

L'évolution de l'état de santé des immigrants

par Edward Ng, Russell Wilkins, François Gendron et Jean-Marie Berthelot

Le présent article est une adaptation de « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », publié dans *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, produit n° 82-618-MWF2005002 au catalogue de Statistique Canada. Ce document est offert gratuitement sur le site de Statistique Canada à www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/82-618-MIF2005002.htm. Pour obtenir une liste complète des références, veuillez consulter le document original.

Lorsqu'ils arrivent au Canada, les immigrants sont généralement en meilleure santé que l'ensemble de la population. En fait, plusieurs études ont confirmé l'existence de ce qui est communément appelé l'« effet de la bonne santé des immigrants ». Cela peut être partiellement attribuable au fait que les immigrants éventuels font l'objet d'une sélection fondée sur des critères médicaux et d'autres critères liés à l'état de santé avant que leur demande ne soit acceptée. En outre, une certaine autosélection a lieu dans le pays d'origine, les candidats étant vraisemblablement des personnes qui possèdent la résistance et la motivation requises pour faire face aux difficultés de l'immigration.

Des études antérieures ont montré que les immigrants, surtout les nouveaux arrivants, sont moins susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques ou de souffrir d'une incapacité. De plus, à leur arrivée, ils sont proportionnellement plus nombreux à évaluer leur état de santé comme étant bon, très bon ou excellent. La plupart de ces études sont cependant fondées sur des données recueillies à un point précis dans le temps. Ainsi, elles ne permettent pas d'évaluer l'évolution de l'état de santé des immigrants

après qu'ils se soient établis dans leur nouveau pays.

À l'aide des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), on évalue, dans le cadre du présent article, l'incidence du processus d'immigration sur l'état de santé à mesure que les personnes s'adaptent à la vie au Canada en comparant l'évolution de l'état de santé autodéclaré des immigrants, leur utilisation des services de santé et leurs comportements liés à la santé avec ceux des Canadiens de naissance. Ces données ont été recueillies auprès des mêmes personnes pendant une période de huit ans, soit de 1994-1995 à 2002-2003.

L'autoévaluation de l'état de santé des immigrants se détériore au fil du temps

En 2001, les 5,4 millions d'immigrants que compte le Canada représentaient un peu plus de 18 % de la population, soit la proportion la plus forte enregistrée en 70 ans. De nos jours, le Canada accueille chaque année plus de 200 000 immigrants, ce qui contribue à près de 60 % de la croissance de la population. Si le niveau d'immigration ne suffisait pas à compenser le taux de fertilité inférieur au niveau de remplacement, la

population canadienne commencerait à diminuer dans une trentaine d'années environ¹. Une meilleure compréhension de la dynamique sous-jacente à l'évolution de l'état de santé des immigrants revêt donc une importance particulière pour les responsables des politiques gouvernementales, car elle les renseigne sur les risques que court cette composante de plus en plus importante de la société canadienne.

On évoque souvent l'hypothèse qu'avec le temps, la perception qu'ont les immigrants de leur état de santé a tendance à converger vers celle de la population hôte. Dans certains cas, comme chez toute autre personne, les problèmes de santé risquent de se manifester à mesure que les immigrants vieillissent. D'autres problèmes peuvent également survenir à mesure qu'ils s'assimilent à la société canadienne et adoptent des comportements pouvant avoir des effets néfastes sur leur santé.

En raison de sa nature, le processus d'immigration est stressant et perturbant, puisqu'il sous-entend des contraintes financières, des problèmes d'emploi et l'absence d'un réseau de soutien social, tous des facteurs pouvant nuire à l'état de santé. La perte du réseau de soutien

offert par la famille et les amis dans le pays d'origine peut se révéler particulièrement difficile. Le manque de soutien social est reconnu comme un facteur de risque de détérioration de l'état de santé : par exemple, en général, les Canadiens qui ont signalé avoir un faible soutien social étaient 1,3 fois plus susceptibles d'indiquer une détérioration de leur état de santé que ceux qui jouissaient d'un soutien social élevé².

