

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants

- Par rapport aux non-immigrants, les immigrants jouissent d'une meilleure santé au chapitre des problèmes de santé chroniques en général, même en tenant compte de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu. Les cotes relatives à la déclaration, par les immigrants, d'un problème de santé chronique augmentent en proportion du nombre d'années vécues au Canada.
- Les immigrants de sexe masculin fraîchement arrivés ont un cote exprimant le risque de déclarer une maladie cardiaque plus faible que celle des non-immigrants. Il en va de même pour les femmes et le cancer. En ce qui a trait au diabète, à l'hypertension, aux maladies cardiaques chez les femmes, et au cancer chez les hommes, la santé des immigrants et des non-immigrants est comparable; en outre, il n'y a pas de gradient évident de détérioration de la santé des immigrants en proportion des années vécues au Canada.
- Les comportements influant sur la santé, comme l'usage du tabac et la consommation abusive d'alcool, diffèrent entre les immigrants et les personnes nées au Canada, et varient selon le nombre d'années vécues au Canada, mais ces différences n'expliquent pas de façon générale les tendances observées relativement aux problèmes de santé.

Résumé

Objectifs

Cet article compare la santé des immigrants, à différentes périodes depuis leur immigration, avec celle de la population née au Canada, en ce qui a trait aux problèmes de santé chroniques en général, aux maladies cardiaques, au diabète, à l'hypertension et au cancer. Les résultats des comportements influant sur la santé, de même que le rôle de ces comportements dans la survenue des problèmes de santé observés, ont également été explorés.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001, une enquête transversale menée par Statistique Canada. L'échantillon comprenait 131 535 répondants à domicile âgés de 12 ans ou plus, représentant près de 26 millions de Canadiens.

Techniques d'analyse

La prévalence des problèmes de santé et des comportements influant sur la santé a été estimée pour les répondants nés au Canada et pour les immigrants définis en fonction du nombre d'années vécues au Canada depuis leur immigration. On a eu recours à la régression logistique pour estimer les cotes relatives à la déclaration de problèmes de santé, corrigées ou non en fonction des variables sociodémographiques et des comportements influant sur la santé. Les cotes relatives à la déclaration des comportements influant sur la santé ont également été estimées.

Principaux résultats

Les immigrants de sexe masculin ou féminin sont moins susceptibles de déclarer des problèmes de santé chroniques en général. Cependant la cote exprimant le risque de déclarer des problèmes de santé chroniques augmente en proportion du nombre d'années vécues au Canada. Seuls les immigrants du sexe masculin arrivés récemment présentent de meilleurs résultats que les non-immigrants en ce qui a trait aux maladies cardiaques. Il en va de même pour les femmes et le cancer. Dans tous les autres cas, les immigrants ne semblent pas être avantagés sur le plan de la santé, et on n'observe aucun gradient de détérioration de leur état de santé en proportion du nombre d'années vécues au Canada. Les tendances observées dans les comportements influant sur la santé expliquent un nombre très limité de différences entre la santé des immigrants et celle des non-immigrants.

Mots clés

effet de la « sélection d'immigrants en bonne santé », problèmes de santé chroniques, étude transversale

Auteur

Claudio E. Pérez (613-951-1733; perecla@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, (Ontario) K1A 0T6.

Claudio E. Pérez

Le Canada accueille, toutes proportions gardées, plus d'immigrants et de réfugiés que n'importe quel autre pays¹. Depuis la Seconde Guerre mondiale, le pays admet environ 150 000 immigrants en moyenne, chaque année; depuis 1990, la moyenne annuelle a été d'environ 200 000^{1,2}. Il est important de comprendre les caractéristiques de la collectivité des immigrants en ce qui a trait à la santé, non seulement parce que ces derniers représentent une portion non négligeable de la population³, mais également parce que cela peut nous aider à analyser la santé de tous les Canadiens.

