés), la région de naissance (pays d'Europe, d'Asie, etc.) et selon la durée du séjour au Canada. À moins d'avis contraire, le terme « immigrant » tel qu'utilisé dans le contexte du présent article englobe les groupes d'immigrants (regroupement familial et immigrants économiques) et les groupes de réfugiés (statut de réfugié accordé par le Canada, statut de réfugié accordé par un autre pays).

Les taux normalisés de recours aux services de santé (n = 2 713 676) entre 1998 et 2000 ont été calculés par couplage des données sur la santé (c.-à-d., les données sur le congé de l'hôpital et celles des bases de données sur les demandes de médecins de chaque province) et des données sur l'immigration (c.-à-d., le Système de données sur les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement) portant sur les immigrants établis au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique arrivés au Canada entre 1985 et 2000.

Des groupes témoins ont été établis, soit des résidents canadiens (y compris des immigrants arrivés au Canada avant 1985) du même âge et du même sexe relevant de la même compétence d'unité de santé. Les taux de recours des immigrants aux services de santé ont ensuite été comparés à ceux des groupes témoins à l'aide de ratios des taux. Tous les taux ont été stratifiés selon plusieurs facteurs, y compris la catégorie d'immigrant, le sexe, le pays, la région de naissance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la durée du séjour dans la province d'accueil.

Recours variable aux services de santé selon la catégorie d'immigrant

En général, le taux de recours aux services de santé était plus faible chez les immigrants que chez le groupe témoin, à savoir 5 à 24 % moins de visites chez le médecin et 36 à 54 % moins de congés de l'hôpital.

Des disparités sont aussi apparues entre les taux de recours aux services de santé de divers sous-groupes d'immigrants. Les personnes ayant obtenu le statut de réfugié au Canada utilisaient autant ou davantage les services de médecins que les membres du groupe témoin. En outre, ils

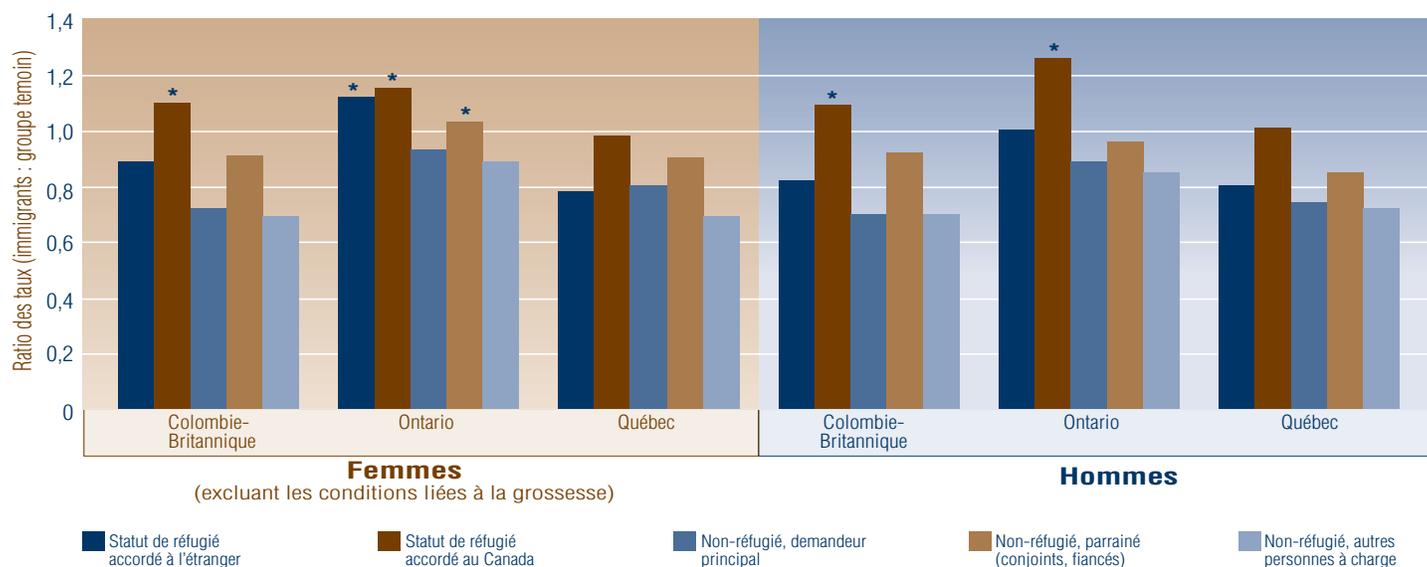
se prévalaient beaucoup plus de services de médecins et de services hospitaliers que les immigrants d'autres sous-groupes (voir la Figure 1). Divers facteurs pourraient expliquer ce constat, dont une moins bonne santé (départ urgent du pays d'origine en raison de crises politiques, de conflits sociaux, etc.) que celle des réfugiés qui planifient leur immigration à partir de leur pays d'origine ou qui arrivent d'un camp de réfugié désigné. En général, ce sont les immigrants économiques-demandeurs principaux qui faisaient le moins appel aux services de santé par rapport au groupe témoin et aux deux sous-groupes de réfugiés. Ceci pourrait tenir au fait qu'ils ont moins de problèmes de santé.

Recours aux services de santé variable selon la région de naissance

En gros, les immigrants venant de la région du Pacifique Ouest étaient ceux dont le taux de recours aux services de santé était toujours le plus faible. Un examen plus poussé a fait ressortir les différences suivantes entre les taux de recours aux services de santé des immigrants dans les provinces d'accueil (voir la Figure 2) :

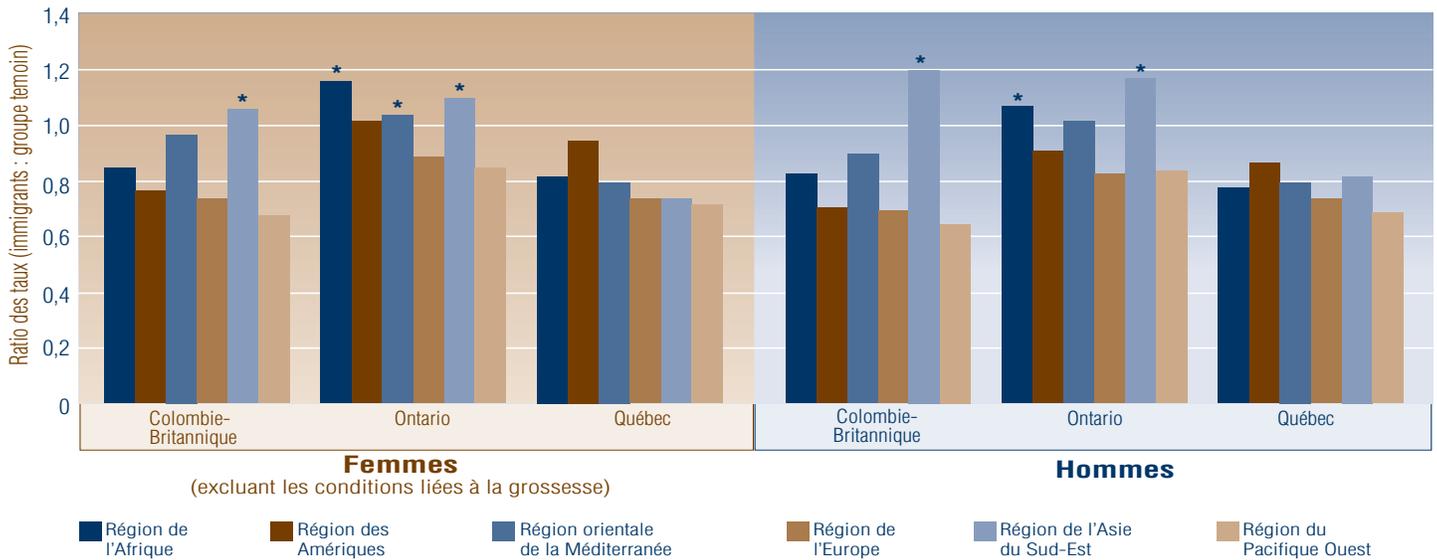
- Les immigrants de l'Asie du Sud-Est établis en Ontario et en Colombie-Britannique se rendaient plus souvent chez le médecin pour des consultations externes que les membres des groupes témoins provinciaux.
- Les immigrants d'Afrique et les femmes immigrantes venant de la région orientale de la Méditerranée établis en Ontario se rendaient plus souvent chez le médecin pour des consultations externes que les membres des groupes témoins provinciaux.

Figure 1 Ratio des taux normalisés en fonction de l'âge des visites chez le médecin en consultation externe, selon la catégorie d'immigrant



* Différence statistiquement significative entre la catégorie d'immigrant et le groupe témoin.
Source : Initiative nationale sur la santé des immigrants, Rapport non publié, 2004.