Pour faire la distinction entre des groupes présentant des différences culturelles susceptibles d'avoir un effet sur l'état de santé, on a divisé les immigrants en deux catégories selon leur pays de naissance : ceux d'origine européenne et ceux

d'origine non européenne. La catégorie des immigrants d'origine européenne comprend également les immigrants nés aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Étant donné l'hétérogénéité de la population d'immigrants, le regroupement « origine européenne et non européenne » représentait, au mieux, un moyen approximatif de refléter les différences culturelles qui sont à la base de l'évolution de l'état de santé. Toutefois, en raison de contraintes de taille d'échantillon, il s'agissait de la seule classification possible.

Selon les données de l'ENSP, les immigrants d'origine non européenne étaient deux fois plus susceptibles

que les Canadiens de naissance d'indiquer une détérioration de leur état de santé entre 1994-1995 et 2002-2003. Autrement dit, ces personnes ont indiqué que leur état de santé était bon, très bon ou excellent pendant la première année de l'enquête, mais elles étaient plus susceptibles de le décrire ultérieurement comme étant passable ou mauvais par rapport à celui des Canadiens de naissance.

Cette détérioration était particulièrement forte chez les *nouveaux* immigrants d'origine non européenne (ceux qui, aux fins de la présente analyse, sont arrivés au Canada en 1984 ou après). Curieusement, même les immigrants *de longue date*

TSC Ce qu'il faut savoir sur la présente étude

Les données utilisées dans le présent article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), laquelle permet de recueillir des renseignements sur la santé des Canadiens. L'enquête vise les ménages privés et les personnes vivant en institution de toutes les provinces, sauf ceux des réserves indiennes, des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées. Au cours du premier cycle de l'enquête (en 1994-1995), on a interviewé plus de 14 100 résidents de 18 ans et plus vivant dans un ménage privé. Ces personnes ont ensuite été suivies au fil du temps. Le modèle statistique utilisé dans le cadre de l'analyse comportait des variables de contrôle pour l'âge, le sexe, le revenu du ménage, le niveau de scolarité et certaines autres caractéristiques.

Chez les personnes qui se considéraient en bonne, très bonne ou excellente santé en 1994-1995, on a examiné l'évolution de l'état de santé, l'utilisation des services de santé (la fréquence des consultations médicales et les hospitalisations) et les comportements liés à la santé — l'usage quotidien du tabac, l'activité durant les loisirs et l'indice de masse corporelle — selon l'origine européenne ou non européenne et la durée de résidence au Canada. On les a également comparés avec ceux de la population née au Canada (c.-à-d. les citoyens canadiens de naissance).

Durée de résidence au Canada :

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ne fournit pas de données sur la durée réelle de résidence des immigrants au Canada. On a donc utilisé, comme approximation, le nombre d'années écoulées entre le moment de l'immigration et le premier cycle de l'ENSP (1994-1995). Toutefois, la durée de résidence ne constitue pas une

mesure exacte. Certaines personnes peuvent avoir vécu au Canada pendant plusieurs années avant d'obtenir leur statut d'immigrant, alors que d'autres ont pu vivre à l'extérieur du Canada pendant de longues périodes après avoir immigré. En raison des contraintes de taille d'échantillon, seulement deux catégories portant sur la durée de résidence des immigrants ont été créées : les nouveaux immigrants (ceux ayant résidé 10 ans ou moins au Canada, à compter de 1994-1995) et les immigrants de longue date (ceux ayant résidé plus de 10 années au Canada, à compter de 1994-1995).

Autoévaluation de l'état de santé :

Il s'agit d'un indicateur fréquemment utilisé qui, selon plusieurs études, reflète adéquatement l'état de santé mesuré par d'autres indicateurs comme la mortalité et la morbidité diagnostiquée cliniquement. L'autoévaluation est mesurée selon une échelle comprenant cinq catégories : mauvais, passable, bon, très bon ou excellent.