Méthodes

Source des données

La présente analyse est fondée sur des données recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Cette enquête transversale réalisée par Statistique Canada recueille des renseignements sur la santé de la population canadienne dans 136 régions socio-sanitaires couvrant l'ensemble du Canada. L'échantillon comprend 131 535 répondants de 12 ans et plus, vivant à domicile, et provenant de l'ensemble des provinces et des territoires; il est pondéré de façon à représenter près de 26 millions de Canadiens (tableau A de l'annexe). Le taux de réponse global dans le premier cycle de l'ESCC a été de 84,7 %.

Techniques d'analyse

Les répondants ont été divisés en catégories, déterminées en fonction de leur statut d'immigrant (par rapport à la population née au Canada), de leur durée de résidence au Canada (voir les *Définitions*) et du sexe. La prévalence de certains problèmes de santé et de certains comportements influant sur la santé a été estimée pour ces groupes.

Les modèles de régression logistique ont été ajustés pour estimer les cotes relatives à la déclaration, par différents groupes d'immigrants, de la présence de problèmes de santé chroniques, ces cotes étant non corrigés et corrigés en fonction de variables sociodémographiques (âge, niveau de scolarité et revenu du ménage) et de certains comportements influant sur la santé (usage du tabac, embonpoint et obésité, consommation abusive d'alcool, manque d'activité physique et consommation de fruits et de légumes); le groupe de référence était composé des répondants nés au Canada. Ces modèles ont également été ajustés en fonction de variables dichotomiques de comportements influant sur la santé comme résultats, avec et sans correction en fonction de facteurs sociodémographiques. Les moyennes ont été estimées pour une échelle continue représentant la fréquence de consommation de fruits et de légumes. On a fait appel à la méthode des moindres carrés pour corriger les moyennes en fonction des facteurs sociodémographiques.

Les modèles logistiques multiples ont également été ajustés en fonction de la population immigrante seulement, afin de permettre d'examiner dans quelle mesure le lieu d'origine pouvait expliquer les différences, sur le plan de la santé, présentées par les immigrants, regroupés par durée de résidence, après correction pour les facteurs sociodémographiques et les comportements influant sur la santé.

Des pondérations ont été utilisées afin de prendre en compte les probabilités inégales de sélection. Pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe, on a utilisé la technique « bootstrap » afin d'estimer les coefficients de variation et de tester le caractère statistiquement significatif des différences ($p < 0,05$).

Limites

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été autodéclarées ou déclarées par procuration, et leur degré d'inexactitude attribuable à une erreur de déclaration est inconnu.

On a demandé aux répondants si leurs problèmes de santé chroniques avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé; toutefois, on n'a fait appel à aucune source indépendante pour confirmer ces diagnostics. Les nouveaux immigrants (et d'autres répondants) ont pu faire face à des obstacles culturels, linguistiques ou autres qui les auront peut-être dissuadés de consulter des professionnels de la santé; il se peut donc que le nombre de diagnostics de problèmes de santé chroniques soit sous-évalué. L'indice de masse corporelle, basé sur le poids et la taille autodéclarés, pourrait ne pas être tout à fait exact, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les buveurs excessifs sont définis comme étant ceux qui avaient consommé quotidiennement plus de deux boissons alcooliques, en moyenne, au cours de la semaine précédente. Les répondants qui avaient connu une semaine atypique à ce chapitre avant de répondre aux questions de l'enquête pourraient avoir été mal classés. En ce qui a trait à l'activité physique, les répondants pourraient avoir dépensé beaucoup d'énergie au travail ou dans leurs tâches ménagères (et le niveau de dépense d'énergie peut en outre différer entre les immigrants et les non-immigrants et selon le type d'immigrant), mais les renseignements sur le degré d'activité physique fournies par l'enquête ne se rapportent qu'aux loisirs. Les questions ayant trait à la nutrition, dans l'ESCC, portaient sur le nombre de fois que sont consommés des fruits ou des légumes, mais non sur la quantité consommée. En outre, des variations significatives dans l'efficacité de ces questions ont été signalées dans le cas de différentes populations ethniques aux États-Unis⁴. Les questions ayant trait à la nutrition n'ont pas été testées dans des sous-populations canadiennes définies et il est possible que l'exactitude des réponses et, partant, la classification des répondants varient d'un sous-groupe ethnique ou culturel à l'autre.