Figure 2 Ratio des taux normalisés en fonction de l'âge des visites chez le médecin en consultation externe, selon la région de naissance de l'OMS, 1998-2000



* Différence statistiquement significative entre la catégorie d'immigrant et le groupe témoin.
Source : Initiative nationale sur la santé des immigrants, Rapport non publié, 2004.

- Les immigrants des Amériques établis au Québec se rendaient plus souvent chez le médecin pour des consultations externes que les autres immigrants au Québec; par contre, leur taux de recours à ces services demeurerait plus faible que celui du groupe témoin provincial.

Recours aux services de santé changeant selon le temps passé au Canada

En Colombie-Britannique, le taux de recours aux services d'un médecin en consultation externe tendait à augmenter en fonction du temps écoulé depuis l'arrivée au Canada. Ce n'était toutefois pas le cas en Ontario et au Québec, où les taux avaient tendance à diminuer au cours des premières années suivant l'arrivée au pays, puis d'augmenter de nouveau quelques années plus tard. Le taux de recours aux services de santé supérieur les premières années suivant l'arrivée en Ontario et au Québec pourrait être dû à une accumulation des besoins de santé avant d'immigrer (comme le cas des personnes qui attendent d'obtenir le statut de réfugié). Les causes de l'augmentation observée dans chaque province ne sont pas claires; il pourrait s'agir d'une atténuation de l'effet immigrant en santé (voir l'article à la page 17) ou d'une meilleure intégration au pays d'accueil au fil du temps.

Recours aux services de santé variable selon le type de services de santé

On observait parfois une variance dans les taux de recours aux services de santé chez les immigrants et chez les membres du groupe témoin selon le service de santé.

Les renseignements disponibles sur le taux de recours aux services préventifs étaient spécifiques à chaque province. En Ontario, les taux d'examen médicaux annuels et d'immunisations^a étaient semblables d'un groupe à l'autre. Par contre, en Colombie-Britannique, les femmes immigrantes étaient moins nombreuses que les autres femmes de la province à avoir un test Pap^b. Cette observation concorde avec la littérature sur le dépistage du cancer cervical chez les immigrantes indiquant que les immigrantes récemment arrivées au Canada obtiennent beaucoup moins de tests Pap que les femmes nées ici. Ces taux tendent toutefois à augmenter en fonction du temps que ces femmes passent au Canada^{8,9}.

Les résultats ont aussi révélé qu'en Colombie-Britannique et en Ontario, les immigrants consultaient moins souvent les médecins spécialistes que les membres des groupes témoins. Ceci pourrait s'expliquer par un manque d'accès aux services de spécialistes par les immigrants ou encore, par des besoins moindres pour ce genre de services en raison de problèmes de santé moins grave¹⁰.

Par ailleurs, le taux de recours aux services de santé mentale était beaucoup plus faible chez les immigrants de toutes les provinces, et particulièrement chez les femmes immigrantes. Puisque les études indiquent que les besoins en matière de services de santé mentale sont plus grands chez certains groupes d'immigrants (surtout les réfugiés), il y aurait lieu d'explorer davantage la question dans le cadre d'études futures^{11,12}.

^a En Ontario, les examens médicaux annuels et les immunisations ont été identifiés à l'aide de codes diagnostiques.

^b En Colombie-Britannique, les tests Pap ont été identifiés à l'aide de codes tarif à l'acte spécifiques.

Littératie en santé et recours des immigrants aux services de santé

Laura Simich, Ph.D., Université de Toronto, et
Beth Jackson, Agence de la santé publique du Canada

Les activités de promotion de la santé et les modes de conception et de prestation des services de santé ont tous des incidences sur la santé des immigrants. La littératie en santé est une nouvelle approche qui sert à s'attaquer aux problèmes qui atteignent la santé des immigrants. On définit la littératie en santé comme l'aptitude à comprendre et utiliser l'information sur la santé pour naviguer à travers le système de santé et pour se garder en bonne santé¹³. Il ne s'agit pas d'un processus unidirectionnel tributaire de l'information écrite. La littératie en santé constitue plutôt un processus de communication multidimensionnel qui englobe les compétences des fournisseurs de soins de santé, la « lisibilité » du système de santé aux yeux de divers groupes, ainsi que les politiques et programmes nécessaires pour communiquer efficacement.

En ce sens, il faut concevoir des systèmes de santé capables d'accueillir les disparités linguistiques, culturelles, sociales, religieuses et sanitaires qui influencent l'aptitude des migrants à accéder et recourir efficacement au système de santé¹⁴. De plus en plus, on constate que l'instauration de projets de promotion de la santé multidimensionnels avec l'aide des immigrants, le perfectionnement des compétences culturelles des établissements et des fournisseurs de soins de santé, ainsi que la plus grande présence d'interprètes culturels dans des contextes sanitaires constituent de précieux ajouts qui permettront de préserver la santé des immigrants¹⁵.

Examen pour comprendre le recours variable aux services de santé

Une grande quantité des résultats présentés ici concordent avec ceux obtenus lors d'études antérieures. À l'instar des chercheurs du passé^{5,6}, ceux de la présente étude ont constaté que les immigrants font moins souvent appel aux services de santé que les membres des groupes témoins. Par contre, la portée de l'étude actuelle est beaucoup plus large et l'enquête aborde bien plus d'aspects que ceux systématiquement étudiés auparavant. En analysant les services de santé selon divers sous-groupes d'immigrants, l'étude a démontré non seulement que le recours des immigrants aux services de santé tend à varier selon la catégorie d'immigrant (les personnes ayant obtenu le statut de réfugié au Canada faisant le plus souvent appel aux services de santé), selon la région de naissance et selon la durée du séjour au Canada, mais aussi selon le type de service utilisé.

Le faible taux de recours aux services de santé qui caractérise les immigrants pourrait être attribuable à l'effet immigrant en santé ou encore, aux difficultés d'accès aux services de santé que peuvent éprouver certains immigrants. L'accès et le recours aux services de santé résultent d'un complexe jeu de déterminants qui sont tributaires, en grande partie, de la propension d'une société à créer des milieux de vie culturellement adaptés aux besoins des immigrants et des réfugiés, et à éliminer les obstacles qui bloquent l'accès des personnes aux soins³. La littératie en santé et la capacité de communiquer dans une langue officielle, de même que l'aptitude du système de santé à répondre aux besoins et circonstances uniques des immigrants, peuvent avoir des incidences sur le taux de recours aux services de santé chez les immigrants (voir l'encadré ci-dessus).

Incidences sur la recherche

Les systèmes de santé éprouvent souvent des difficultés à répondre aux besoins des immigrants¹⁴. Pour concevoir et mettre en œuvre les systèmes de santé qui conviennent, il est

essentiel d'avoir en main toutes les données nécessaires pour surveiller efficacement les besoins de santé des migrants, leurs modes de recours aux services de santé et leur état de santé à longue échéance¹⁴. Au Canada, les données dont on dispose à l'heure actuelle sont loin d'être complètes. À titre d'exemple, la plupart des études axées sur la santé des immigrants se fondent sur des données figées dans le temps (données transversales). Elles n'ont donc pas encore réussi à évaluer entièrement les effets du déplacement et du rétablissement des migrants dans un nouveau pays sur leur état de santé¹⁶.

Il importe de mieux comprendre quoi faire pour garantir l'accès des immigrants aux services de santé et comment leur offrir des soins appropriés. Les résultats de l'étude actuelle peuvent s'avérer utiles pour concevoir et évaluer des politiques et des programmes ciblés répondant aux besoins de santé des migrants au Canada et pour faire la lumière sur les caractéristiques de santé uniques des sous-groupes d'immigrants. Ils confirment aussi l'importance de tenir compte des questions de diversité au moment de mener des études sur la santé de la population et de mettre au point des politiques et des programmes à l'intention des immigrants.

La présente étude optimise le recours aux données de surveillance actuelles portant sur la santé des immigrants. Au fil des prochaines étapes, on examinera également les enjeux qui influent sur l'accès rapide des nouveaux arrivants aux soins de santé primaires. Il sera possible de documenter les difficultés qu'éprouvent les fournisseurs de soins de santé primaires à offrir ces soins en temps utile, ce qui donnera lieu à des recommandations pour accélérer l'accès des nouveaux arrivants au Canada aux soins de santé primaires. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-pps>

État de santé et capital social

Jun Zhao, Ph.D., Direction de la recherche appliquée et de l'analyse,
Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada;
Li Xue, Ph.D. et **Tara Gilkinson**, Direction générale de la recherche
et de l'évaluation, Citoyenneté et Immigration Canada

des nouveaux immigrants au Canada

Puisque le capital social a été associé à une gamme de déterminants de la santé, les études axées sur la santé s'y intéressent de plus en plus. Cet article présente de récentes analyses portant sur les changements survenus dans l'état de santé des résidents permanents lors de leurs quatre premières années de vie au Canada, y compris les effets du capital social sur la santé.