Adéquation du revenu :

Cet indicateur a été déterminé en se basant sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage en provenance de toutes sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête de 1994-1995. Il a été défini comme étant moins de 15 000 \$ pour un ménage de 1 ou 2 personnes, moins de 20 000 \$ pour un ménage de 3 ou 4 personnes et moins de 30 000 \$ pour un ménage de 5 personnes ou plus.

Indice de masse corporelle (IMC) :

L'IMC détermine le poids d'une personne en fonction de sa taille. Une augmentation de 10 % ou plus de cet indice indique un gain important de poids, ce qui peut être néfaste pour la santé.

d'origine non européenne, arrivés avant 1984, étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'indiquer que leur état de santé était passable ou mauvais. En revanche, on n'a observé aucune différence statistiquement significative quant à la probabilité de détérioration de l'état de santé entre les immigrants d'origine européenne et les Canadiens de naissance. (Le modèle statistique utilisé dans le cadre de cette analyse comportait des variables de contrôle pour l'âge, le sexe, le revenu du ménage, le niveau de scolarité et certaines autres caractéristiques.)

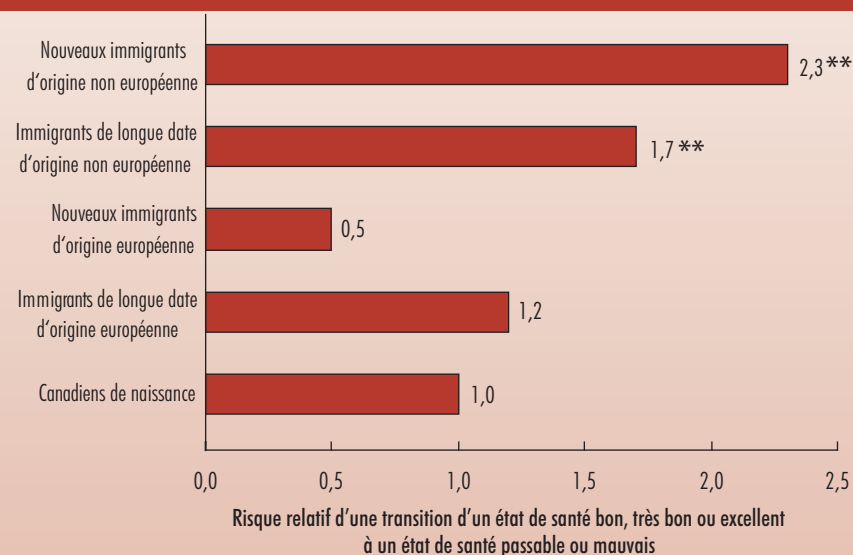
Les immigrants d'origine non européenne consultent leur médecin plus fréquemment

Outre la détérioration de l'autoévaluation de leur état de santé, ou peut-être en la reflétant, les nouveaux immigrants d'origine non européenne ont déclaré avoir consulté leur médecin plus souvent que les autres immigrants au fil des années. De 1994-1995 à 2002-2003, ces immigrants étaient 1,5 fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de compter parmi ceux qui consultent fréquemment un médecin (c.-à-d. d'avoir visité en personne ou consulté par téléphone leur omnipraticien ou tout autre médecin à au moins six reprises au cours de l'année précédente). Encore une fois, la probabilité que les immigrants d'origine européenne et les Canadiens de naissance consultent un médecin était semblable dans les deux cas.

Pour ce qui est de la probabilité d'être hospitalisé, l'analyse ne révèle aucune différence statistiquement significative entre chacun des groupes d'immigrants et les Canadiens de naissance. Il convient toutefois de souligner que ce sont surtout les problèmes de santé assez graves qui mènent à l'hospitalisation. Or, il se pourrait que les huit années de suivi ne soient pas suffisantes pour que la détérioration de l'état de santé soit importante au point de nécessiter une hospitalisation.