Bien que la santé des réfugiés soit nettement plus mauvaise que celle d'autres types d'immigrants, l'ESCC ne tient pas compte du statut de réfugié.

Le lieu d'origine déclaré peut ne pas être le lieu de résidence le plus récent de l'immigrant. La résidence dans un pays autre que le pays d'origine, avant l'immigration au Canada, pourrait diluer les résultats analysés selon le lieu d'origine. La période de résidence au Canada est mesurée à partir de la date à laquelle le répondant est arrivé au Canada pour la première fois. Toutefois, une personne pourrait fort bien avoir quitté le Canada après son immigration initiale, avoir passé un peu de temps dans d'autres pays, puis être revenue au Canada, ce qui risque également de fausser les résultats.

En dernier lieu, les réponses et les taux de réponse des immigrants les plus récents pourraient avoir été influencés par des facteurs linguistiques et culturels.

Des recherches ont révélé que les immigrants, en particulier les nouveaux venus, jouissent d'une meilleure santé que leurs concitoyens nés au Canada⁵. Même si cette tendance ne s'applique pas à certaines maladies infectieuses, comme la tuberculose⁶, on l'a observée à divers degrés à l'égard de certains résultats en matière de santé comme les maladies chroniques, l'incapacité, la dépendance, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité⁷⁻⁹. Ces constatation s'accordent avec les résultats d'autres pays industrialisées^{10,11}. De plus, elle ne sont pas étonnantes puisque les personnes les plus en santé s'autosélectionnent dans le processus d'immigration et que les candidats à l'immigration doivent répondre à certains critères concernant leur état de santé, selon les dispositions de la *Loi sur l'immigration*².

Toutefois, bon nombre de ces études ont également montré que les immigrants qui résident au Canada depuis des décennies ne jouissent pas du même avantage sur le plan de la santé^{7,11}. Selon certains observateurs, ce phénomène pourrait être attribuable à une détérioration graduelle de la santé des immigrants qui menerait à une convergence avec la population née au Canada. D'autres observateurs estiment que l'adoption de nouveaux comportements influant sur la santé, comme l'usage du tabac, au cours du processus d'acculturation^{12,13}, aurait une influence considérable sur la détérioration de la santé.

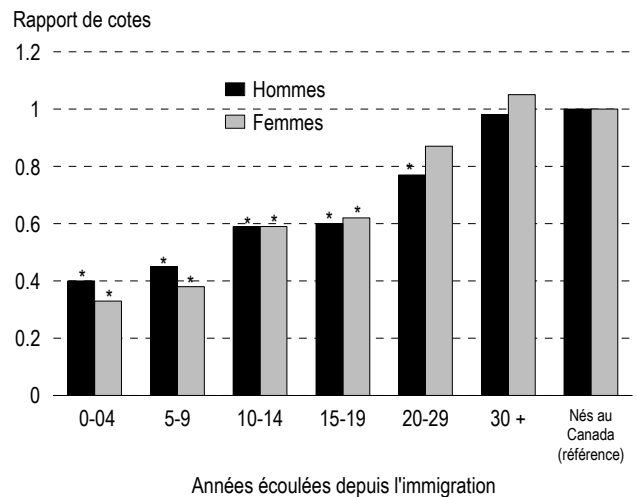
En raison de facteurs liés à la taille de l'échantillon, les études précédentes n'offraient que des possibilités restreintes d'explorer le phénomène d'une convergence apparente de l'état de santé des immigrants avec celui de la population née au pays, selon le nombre d'années vécues par les immigrants au Canada. La présente analyse est fondée sur 131 535 personnes (comprenant 16 901 immigrants dont on connaissait la durée de résidence au Canada), ayant participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, une enquête transversale menée par Statistique Canada en 2000-2001. Elle montre comment la santé des immigrants se compare à celle de la population née au Canada à mesure que s'accroît le nombre d'années vécues au Canada, en ce qui a trait aux problèmes de santé chroniques en général et à certaines maladies précises comme les maladies cardiaques, le diabète, l'hypertension et le cancer. Comme ces maladies sont liées à certains aspects du mode de vie – usage du tabac, manque d'activité physique et régime alimentaire –, les tendances dans les comportements influant sur la santé des immigrants sont également explorées, tout comme le rôle de ces comportements à l'égard des tendances observées.