Le concept du capital social fait référence aux réseaux de relations sociales qui permettent aux individus et aux groupes d'accéder à une gamme de ressources et d'appuis^{1,2}. Le capital social a été lié à divers résultats de santé (voir le numéro 12 du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*). De récentes études portent à croire que le capital social pourrait influencer de diverses façons les résultats de santé, soit en disséminant rapidement de l'information sur la santé (améliorant ainsi l'accès aux ressources en santé); en offrant une aide tangible, comme de l'argent, des soins de convalescence et des services de transport; en consolidant les normes de santé; et en offrant un soutien affectif^{3,4,5,6,7}.

On a constaté la pertinence du concept de capital social en ce qui a trait à l'intégration et au degré d'instruction des immigrants^{8,9}. Les données à ce sujet sont toutefois rares, car peu d'études canadiennes ont exploré les interdépendances entre le capital social, les disparités de santé et les résultats de santé des immigrants pris collectivement et selon divers sous-groupes.

Étude sur l'état de santé des immigrants et le capital social

Santé Canada et Citoyenneté et Immigration Canada ont mené une étude conjointe pour évaluer l'état de santé des résidents permanents en identifiant les

principaux facteurs sociaux qui peuvent influencer leurs résultats de santé¹⁰. Le groupe cible visé par l'étude comprenait diverses catégories de résidents permanents (c.-à-d., regroupement familial, travailleurs spécialisés, y compris les demandeurs principaux, leurs conjoints et personnes à charge, les réfugiés et autres immigrants) venus s'installer au Canada entre octobre 2000 et septembre 2001. Les données des analyses descriptives et de régression provenaient de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants au

Canada (ELIC), qui examinait comment les nouveaux immigrants s'adaptaient à la vie au Canada au cours de leurs quatre premières années de vie ici.

Les immigrants ont été interviewés six mois (Vague 1), deux ans (Vague 2) et quatre ans (Vague 3) après leur arrivée au Canada¹¹. L'étude s'intéressait uniquement aux immigrants qui avaient participé aux trois vagues de l'enquête.

Variables de l'étude

On a eu recours à diverses variables sociodémographiques pour effectuer les analyses descriptives et de régression, de même qu'à des indicateurs de l'état de santé, du capital social et du revenu. L'état de santé autodéclaré a servi d'indicateur de la santé des immigrants et les réponses ont été classées en deux catégories : bonne santé (excellente, très bonne ou bonne) et mauvaise santé (passable ou mauvaise).

Le concept du capital social fait référence aux réseaux de relations sociales qui permettent aux individus et aux groupes d'accéder à une gamme de ressources et d'appuis. On a constaté la pertinence du concept de capital social en ce qui a trait à l'intégration et au degré d'instruction des immigrants.

Des indicateurs ont été mis au point pour mesurer le capital social selon une approche axée sur les réseaux⁸. Trois grands types de réseaux sociaux ont été identifiés : les réseaux de parents (liens avec les membres de la famille et avec la parenté établis au Canada), les réseaux d'amis (liens avec les amis) et les réseaux d'organisations (participation des immigrants à des groupes et des organisations comme les organisations communautaires, les groupes religieux et les associations ethniques ou d'immigrants).

Pour déterminer le taux de participation à chaque type de réseau, on a mesuré le degré d'engagement social et d'appuis sociaux (comme le nombre de personnes ou de groupes en cause, la diversité ethnique, la fréquence des contacts entre membres du réseau), ainsi que le degré de réciprocité (aide obtenue des réseaux et contribution aux réseaux).

Grâce aux modèles économétriques, l'analyse de régression a été en mesure de tenir compte de diverses autres

Des indicateurs ont été mis au point pour mesurer le capital social selon une approche axée sur les réseaux. Trois grands types de réseaux sociaux ont été identifiés : les réseaux de parents, les réseaux d'amis et les réseaux d'organisations.

variables socioéconomiques, y compris les quartiles de revenu familial, la situation de l'emploi, l'âge, le sexe, la catégorie d'immigrant, la zone source, le niveau de scolarité à l'arrivée au pays, l'aptitude à s'exprimer dans l'une ou l'autre langue officielle, de même que les difficultés d'accès au système de santé du Canada.

État de santé selon la catégorie d'immigrant

Les techniques d'analyse descriptive ont permis de cerner des disparités dans l'état de santé des répondants selon la catégorie d'immigrants à laquelle ils appartiennent. Certaines disparités entre des sous-groupes d'immigrants sont évidentes, puisqu'on observe une nette détérioration de la santé au fil des trois vagues d'entrevues (voir la Figure 1). À titre d'exemple, près de 4 000

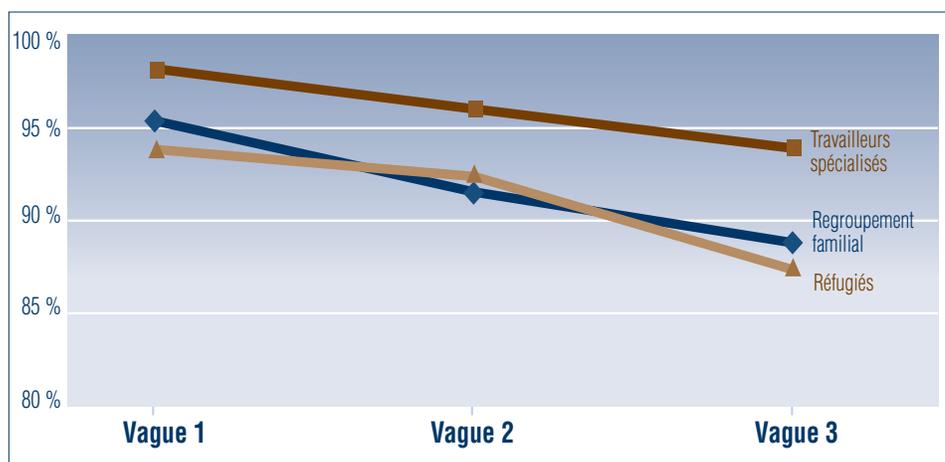
travailleurs spécialisés s'étant déclarés en bonne santé six mois après leur arrivée au Canada jugeaient qu'ils n'étaient plus en bonne santé lorsque questionnés à ce sujet trois ans et demi plus tard. Ces résultats confirment l'existence de l'effet immigrant en santé et son affaiblissement au fil des années au Canada (voir l'article à la page 17).

Lors de chaque vague d'entrevues, c'est toujours la catégorie des travailleurs spécialisés qui affichait le pourcentage le plus élevé d'immigrants en santé. Suivaient le regroupement familial, puis les réfugiés. Les réfugiés étaient plus susceptibles de se dire en mauvaise santé au départ parce qu'ils tendaient plus à venir de régions en conflit dotées d'infrastructures sanitaires précaires. Par conséquent, ils étaient plus vulnérables à la malnutrition et aux maladies infectieuses. En outre, il arrive souvent que les réfugiés aient subi des traumatismes physiques ou psychologiques et aient été forcés de vivre dans des conditions malsaines avant d'immigrer au Canada.

Réseaux et santé

On a également eu recours à des techniques d'analyse descriptive pour étudier les effets des réseaux

Figure 1 Pourcentage de résidents permanents qui qualifient eux-mêmes leur santé de « bonne », selon la catégorie d'immigrant



	Regroupement familial		Travailleurs spécialisés		Réfugiés	
	Bonne santé	Total	Bonne santé	Total	Bonne santé	Total
Vague 1	40 630 (95 %)	42 615	92 747 (98 %)	94 544	9 136 (94 %)	9 741
Vague 2	39 051 (92 %)	42 615	90 758 (96 %)	94 527	8 989 (92 %)	9 734
Vague 3	37 853 (89 %)	42 615	88 815 (94 %)	94 543	8 509 (87 %)	9 741

Source : Statistique Canada. Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada, 2005.

d'amis et d'organisations sur l'état de santé autodéclaré des immigrants.