TSC

Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient les plus susceptibles d'indiquer une détérioration de leur état de santé



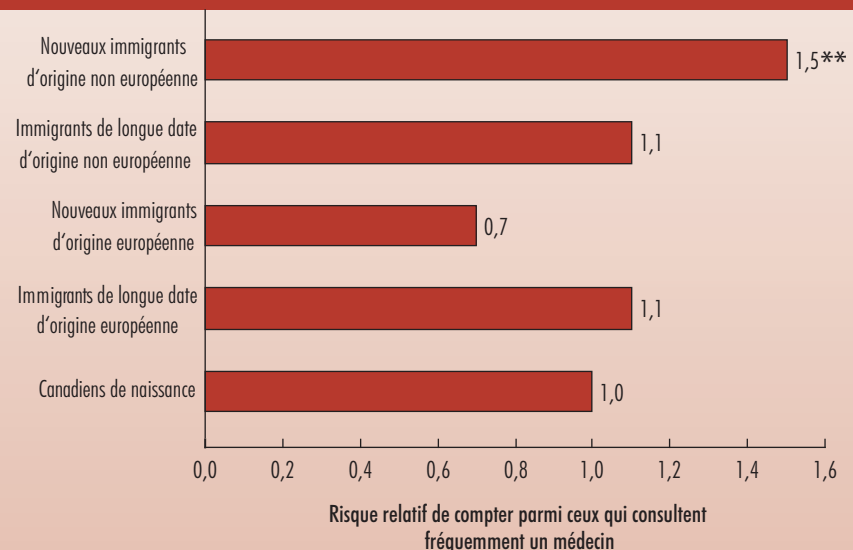
Nota : La présente analyse, fondée sur les personnes ayant déclaré que leur état de santé était bon, très bon ou excellent en 1994-1995, tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, de l'adéquation du revenu, du niveau de scolarité, de l'usage du tabac, de l'inactivité durant les loisirs, du soutien et de l'engagement social ainsi que de l'indice de masse corporelle en 1994-1995.

** Valeur significativement différente de l'estimation pour les Canadiens de naissance ($p < 0,01$).

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003.

TSC

Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de compter parmi ceux qui consultent fréquemment un médecin



Nota : La présente analyse, fondée sur les personnes ayant déclaré que leur état de santé était bon, très bon ou excellent en 1994-1995, tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, de l'adéquation du revenu et du niveau de scolarité en 1994-1995.

** Valeur significativement différente de l'estimation pour les Canadiens de naissance ($p < 0,01$).

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003.

Quels facteurs ont contribué à la détérioration de l'état de santé des immigrants d'origine non européenne?

La détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé des immigrants pourrait être attribuable à un bon nombre de facteurs. Par exemple, dans l'ensemble de la population, la consommation quotidienne de cigarettes, l'inactivité durant les loisirs et l'obésité sont tous des facteurs qui, individuellement, sont fortement associés à une détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé. Il est plausible que, durant le processus d'adaptation au mode de vie canadien, les immigrants d'origine non européenne adoptent certaines de ces habitudes.

Selon les données de l'ENSP, une proportion assez faible d'immigrants d'origine non européenne sont devenus des fumeurs quotidiens. En fait, ils étaient deux fois moins susceptibles de le devenir que les Canadiens de naissance de 1994-1995 à 2002-2003. Par conséquent, chez ces immigrants, il est peu probable que l'initiation à l'usage quotidien du tabac soit associée à un risque plus élevé d'indiquer une détérioration de leur état de santé au cours de la période de référence de huit ans. En revanche, la proportion d'immigrants d'origine européenne qui ont commencé à fumer pendant cette période était la même que celle des Canadiens de naissance.

Les immigrants d'origine non européenne déclarent un manque d'activité physique et un gain de poids

Bien que les immigrants d'origine non européenne n'aient pas pris l'habitude de fumer quotidiennement, ils étaient un peu plus susceptibles que les Canadiens de naissance de devenir physiquement inactifs durant leurs loisirs³. Cette différence pourrait expliquer la raison pour laquelle ces immigrants étaient plus enclins à déclarer une détérioration de leur état de santé.