La prévalence des maladies chroniques en général augmente proportionnellement au nombre d'années vécues au Canada

Les résultats se rapportant aux problèmes de santé chroniques en général corroborent ceux qui proviennent de données d'enquêtes précédentes⁷⁻⁹, à savoir que les immigrants étaient en meilleure santé dans l'ensemble que les non-immigrants. La prévalence de problèmes de santé chroniques chez les immigrants (59,6 %) est nettement moins élevée que celle observée parmi la population née au Canada (65,2 %) (tableau 1). La correction des différences entre ces deux groupes en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu accentue davantage cet écart : le rapport des cotes relatives aux immigrants ayant déclaré la présence de problèmes de santé chroniques, par opposition aux non-immigrants, était de 0,79 avant et de 0,63 après la correction. Cette tendance est identique pour les deux sexes. Même si les immigrantes et les non-immigrantes présentent une plus grande prévalence de problèmes de santé chroniques que les hommes, l'avantage relatif des immigrantes par rapport aux Canadiennes de naissance est semblable à celui des hommes (rapports de cotes corrigés de 0,65 pour les immigrants et de 0,62 pour les immigrantes).

La taille de l'échantillon de l'ESCC permet de départager les immigrants selon leur durée de résidence mieux que jamais auparavant. Les résultats

Graphique 1
Rapports de cotes relatives à des problèmes de santé chroniques en général, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001
* Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Tableau 1

Prévalence de certains problèmes de santé et rapports de cotes s'y rapportant, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, membres de ménages âgés de 12 ans ou plus, Canada, 2000-01