Réseaux d'amis

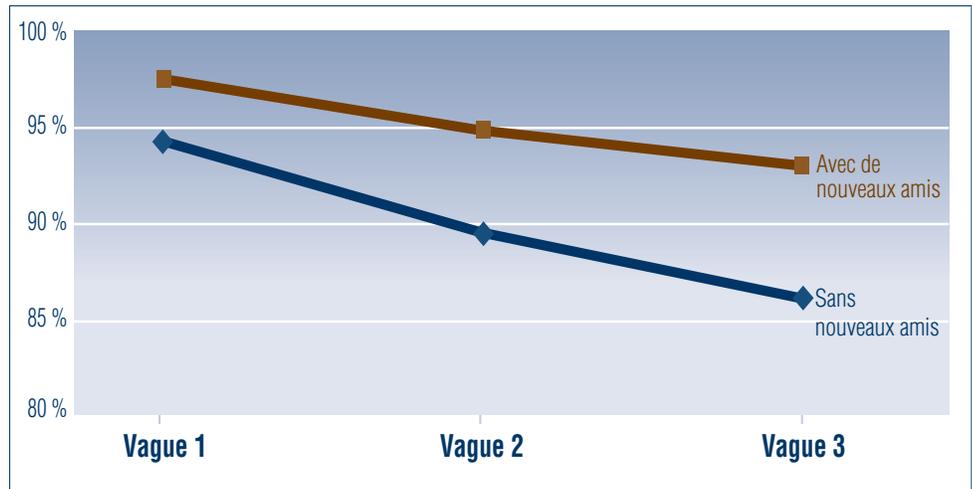
Les réseaux d'amis auxquels appartiennent les nouveaux arrivants au Canada constituent une très riche source d'aide et de soutien⁷. De fait, les résidents permanents qui s'étaient fait de nouveaux amis suivant leur arrivée au Canada tendaient plus à se dire en bonne santé au fil des trois vagues que ceux qui ne s'étaient liés d'amitié avec personne au cours de la période de quatre ans (voir la Figure 2). À titre d'exemple, quatre années après leur arrivée au Canada, seulement 86 % des presque 19 000 personnes qui ne s'étaient pas fait de nouveaux amis se disaient en bonne santé, comparativement à 93 % des presque 127 000 immigrants qui avaient de nouveaux amis.

Ces observations pourraient tenir, dans une large mesure, au fait que les amitiés alimentent le sentiment d'appartenance et aident à combattre l'isolement social. On peut considérer le sentiment d'appartenance comme un éventuel résultat émotif². Les réseaux d'amis peuvent aussi avoir des effets sur les résultats de la réinstallation des résidents permanents et sur leur degré d'intégration à la société canadienne (p. ex., le logement, l'emploi, l'éducation et le recours aux services de santé^{6,7,8}) ce qui, en retour, peut se répercuter sur leur santé émotive et physique.

Réseaux d'organisations

Les réseaux d'organisations comme des organisations communautaires, des groupes religieux et des associations ethniques ou d'immigrants constituent d'importantes sources de soutien pour les nouveaux immigrants. Les études révèlent que le pourcentage d'immigrants qui font partie d'un groupe ou qui participent aux activités d'une organisation tend à augmenter en fonction du temps écoulé depuis leur arrivée au Canada. Six mois après leur arrivée au pays (Vague 1), il n'y a quasiment aucune différence entre l'état de santé des immigrants membres d'une organisation

Figure 2 Pourcentage de résidents permanents qui qualifient leur santé de « bonne », selon qu'ils se sont faits ou non de nouveaux amis



	Sans nouveaux amis		Avec de nouveaux amis	
	Bonne santé	Total	Bonne santé	Total
Vague 1	20 518 (94 %)	21 771	132 355 (97 %)	135 809
Vague 2	8 541 (89 %)	9 547	140 502 (95 %)	148 046
Vague 3	18 537 (86 %)	21 535	126 424 (93 %)	136 080

Source : Statistique Canada. Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada, 2005.

Les réseaux d'organisations comme des organisations communautaires, des groupes religieux et des associations ethniques ou d'immigrants constituent d'importantes sources de soutien pour les nouveaux immigrants.

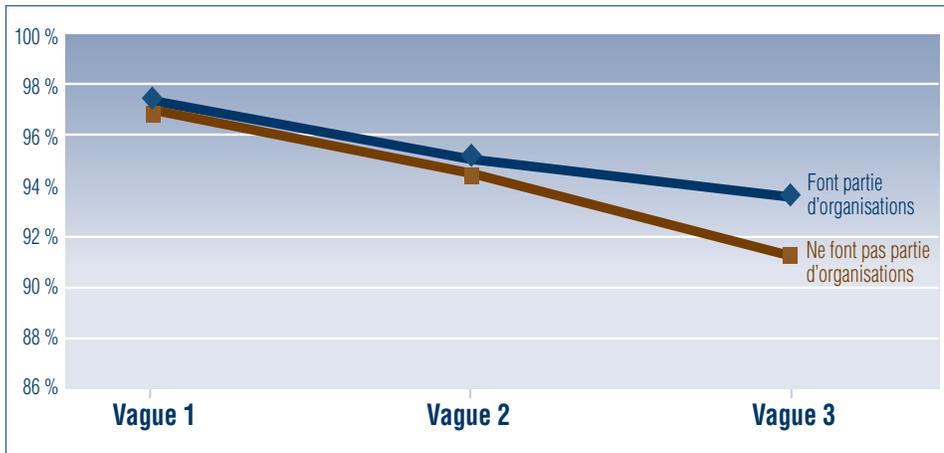
Les études révèlent que le pourcentage d'immigrants qui font partie d'un groupe ou qui participent aux activités d'une organisation tend à augmenter en fonction du temps écoulé depuis leur arrivée au Canada.

ou d'un groupe et ceux qui ne sont membres de rien (voir la Figure 3). Par contre, deux ans après leur arrivée (Vague 2), la proportion d'immigrants se disant en bonne santé est supérieure chez ceux qui participent aux activités d'un groupe ou d'un organisme que chez ceux qui ne participent à rien. Après quatre ans au Canada (Vague 3), l'écart s'élargit pour atteindre trois points de pourcentage (c.-à-d. que quatre ans après leur arrivée au Canada, seulement 91 % de presque 100 000 personnes ne faisant partie d'aucun réseau d'organisation disent être en bonne santé comparativement à 94 % des presque 46 000 immigrants ne faisant partie d'aucun groupe ou d'aucune organisation).

Capital social et état de santé

On a fait appel à des techniques d'analyse de régression pour établir des différences quantitatives entre les états de santé des membres de diverses catégories d'immigrants, ainsi que les effets de divers aspects du capital social sur l'état de santé et la signification statistique de ces liens.

Figure 3 Pourcentage de résidents permanents qui qualifient leur santé de « bonne », selon qu'ils font partie ou non d'organisations



	Font partie d'organisations		Ne font pas partie d'organisations	
	Bonne santé	Total	Bonne santé	Total
Vague 1	35 560 (97 %)	36 553	117 348 (97 %)	121 062
Vague 2	41 715 (95 %)	43 921	107 328 (94 %)	113 672
Vague 3	45 635 (94 %)	48 786	99 326 (91 %)	108 829

Source : Statistique Canada. Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada, 2005.

État de santé selon la catégorie d'immigrant

Comme le confirment les résultats des analyses de régression, l'état de santé varie considérablement entre les trois catégories d'immigrants (gardant fixes les autres caractéristiques). Les travailleurs spécialisés-demandeurs principaux avaient plus tendance à se dire en bonne santé que les immigrants du regroupement familial. Pour leur part, les réfugiés étaient plus portés à qualifier leur santé de mauvaise.

Réseaux de parents, d'amis et d'organisations

Les résidents permanents qui jouissaient de réseaux d'amis plus diversifiés et qui communiquaient souvent avec ces amis avaient plus tendance à qualifier leur santé de bonne. Et même si ni les réseaux de parents ni les réseaux des organisations influençaient grandement sur la santé de l'ensemble des immigrants consultés aux fins de l'étude, les trois types de réseaux (parents, amis et organisations) semblaient toutefois avoir des effets statistiquement significatifs

Gros plan sur le regroupement familial

Les liens avec la parenté, ainsi que les réseaux d'amis et d'organisations, ont tous des effets statistiquement significatifs sur l'état de santé des nouveaux arrivants du regroupement familial. De fait, les immigrants du regroupement familial qui entretiennent des rapports réguliers avec des amis ou des groupes tendent plus à se dire en bonne santé que les immigrants du regroupement familial qui n'ont pas de contacts réguliers avec des amis ou des organisations. De plus, les immigrants du regroupement familial qui, dès l'arrivée au pays, établissaient des liens avec des membres de leur parenté déjà au Canada se disaient en meilleure santé que les immigrants du regroupement familial qui n'ont pas eu un tel avantage.

sur l'état de santé des nouveaux immigrants du regroupement familial (voir l'encadré ci-dessous).

Répercussions sur les politiques

Les données de l'ELIC révèlent que le capital social joue un rôle important dans la vie des nouveaux immigrants puisqu'il les aide à rester en bonne santé au fil des années suivant leur arrivée au Canada. Les études sur le capital social peuvent aussi s'avérer très utiles aux décideurs quand vient le temps d'élaborer des politiques sur la santé des immigrants.

Des programmes gouvernementaux canadiens comme le *Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants*, le *Cours de langue pour les immigrants au Canada* et le *Programme d'accueil*¹³ peuvent contribuer, dans une large mesure, à enrichir le capital social des résidents permanents et, du même fait, leurs résultats de santé. Ces programmes appuient et encouragent l'établissement des nouveaux résidents permanents au Canada et leur bonne intégration à la société canadienne en facilitant la création de liens, en reliant des réseaux et en favorisant les contacts communautaires.