TSC

Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'indiquer une détérioration de leur état de santé entre 1994-1995 et 2002-2003

Rapports de risque corrigés pour la transition d'un état de santé bon, très bon ou excellent à un état de santé passable ou mauvais

Statut d'immigrant et durée de résidence	
<i>Canadien(ne) de naissance</i>	1,0
Nouvel(le) immigrant(e) d'origine européenne	0,5
Immigrant(e) de longue date d'origine européenne	1,2
Nouvel(le) immigrant(e) d'origine non européenne	2,3**
Immigrant(e) de longue date d'origine non européenne	1,7**
Sexe	
<i>Homme</i>	1,0
Femme	1,1
Groupe d'âge	
<i>18 à 34 ans</i>	1,0
35 à 54 ans	1,6**
55 ans et plus	3,4**
Adéquation du revenu	
Faible	1,5**
<i>Non faible</i>	1,0
Niveau de scolarité	
<i>Sans diplôme d'études secondaires</i>	1,9**
Diplôme d'études secondaires ou certaines études postsecondaires	1,2*
<i>Diplôme d'études postsecondaires</i>	1,0
Usage du tabac	
Fume quotidiennement	1,5**
<i>Ne fume pas quotidiennement</i>	1,0
Inactivité durant les loisirs	
<i>Non</i>	1,0
Oui	1,2**
Soutien social	
<i>Élevé</i>	1,0
Faible	1,3*
Engagement social	
<i>Élevé</i>	1,0
Faible	1,1
Indice de masse corporelle [§]	
<i>Insuffisance de poids</i>	1,0
<i>Poids santé</i>	1,0
Embonpoint	1,2**
Obésité	1,3**

Nota : Toutes les variables explicatives sont fondées sur la situation en 1994-1995. Les données se rapportent à la population des ménages privés de 18 ans et plus vivant au Canada, à l'exception de celle habitant les territoires.

Le groupe de référence est en italique.

§ Ces données excluent les femmes enceintes.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

** Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,01$).

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003.

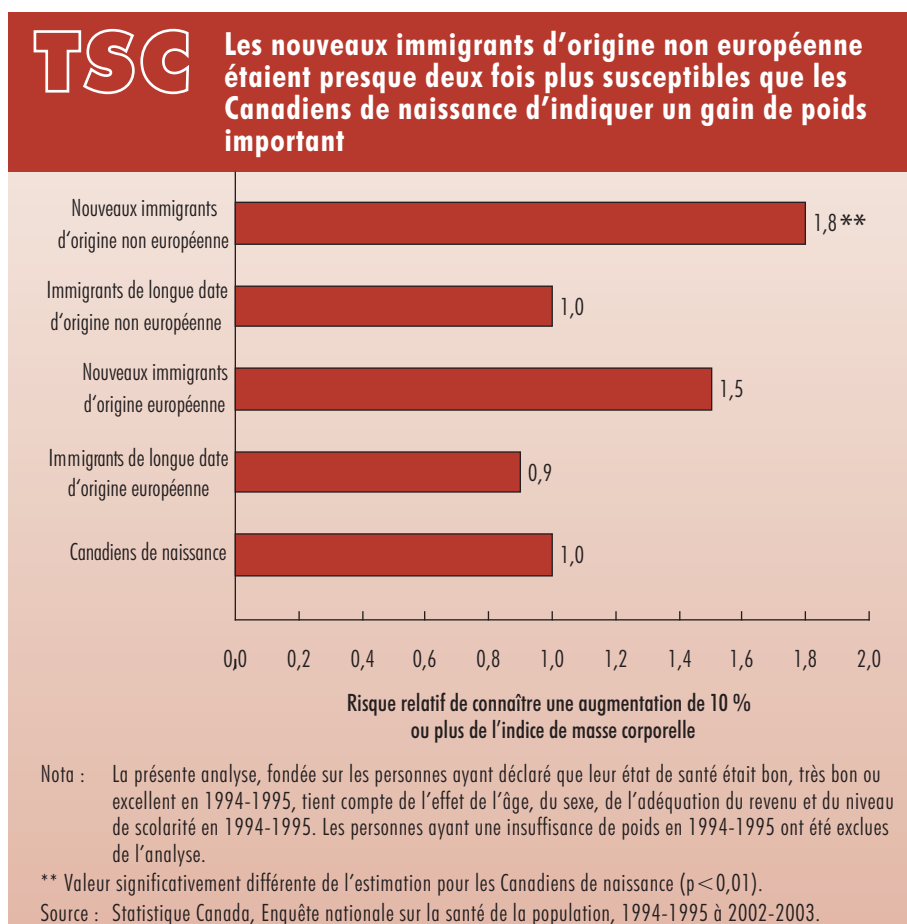
Cependant, d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les associations complexes qui peuvent exister entre le niveau d'activité durant les loisirs et l'état de santé des groupes d'immigrants. Par exemple, le groupe le plus susceptible de devenir inactif était celui composé des nouveaux immigrants d'origine européenne. Pourtant, contrairement aux immigrants d'origine non européenne, la probabilité que ces nouveaux immigrants d'origine européenne indiquent une détérioration de leur état de santé, par rapport aux Canadiens de naissance, n'était pas plus élevée.