Par ailleurs, les gouvernements peuvent aussi appuyer l'adoption de politiques et de programmes pour aider les organisations et les agences vouées à la santé des immigrants à mieux communiquer entre elles. Les réseaux interinstitutionnels peuvent accroître l'efficacité des programmes actuels, voire engendrer de nouveaux programmes. Il importe de poursuivre les recherches ayant trait aux effets du capital social sur la santé des immigrants pour réussir à établir une solide banque de données probantes au service des politiques et des programmes. À l'avenir, il pourrait aussi être utile d'établir ou de financer la création de bases de données sur la santé des immigrants ou encore, de songer à inclure un plus gros échantillon d'immigrants dans les bases de données actuelles sur la santé. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Perspectives de santé

D^r Brian Gushulak, conseiller en matière de santé des migrants (ancien directeur général, Direction générale de la gestion de la santé, Citoyenneté et Immigration Canada, et ancien directeur, Services médicaux, Organisation internationale pour les migrations)

des immigrants au 21^e siècle

Compte tenu des points de départ et d'arrivée des migrants, des grands nombres en jeu et des profils démographiques changeants des populations mobiles, la migration constitue aujourd'hui une importante composante évolutive de la mondialisation. Dans ce dernier article, l'auteur réfléchit sur divers points abordés dans les articles précédents et discute des défis, des possibilités et des questions de diversité et de disparité qui sous-tendent la dynamique des activités migratoires.

Depuis l'adoption de la *Loi sur l'immigration* de 1976, divers événements survenus en sol canadien et à l'étranger ont eu une influence sur l'immigration au Canada et sur une gamme de facteurs de santé y afférent. Ensemble, la décolonisation, le développement international de nombreuses nations et l'évolution des politiques d'immigration canadiennes ont entraîné une réorientation radicale des modèles migratoires.

Ces remous démographiques ont engendré des changements culturels, linguistiques, économiques et sociaux qui se reflètent dans la composition des populations migrantes. Certains de ces changements peuvent avoir des effets sur l'accès et le type de recours aux services de santé actuels. Ils confirment également l'urgence de perfectionner les compétences culturelles dans le secteur de la santé.

Profils évolutifs : Diversité et disparités

À mesure que les profils d'immigration évoluent, les nouveaux arrivants sont plus susceptibles de venir de pays où les résultats et les déterminants de santé sont très différents de ceux observés au sein de la population canadienne. Même si ces disparités donnent souvent des résultats positifs, surtout dans le cas de certaines maladies chroniques, les études démontrent que l'avantage de santé diminue avec le temps. En outre, certaines maladies infectieuses qu'un pays d'accueil comme le Canada a réussi à éliminer ou contrôler peuvent s'avérer très courantes dans le pays d'origine des migrants. De surcroît, la présence de maladies chroniques ou persistantes chez les immigrants, en particulier des affections rares au Canada, peut avoir des effets épidémiologiques considérables. C'est parmi les personnes nées à l'étranger, par exemple, qu'on détecte le plus grand nombre de cas de tuberculose.

En ce qui touche l'accès aux soins de santé, les disparités mondiales peuvent favoriser l'émergence de maladies chroniques plus communes ou plus graves chez certaines cohortes de migrants défavorisées par rapport aux cohortes des personnes

nées dans le pays d'accueil. Même si la tradition a toujours dicté que les politiques de santé mettent l'accent sur l'état de santé au moment de l'immigration, les enjeux de santé actuels dépassent les frontières des administrations nationales et doivent nécessairement évoluer pour tenir compte des nouvelles réalités sanitaires.

Comment relever le défi

Dans le passé, les politiques et pratiques canadiennes ayant trait à la santé des migrants visaient surtout à identifier les personnes dont l'entrée au pays devait être interdite, et portaient peu d'attention aux problèmes de santé à long terme des personnes admises. Au fil du temps, le Canada s'est intéressé davantage à la santé des migrants au moment de leur réinstallation en sol canadien. Le maintien d'une bonne santé à long terme en est venu à constituer un objectif important, puisqu'il améliore et maximise l'apport des migrants à la société canadienne et aide à établir une société plus équitable au profit de tous les Canadiens.

Maintenant que le pays accueille un nombre toujours croissant d'immigrants avec leurs enfants, les disparités observées entre les déterminants de santé propres aux immigrants et celles propres aux personnes nées au Canada influent de plus en plus sur la santé de la population et ont donc des ramifications de plus en plus profondes sur les activités de planification de la santé. La détérioration de l'état de santé de nombreux groupes d'immigrants incite aujourd'hui les chercheurs et les décideurs à étudier plus à fond les facteurs sous-jacents. En ce sens, la détermination d'une approche axée sur les déterminants de la santé pour réduire ces effets exige l'engagement de mesures à plusieurs échelons.

Favoriser la réinstallation et l'intégration à long terme

Les politiques de réinstallation visent à aider les nouveaux arrivants à devenir des membres à part entière de la société

canadienne, mais elles tendent à mettre surtout l'accent sur les premières étapes de la réinstallation dans un nouveau pays. Les immigrants ont également des besoins à long terme dont il faut tenir compte. En ce sens, il est essentiel que les collectivités d'accueil engagent des mesures pour améliorer les déterminants sociaux de la santé (p. ex., l'accès au logement abordable, des cours de langue, une formation axée sur l'acquisition des compétences, des services d'aide pour les enfants, un appui aux réseaux organisationnels et sociaux) afin de permettre aux nouveaux arrivants de trouver des emplois intéressants et d'éliminer les facteurs associés à la pauvreté et à la marginalisation.

Venir en aide aux groupes les plus vulnérables

Tel que mentionné dans les articles précédents, certains groupes de migrants ont plus tendance que d'autres à subir une détérioration de leur état de santé. S'il est vrai que l'expérience de la migration peut accroître la vulnérabilité de certains groupes, divers facteurs post-migratoires associés au processus d'intégration peuvent aussi contribuer au déperissement de la santé (p. ex., les problèmes de langue, le manque de compétences professionnelles, le sous-emploi, la pauvreté, l'exclusion sociale). En outre, la situation précaire des migrants sans statut et « sans papiers » soulève de plus en plus d'inquiétudes. Même si certaines études ont commencé à expliquer les liens entre le manque de statut et les problèmes de santé, ceci exige qu'on s'intéresse davantage au phénomène.

Promouvoir les compétences linguistiques et culturelles

Les données démontrent plus que jamais en quoi les compétences culturelles et linguistiques dans le secteur de la santé peuvent améliorer la qualité des services de santé. De fait, on a réussi à établir des liens entre la prestation de services conviviaux aux immigrants, y compris des facteurs comme l'accès facile à tous les soins de santé, la participation des groupes d'immigrants du secteur et la familiarisation des travailleurs de la santé aux procédés et défis de l'immigration, et l'amélioration de leurs résultats de santé.

Garantir l'accès aux soins de santé

Le Canada est encore témoin de circonstances où les politiques de santé locales ayant trait aux immigrants doivent être remaniées. À preuve, l'exigence de résider dans la même province, ou territoire, pendant trois mois avant d'être admissibles à l'assurance-santé prive les nouveaux immigrants d'une pleine couverture. Les migrants qui en ont les moyens peuvent acheter une assurance privée couvrant cette période, mais les personnes moins nanties, ou souffrant de maladies préexistantes, doivent souvent attendre trois mois avant d'obtenir des soins. Malgré l'accès prévu à des soins urgents ou actifs en cas de besoin, les cas non urgents ou

préventifs sont souvent reportés jusqu'à l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance provinciale ou territoriale. Ces retards peuvent provoquer une détérioration de la santé et finir par coûter plus cher au secteur de la santé.

Atteinte d'un juste équilibre dans la formulation des politiques

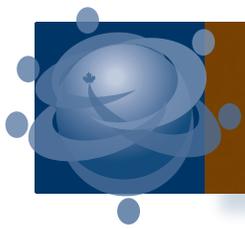
Deux grands facteurs exercent une influence sur les politiques et les programmes axés sur la santé des migrants. Le premier a trait aux procédés, attributs et besoins généraux qui s'appliquent à l'ensemble des groupes de migrants. Le second a trait aux besoins et déterminants spécifiques qui s'appliquent à des sous-groupes de migrants petits et mieux définis. En plus de présenter des caractéristiques communes, certaines cohortes (p. ex., les groupes de travailleurs migrants, les réfugiés, les populations déplacées, les demandeurs d'asile, les migrants irréguliers ou officieux et autres cohortes vulnérables) affichent des problèmes de santé particuliers.

Les cadres qui sous-tendent la santé des migrants doivent atteindre un équilibre dynamique entre ces deux éléments influents. Tout en formulant des politiques sur la santé générale des migrants, ils doivent porter attention aux enjeux de santé des migrants avec des besoins particuliers. Le sens donné à ces deux éléments dépend de la façon de présenter et d'examiner l'état de santé des migrants, leurs besoins et leurs déterminants. À titre d'exemple, les présentations généralisées peuvent diluer ou minimiser les distinctions importantes observées chez les cohortes plus petites. Le contraire vaut aussi, à savoir que les caractéristiques propres à une cohorte particulière de migrants peuvent être absentes à l'échelle de la population générale des migrants, malgré l'existence de certains éléments de migration communs.

Ce numéro du Bulletin examine plusieurs aspects de ces liens compliqués. Il explique l'utilité des grandes études longitudinales et comment on s'en sert pour élaborer des politiques générales. Il fait mention d'études portant sur les besoins de santé de cohortes plus petites et mieux définies parce qu'elles fournissent des orientations qui facilitent l'articulation de politiques à l'intention de groupes avec des besoins particuliers.

En guise de conclusion

Les activités actuelles entourant la santé des migrants se fondent sur des interconnexions dynamiques entre divers procédés sociaux, démographiques, sanitaires et juridiques qui, à leur tour, sont constamment soumis aux perturbations de la mondialisation et de la mobilité humaine. C'est justement la juxtaposition de tels facteurs, entre autres, qui rend si intéressante et pertinente l'étude de la santé des migrants dans le contexte de mondialisation et de mobilité du 21^e siècle. ■



Utilisation des données relatives à la santé au Canada

Utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* qui met en lumière diverses méthodes utilisées pour analyser les données sur la santé. Le présent numéro examine l'évolution des outils de collecte de données au fil du temps et leur apport à l'avancement de la recherche sur la santé des immigrants.

Edward Ng, Ph.D., Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada

Évolution des données sur la santé des immigrants au Canada

Compte tenu de l'augmentation prévue des immigrants au Canada de 19,8 % de la population en 2006 à 25 à 28 % d'ici 2031¹, la surveillance de la santé des immigrants prend une importance de plus en plus grande. Au cours des dernières décennies, les renseignements recueillis dans les bases de données sur les populations nationales, provinciales et territoriales (dont plusieurs se trouvent dans les locaux de Statistique Canada) se sont beaucoup enrichis et les méthodes utilisées pour les combiner sont nettement plus efficaces qu'avant. Cela a permis aux chercheurs d'amorcer des études de plus en plus novatrices sur les résultats de santé des immigrants au Canada.

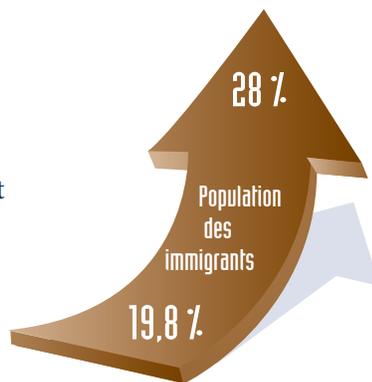
Première génération de données : Bases de données administratives

Les bases de données sur l'état civil, les bases de données sur les congés d'hôpitaux et les registres des maladies se sont avérées les véritables piliers de la surveillance de la santé de la population au Canada. Par contre, ces bases ne fournissent pas de renseignements sur la situation des immigrants comme telle. Pour connaître la situation des immigrants, les chercheurs qui se penchent sur leurs résultats de santé utilisent habituellement la variable « lieu de naissance » des bases de données sur la naissance et la mortalité (voir le Tableau 1).

Lorsqu'ils puisent dans les bases de données sur les congés d'hôpitaux, les chercheurs peuvent se servir du code

postal pour connaître la situation des immigrants. Pour ce faire, ils relèvent le pourcentage d'immigrants par quartier, comme déterminé par le recensement. Même si ce genre d'analyse est explicite, les résultats peuvent s'avérer imprécis.

On note un autre écart majeur dans les données sur la première génération d'immigrants, soit la pénurie de renseignements sur le moment de l'arrivée au Canada. L'une des grandes hypothèses issues des études sur la santé des immigrants révèle qu'ils tendent à arriver au Canada en meilleure santé que les immigrants nés ici (effet immigrant en santé), mais que cet avantage semble disparaître avec le temps (voir les articles aux pages 17 et 26). Pour que ce type de recherche soit efficace, il est essentiel de connaître la durée du séjour au Canada.



Deuxième génération de données : Enquêtes

Le recensement canadien a souvent été désigné comme le moteur de la recherche sur l'immigration au Canada en raison de la richesse de l'information qu'il renferme sur l'intégration socioéconomique des immigrants (y compris la variable « date d'arrivée »). Par contre, le recensement renferme très peu de données sur la santé.

Depuis le début des années 1990, les chercheurs puisent à une nouvelle génération de bases de données pour mieux surveiller et comprendre l'évolution de la santé des immigrants au fil du temps. Les grandes enquêtes sur la santé des populations, dont l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ont fourni aux praticiens de la santé, aux chercheurs et aux responsables des politiques de la santé des renseignements utiles pour comprendre l'état de santé général de la population canadienne et des immigrants. En général, les répondants doivent fournir leur lieu de naissance, préciser s'ils sont citoyens canadiens par naissance et, à défaut, la date de leur arrivée au Canada. Ces données permettent aux chercheurs d'étudier les effets des principales caractéristiques

Tableau 1 Utilisation des bases de données administratives pour la recherche sur la santé des immigrants

Source de données	Exemples d'études
Base canadienne de données sur la natalité	Utilisée pour étudier l'impact du lieu de naissance de la mère sur les naissances ²
Base canadienne de données sur la mortalité	Étude novatrice qui compare les taux de mortalité chez les sujets nés au Canada, avec les immigrants nés en Scandinavie et ceux des Scandinaves dans leur pays ³
Système canadien de déclaration des cas de tuberculose	Étude canadienne qui compare les risques de tuberculose chez les sujets nés au Canada et chez les immigrants ⁴

de l'immigration, comme la durée du séjour et le lieu de naissance, sur la santé des immigrants (voir le Tableau 2).

En outre, d'autres études y compris l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada et l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, ont aussi permis d'examiner les facteurs relatifs à l'effet immigrant en santé et aux causes possibles de son affaiblissement (voir le Tableau 2).

Les données d'enquête se heurtent néanmoins à certaines limites :

- les autodéclarations peuvent être influencées par des disparités culturelles susceptibles de nuancer l'interprétation des questions;
- les autodéclarations peuvent être sujettes à des biais de rappel;
- la plupart des enquêtes sont transversales (en regroupant les données sur tous les répondants à un moment donné au lieu de suivre les mêmes personnes pendant une période donnée);
- les échantillons peuvent être de taille insuffisante pour permettre l'étude des sous-groupes d'immigrants;
- les études longitudinales spécifiquement axées sur les immigrants ne permettent pas d'établir des comparaisons entre les personnes nées au Canada et celles vivant dans leur pays d'origine.

Une solution s'offre pour remédier en partie au manque de données longitudinales. Il s'agirait de créer des cohortes d'immigrants « synthétiques » en regroupant des cycles d'enquêtes transversales. À l'heure actuelle, les chercheurs

ont recours à cette technique d'approximation des données longitudinales pour étudier l'effet immigrant en santé^{4,5,6}.

Troisième génération de données : Données liées

Des ajustements ont été proposés pour inclure plus de renseignements sur les immigrants dans les bases de données administratives existantes sur la santé^{7,8}. Par contre, puisque ces changements constituent une entreprise complexe et exigent beaucoup de consultations fédérales-provinciales-territoriales, l'option la plus viable pourrait être de relier des bases de données.

La capacité accrue de combinaison des données par couplage de dossiers enrichit l'entrepôt de données de Statistique Canada quand les variables de couplage existent dans les bases de données respectives. Elle garantit aussi la confidentialité des renseignements personnels. La richesse de l'information à extraire des bases combinées sert à combler plusieurs lacunes touchant les données.

Le couplage d'un échantillon des dossiers d'arrivée d'un immigrant (Citoyenneté et Immigration Canada [CIC]) de 1980 à 1990 avec la Base canadienne de données sur la mortalité et le Registre canadien du cancer (voir le Tableau 3) constitue un bon exemple. Un autre couplage a été effectué dans le cas des trois provinces qui accueillent le plus grand nombre d'immigrants, soit l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique, vers l'utilisation des services de santé (grâce aux dossiers d'hôpitaux et aux demandes de règlement des médecins)⁹.