Bien que la détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé des nouveaux immigrants d'origine non européenne ne semble pas être liée directement à l'usage quotidien du tabac, le gain de poids pourrait y contribuer. En effet, des changements rapides à l'intérieur des catégories d'indice de masse corporelle (IMC), et d'une catégorie à l'autre, peuvent être considérés comme des indicateurs importants de problèmes de santé à venir. En outre, les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient près de deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'avoir connu une augmentation d'au moins 10 % de leur IMC depuis 1994-1995⁴.

Résumé

Lorsqu'ils arrivent au Canada, les immigrants semblent être en meilleure santé que les Canadiens de naissance. Cependant, au fil du temps, leur état de santé a tendance à se détériorer et, tôt ou tard, à converger vers celui de la population hôte. Parmi les raisons pouvant expliquer la détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé des immigrants, on compte le vieillissement, l'adoption de comportements ayant des effets néfastes sur leur santé et le stress lié au fait d'immigrer.

La détérioration de l'état de santé était la plus forte chez les nouveaux immigrants d'origine



non européenne. Bien que cette détérioration ne semble pas être associée au fait d'avoir commencé à fumer quotidiennement, le gain de poids et l'inactivité physique peuvent être des facteurs contributifs.

La relation entre l'immigration et l'évolution de l'état de santé est très complexe et fait intervenir non seulement des facteurs socio-économiques, culturels, comportementaux, environnementaux et biologiques, mais également les antécédents des personnes avant l'immigration. D'autres recherches sont nécessaires pour établir le lien entre les causes et les effets de ces facteurs.



Edward Ng, Russell Wilkins, François Gendron et Jean-Marie Berthelot travaillent au sein du Groupe de l'analyse et des mesures sur la santé de Statistique Canada.

1. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, produit n° 91-520-XIB au catalogue de Statistique Canada, 2001.
2. Pour mesurer le niveau de soutien social, on a demandé aux personnes interviewées si elles estimaient qu'elles avaient quelqu'un à qui se confier, sur qui elles pouvaient compter, qui pouvait leur prodiguer des conseils et qui leur donnait l'impression de se sentir aimées. On n'a pas tenu compte de l'effet du soutien social sur l'état de santé dans les analyses subséquentes, puisque les questions posées à cet égard n'étaient pas identiques dans tous les cycles de l'enquête.
3. La différence était statistiquement significative au niveau de confiance de 90 % mais pas à celui de 95 %.
4. Les personnes ayant une insuffisance de poids en 1994-1995 ont été exclues de l'analyse.