À l'heure actuelle, Statistique Canada s'affaire, de concert avec divers ministères de la Santé provinciaux



Tableau 2 Utilisation des enquêtes dans la recherche sur la santé des immigrants

Enquêtes sur la santé	Exemples de résultats de recherche
Enquête nationale sur la santé de la population	Les immigrants d'origine non européenne sont deux fois plus susceptibles que les Canadiens de souche de faire état d'une détérioration de leur état de santé sur une période de huit ans ¹⁰
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	L'effet immigrant en santé sur les plans physique et mental a été démontré ^{11,12}
Enquête sur l'accès aux services de santé	Les immigrants ont plus de mal à accéder aux services de santé immédiats comparativement aux répondants nés au Canada ¹³
Enquêtes sur les expériences de la maternité	Les femmes immigrantes prennent beaucoup moins de suppléments d'acide folique avant la conception que les femmes nées au Canada ¹⁴
Autres enquêtes	
Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada	Le capital social joue un rôle important dans le maintien de la santé chez les immigrants ¹⁵ (voir l'article à la page 41)
Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes	Les connaissances des immigrants en matière de santé sont beaucoup moins grandes que celles des personnes nées au Canada ^{16,17}

Tableau 3 Utilisation des données liées pour la recherche sur la santé des immigrants

Sources des données liées	Exemples d'études
Recensement de 1991 lié à la Base canadienne de données sur la mortalité	Selon l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, les taux de mortalité généraux étaient sensiblement plus faibles chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada et cet avantage s'atténuait à mesure que se prolongeait la durée du séjour au Canada ¹⁸
Dossiers d'hospitalisation provenant de la Base de données ontarienne sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé), qui est reliée au registre de l'Assurance-santé de l'Ontario (Base de données sur les personnes enregistrées ou Registered Persons Database)—pour Toronto seulement	Une étude analysant les résultats de naissance chez les femmes immigrantes à Toronto associe l'immigration récente à un plus faible risque de naissance prématurée, mais aussi à un plus grand risque d'insuffisance pondérale à la naissance et d'insuffisance de poids à la naissance chez les bébés prématurés et à terme ¹⁹
Bases de données sur l'immigration (CIC) reliées à la Base canadienne de données sur la mortalité ainsi qu'à la Base canadienne de données sur le cancer	Les réfugiés et les non-réfugiés présentaient de plus faibles risques de mortalité comparativement à la population canadienne en général. Chez les non-réfugiés, le risque de mortalité augmentait en fonction de la durée du séjour au Canada ²⁰

et territoriaux, à coupler les données dans le cadre d'un projet sur les données longitudinales, partant de données de recensement. Le couplage des données de recensement aux bases de données sur les congés d'hôpitaux permettrait aux chercheurs d'étudier les risques d'hospitalisation en fonction des grandes caractéristiques de l'immigration, comme le statut d'immigrant, la durée du séjour, le lieu de naissance, etc., tout en tenant compte de l'incidence des facteurs économiques et socioculturels. Parallèlement, le couplage des données de recensement au Registre canadien du cancer permettrait des comparaisons jusqu'alors impossibles entre les incidences du cancer d'une province à l'autre selon les grandes caractéristiques de l'immigration (tout en contrôlant les disparités socioéconomiques). En outre, le couplage des données des enquêtes sur la santé avec les données des congés d'hôpitaux permettrait d'étudier les variantes dans l'utilisation des soins de santé et de contrôler les grandes caractéristiques de l'immigration.

Intégration de trois générations de données : Modélisation par microsimulation

La modélisation par microsimulation permet d'intégrer plusieurs générations de données sur la santé pour comparer des scénarios (prévention des maladies ou participation au dépistage) et pour cerner les lacunes des données. La microsimulation établit des modèles de population avec des attributs comme l'exposition aux facteurs de risque, les antécédents médicaux et les caractéristiques démographiques types des Canadiens. Les modèles produisent des projections futures réalistes fondées sur les tendances actuelles. Ils permettent aussi aux utilisateurs de mettre à l'essai des « scénarios de simulation » se rapportant à d'éventuelles interventions sur le plan des politiques et des programmes. La modélisation par microsimulation permet aux chercheurs d'examiner les incidences sanitaires de diverses politiques sur l'immigration, de même que les coûts de ces incidences.

Regard sur l'avenir

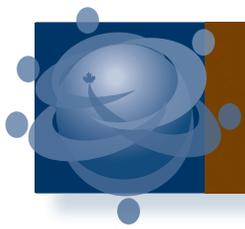
Une base de données de recherche *idéale* sur la santé des immigrants au Canada comprendrait les éléments suivants :

- **La cueillette de données** portant sur trois groupes (immigrants s'installant au Canada, immigrants nés au Canada et personnes résidant dans tous les pays d'origine ou dans certains de ces pays³) permettrait de capter les changements objectifs et autodéclarés au niveau de la santé, ainsi que les facteurs de risque associés à la migration, dont l'accès aux soins de santé et les modèles d'utilisation du système de santé au fil du temps.
- **L'analyse des données** permettant des comparaisons longitudinales entre les trois groupes susmentionnés aiderait les chercheurs à comprendre comment l'avantage de santé des immigrants se perd avec le temps.
- **Les renseignements sur les catégories d'immigrants** jugés importants car certains sous-groupes, comme les réfugiés, sont plus susceptibles de contracter certaines affections de santé.
- **De grands échantillons** permettant une généralisation plus précise des résultats et qui aideraient les chercheurs à tenir compte simultanément des effets sur la santé de facteurs comme l'ethnicité, le sexe, l'âge, le statut et la catégorie d'immigrant, la durée de la résidence au Canada, le lieu de naissance et la religion.

La troisième génération des bases de données reliées susmentionnées permet, dans une certaine mesure, d'évaluer l'effet immigrant en santé et son affaiblissement avec le temps. Par contre, c'est l'établissement d'une nouvelle base de données portant spécifiquement sur les besoins de la recherche sur la santé des immigrants qui permettra, ultimement, d'approfondir l'étude du phénomène. ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* qui présente les chercheurs clés s'intéressant aux politiques associées aux grandes thématiques de chaque numéro. Cet article présente des intervenants actifs dans le domaine de la recherche sur la santé des immigrants.

Solange van Kemenade, Ph.D., analyste principale de recherche, et **Nabanita Giri**, directrice; toutes deux de l'Agence de la santé publique du Canada, Politique stratégique et affaires internationales

Gouvernement du Canada

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)¹

Depuis 2007, l'ASPC participe au projet Metropolis comme partenaire. À ce titre, elle a commandé des recherches sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés², sur la littératie en santé³, ainsi que sur la racialisation et le racisme comme déterminants de la santé⁴. L'ASPC, en partenariat avec Metropolis, mène actuellement deux études sur les immigrants âgés, soit un profil démographique et socio-économique, et une recherche bibliographique sur l'état de santé et les déterminants sociaux susceptibles d'influer sur la santé de ce groupe. Renseignements : Solange.van.Kemenade@phac-aspc.gc.ca

Par ailleurs, l'ASPC s'est intéressée aux questions de maladies chroniques, de santé primaire, de déterminants sociaux de la santé⁵ et de maladies infectieuses comme le VIH/sida et l'hépatite B chez les populations migrantes^{6,7}. D'autres études portent sur des recherches évaluatives reliées aux programmes à forte participation d'immigrants, comme le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide communautaire pour les enfants. On a aussi examiné les incidences sur la santé publique de la venue au pays de travailleurs agricoles temporaires et sur les déterminants sociaux de la santé chez les travailleurs agricoles migrants au Canada^{8,9}.

Établi en 2007, le réseau de l'ASPC sur la santé des migrants réunit des représentants d'unités de travail qui mènent des activités sur la migration. Renseignements : PHAC_MHN_RSM_de_IASPC@phac-aspc.gc.ca. Enfin, l'ASPC a récemment terminé une évaluation de la recherche sur les politiques stratégiques, un examen sommaire des recherches et des lacunes existantes sur 14 thèmes prioritaires en santé publique. Le chapitre 7 de cette évaluation porte sur la santé des migrants. Renseignements : Solange.van.Kemenade@phac-aspc.gc.ca

Santé Canada

À la fin des années 1990, Santé Canada a mené des recherches bibliographiques sur la santé des immigrants¹⁰.

Par la suite, l'examen de ces recherches sur la santé et les déterminants de la santé des immigrants canadiens a donné aux responsables des politiques un bon aperçu des répercussions de ces changements démographiques sur le système de santé¹¹. Une récente étude conjointe engageant Citoyenneté et Immigration Canada a examiné l'influence des réseaux sociaux sur les résultats de santé des nouveaux arrivants au Canada¹².

En 2007, le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada, en partenariat avec Patrimoine canadien, a entrepris une recherche qualitative sur la saine nutrition dans certaines collectivités ethnoculturelles¹³. Des groupes témoins ont été formés et des intermédiaires chargés de collaborer avec les nouveaux immigrants pour obtenir des renseignements et déterminer les outils ou les processus requis pour aider les membres de ces collectivités à faire de bons choix alimentaires. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* est maintenant disponible en dix langues (en plus de l'anglais et du français), ce qui reflète bien la diversité des choix alimentaires au Canada. Renseignements : nutrition@hc-sc.gc.ca

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

La recherche sur la santé des migrants financée depuis 2003 par les IRSC examine l'accès des populations d'immigrants aux soins de santé canadiens (un de ces projets comparait les populations migrantes du Canada à celles des États-Unis) et l'incidence de maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH/sida. Renseignements : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>

Statistique Canada

Des chercheurs de Statistique Canada ont examiné les résultats de santé des immigrants et analysent maintenant les données de mortalité, y compris les fluctuations dans la mortalité des immigrants selon le lieu de naissance et le temps écoulé depuis l'arrivée au Canada¹⁴. En outre, une analyse de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada étudie l'incidence du manque persistant de maîtrise des langues officielles sur la santé des immigrants. Renseignements : Edward.Ng@statcan.gc.ca ou visitez : <http://www.statcan.gc.ca/>

Projet sur le cancer et la mortalité chez les immigrants

Dans le cadre d'un contrat avec le Partenariat canadien contre le cancer, Statistique Canada entreprendra une analyse géographique (partant des données du recensement et du Registre canadien du cancer) pour déterminer si le cancer et les taux de mortalité sont plus élevés dans les régions hébergeant une plus forte concentration d'immigrants. Renseignements : gisele.carriere@statcan.gc.ca

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC)

CIC a pris part à des recherches sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, les obstacles qui bloquent l'accès des nouveaux immigrants aux services de santé, les déterminants socioéconomiques de la santé, l'utilisation des soins de santé par les immigrants, l'accès des parents et des grands-parents parrainés aux services de santé, ainsi que le capital social et l'état de santé des immigrants (conjointement avec Santé Canada). CIC finance aussi des études comme l'étude nationale sur la santé mentale des réfugiés (*Study of Refugee Mental Health Practices*), qui porte aussi sur les besoins correspondants des fournisseurs de services de santé. Renseignements : Anne-Marie.Robert@cic.gc.ca, ou : <http://www.cic.gc.ca/>

Partenariats canadiens

Chaires de recherche du Canada

Plusieurs chaires de recherche du Canada effectuent des études sur la santé des migrants, y compris des études pour mieux comprendre l'effet immigrant en santé et le déclin de la santé chez les immigrants et les réfugiés au Canada, surtout les femmes. Renseignements : <http://www.chairs-chaire.ca/>

Commission de la santé mentale du Canada

En 2009, la Commission de la santé mentale du Canada a publié un rapport renfermant les conclusions de plus de 50 études nationales et régionales sur la santé mentale des groupes de diversité au Canada. Ce rapport comprenait 19 recommandations pour améliorer le système de santé mentale, ainsi que pour augmenter la disponibilité et l'accessibilité de ces groupes à des services adaptés aux différences culturelles¹⁵. Renseignements : <http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/en/IO.pdf>

Projet Metropolis

Metropolis est un réseau international de recherche comparative qui s'occupe aussi d'élaborer des politiques publiques sur la migration, la diversité et l'intégration des immigrants dans les villes au Canada et dans le monde¹⁶. Au Canada, des recherches sont entreprises en partenariat avec les ministères fédéraux et comprennent des travaux axés sur le logement et l'itinérance, la violence et les conflits familiaux, les immigrants âgés, les résultats économiques et les milieux urbains.

Les recherches du 4^e cycle du concours national (2010) examineront les résultats économiques et les conséquences de la pauvreté chez les minorités visibles en croissance au Canada, ainsi que sur les politiques de lutte contre la pauvreté. Renseignements : <http://www.metropolis.net/>

Dans le monde . . .

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

À l'échelle internationale, l'OMS a étudié en 2008 les points vulnérables et les besoins des migrants en matière de santé en définissant à cette fin un ensemble de stratégies correctives. Renseignements : <http://www.who.int/en/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Passant par son Centre de recherche Innocenti (CRI), l'UNICEF a participé à des recherches sur les effets de la migration sur les enfants. Le CRI a également constitué des bases de données transnationales sur les enfants pour enrichir les recherches sur la santé et l'élaboration de politiques. Renseignements : <http://www.unicef.org/research/index.html>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

L'OCDE recueille des données complètes sur les niveaux d'instruction et les résultats du marché du travail chez les enfants nés de parents immigrants dans leur pays d'adoption (la « seconde génération ») et les compare aux données recueillies chez les enfants natifs de 16 pays de l'OCDE. L'Organisation a également examiné les forces sociales, économiques et environnementales qui attirent les migrants vers ses pays membres. Renseignements : <http://www.oecd.org>

Organisation internationale pour les migrations

Cet organisme intergouvernemental collabore avec des gouvernements et des migrants pour relever les défis de la migration contemporaine en facilitant la gestion humaine et ordonnée des migrations internationales. Les recherches entreprises dans le monde comprennent une loi internationale sur les migrations, la migration de la main-d'œuvre, la lutte contre la traite des personnes, l'intégration et les migrations de retour. Renseignements : <http://www.iom.int>

Projet ROAM (Reproductive Outcomes and Migration)

Le projet ROAM est le fruit d'une collaboration lancée en 2004 par des chercheurs canadiens et australiens. Il a évolué jusqu'à constituer un réseau de collaboration élargie qui engage la participation de 33 chercheurs dans 13 pays. Renseignements : http://mcgillglobalhealth.info/cms/view_country_info.cfm?country=38&m=3&sm=12#anchor_current_332 ■



Remarque : Toutes les références ayant trait à ce numéro du Bulletin sont affichées en version HTML à <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>

Chers collègues, chères collègues,

Lancé en 2001, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada a toujours cherché à favoriser une discussion stratégique informée sur les grands enjeux de santé et les questions de soins de santé d'envergure nationale. Chaque numéro s'oriente autour d'une grande thématique et fait état des plus récentes recherches sur les politiques de santé menées par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ou à leur demande.

Au fil des 17 derniers numéros, le Bulletin s'est penché sur une panoplie de sujets et puisé à maintes disciplines de recherche pour appuyer l'articulation des politiques de santé, allant de la biomédecine et des sciences physiques à l'épidémiologie et aux mathématiques, en passant par l'économie de la santé et les sciences sociales. Le personnel du Bulletin a collaboré avec un grand nombre de chercheurs, de scientifiques, de décideurs gouvernementaux et de partenaires universitaires à la production des articles du Bulletin. Misant sur le dialogue et la mobilisation, les responsables du Bulletin ont aussi coopéré avec les auteurs pour garantir le positionnement efficace de leurs articles de recherche dans un cadre stratégique compréhensible. En outre, les membres du Comité directeur du Bulletin ont généreusement investi de leur temps et de leurs talents pour revoir le contenu de chaque numéro.

La publication du présent numéro marque la suspension du Bulletin tandis qu'on réévalue les besoins en matière de recherche sur les politiques de santé. Puisque cette décision coïncide avec mon projet de retraite, je tiens à remercier les quelque 300 auteurs et réviseurs qui ont contribué au Bulletin au cours des dix dernières années. En leur nom, j'ose croire que les lecteurs ont trouvé cette publication à la fois instructive et utile. Les 17 numéros du Bulletin (voir l'encadré) demeureront affichés au site Web de Santé Canada et des exemplaires papier de la plupart des numéros seront encore disponibles (voir le Profil en page 2 pour d'autres détails).

Ce fut un réel privilège pour moi de guider la destinée du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. Chaque numéro a aidé à enrichir mes connaissances et m'a donné la chance de travailler avec des professionnels de la santé hautement dévoués et pleinement engagés envers la recherche et l'articulation de politiques qui profiteront à la santé des Canadiennes et des Canadiens.

Nancy Hamilton
Rédactrice en chef
Bulletin de recherche sur les politiques de santé



La liste suivante fait état de tous les numéros du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* publiés jusqu'ici.

- **Le vieillissement et ses répercussions financières sur le système de santé** (mars 2001)
- **Nouvelles frontières : La politique de la santé et le génome humain** (septembre 2001)
- **Efficacité des mesures de promotion de la santé** (mars 2002)
- **Santé et environnement : Voies critiques** (octobre 2002)
- **Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone** (mars 2003)
- **La résistance aux antimicrobiens : À garder sous le couvert!** (juin 2003)
- **Les approches complémentaires et parallèles en santé. . . l'autre piste conventionnelle?** (novembre 2003)
- **Les ressources humaines en santé : L'offre et la demande en équilibre** (mai 2004)
- **Les enfants victimes de maltraitance : Un enjeu de santé publique** (septembre 2004)
- **Les fluctuations du taux de fécondité : Incidences et tendances** (mai 2005)
- **Comment contrer les effets des changements climatiques sur la santé? En s'y préparant bien. . .** (novembre 2005)
- **Le capital social et la santé : Bonifier les avantages** (septembre 2006)
- **Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi?** (février 2007)
- **Les gens, les lieux, la santé** (novembre 2007)
- **Gestion des urgences : Une perspective de santé** (avril 2009)
- **Modernisation de la réglementation : Repenser les systèmes canadiens de santé et de sécurité régissant les produits de santé et de consommation** (mars 2010)
- **La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé** (décembre 2010)