Problèmes de santé selon les années écoulées depuis l'immigration	Tous les répondants				Hommes				Femmes			
	Pré-valence (%) [†]	Rapport de cotes non corrigé [‡]	Rapport de cotes corrigé [§]	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Pré-valence (%) [†]	Rapport de cotes non corrigé [‡]	Rapport de cote corrigé [§]	Rapport de cote corrigé ^{††}	Pré-valence (%) [†]	Rapport de cotes non corrigé [‡]	Rapport de cotes corrigé [§]	Rapport de cotes corrigé ^{††}
Tous les problèmes de santé chroniques												
Tous les immigrants	59,6*	0,79*	0,63*	0,65*	54,4*	0,80*	0,65*	0,67*	64,7*	0,77*	0,62*	0,66*
0-4 ans	37,4*	0,32*	0,36*	0,35*	33,8*	0,34*	0,40*	0,35*	41,3*	0,29*	0,33*	0,40*
5-9 ans	42,7*	0,40*	0,41*	0,42*	39,9*	0,45*	0,45*	0,49*	45,4*	0,35*	0,38*	0,39*
10-14 ans	50,8*	0,55*	0,59*	0,61*	43,4*	0,52*	0,59*	0,64*	57,6*	0,57*	0,59*	0,61*
15-19 ans	55,0*	0,65*	0,60*	0,61*	48,5*	0,64*	0,60*	0,63*	61,5*	0,67*	0,62*	0,62*
20-29 ans	65,2	1,00	0,82*	0,83*	58,5	0,95	0,77*	0,82*	71,7	1,06	0,87	0,88
30 ans et plus	78,2*	1,91*	1,00	0,99	73,5*	1,87*	0,99	0,96	82,7*	2,01*	1,05	1,07
Nés au Canada ^{‡‡}	65,2	1,00	1,00	1,00	59,7	1,00	1,00	1,00	70,4	1,00	1,00	1,00
Maladie cardiaque												
Tous les immigrants	5,4*	1,10*	0,85*	0,88*	5,6	1,06	0,79*	0,81*	5,1*	1,14*	0,90	0,92
0-9 ans	1,8 ^{*E1}	0,36*	0,66*	0,90	1,4 ^{*E1}	0,26*	0,44*	0,67	2,2 ^{*E1}	0,48*	0,92	1,13
10-19 ans	2,3*	0,45*	0,59*	0,60*	1,5 ^{*E1}	0,27*	0,39*	0,41*	3,0 ^{*E1}	0,67*	0,82	0,78
20-29 ans	4,1	0,84	0,90	0,84	5,2 ^{E1}	0,97	1,03	1,02	3,2 ^{E1}	0,69	0,73	0,63
30 ans et plus	11,0*	2,41*	0,95	0,94	12,2*	2,47*	0,89	0,86	9,9*	2,34*	0,96	0,98
Nés au Canada ^{‡‡}	4,9	1,00	1,00	1,00	5,3	1,00	1,00	1,00	4,5	1,00	1,00	1,00
Diabète												
Tous les immigrants	5,0*	1,29*	1,00	1,06	5,2*	1,25*	0,93	0,98	4,8*	1,34*	1,04	1,11
0-9 ans	1,4*	0,36*	0,50*	0,67*	1,6 ^{*E1}	0,37*	0,56*	0,74	1,3 ^{*E1}	0,34*	0,41*	0,57
10-19 ans	3,1	0,80	0,94	1,02	2,8 ^{E1}	0,67	0,90	0,90	3,4 ^{E1}	0,94	0,99	1,11
20-29 ans	5,8*	1,53*	1,47*	1,56*	6,0 ^{E1}	1,47*	1,40	1,51*	5,7	1,60*	1,52*	1,55*
30 ans et plus	8,7*	2,36*	1,04	1,03	9,4*	2,37*	0,93	0,92	8,1*	2,35*	1,13	1,12
Nés au Canada ^{‡‡}	3,9	1,00	1,00	1,00	4,2	1,00	1,00	1,00	3,6	1,00	1,00	1,00
Hypertension												
Tous les immigrants	15,2*	1,31*	1,01	1,05	13,8*	1,33*	1,01	1,07	16,5*	1,30*	1,01	1,04
0-9 ans	5,9*	0,46*	0,76*	0,90	5,6*	0,49*	0,78	0,93	6,2*	0,43*	0,75*	0,88
10-19 ans	8,5*	0,68*	0,86	0,98	7,4*	0,66*	0,93	1,06	9,5*	0,69*	0,77	0,91
20-29 ans	15,6*	1,36*	1,31*	1,37*	15,8*	1,56*	1,41*	1,55*	15,4	1,20	1,21	1,20
30 ans et plus	27,2*	2,74*	1,04	1,02	24,2*	2,64*	0,99	0,98	30,2*	2,85*	1,10	1,07
Nés au Canada ^{‡‡}	12,0	1,00	1,00	1,00	10,8	1,00	1,00	1,00	13,2	1,00	1,00	1,00
Cancer												
Tous les immigrants	1,9	1,13	0,92	0,92	2,1*	1,31*	0,98	0,98	1,8	0,98	0,87	0,86
0-9 ans	0,5 ^{*E2}	0,31*	0,56	0,59	-- ^F	0,52	1,03	1,19	-- ^F	0,13*	0,21*	0,27*
10-19 ans	0,9 ^{*E2}	0,52*	0,74	0,64	-- ^F	0,72	1,26	1,32	0,7 ^{*E2}	0,35*	0,45*	0,26*
20-29 ans	0,8 ^{*E2}	0,49*	0,42*	0,49*	-- ^F	0,19*	0,15*	0,18*	1,4 ^{E2}	0,74	0,67	0,75
30 ans et plus	4,3*	2,60*	1,19	1,16	4,6*	2,99*	1,10	1,07	4,1*	2,27*	1,27	1,22
Nés au Canada ^{‡‡}	1,7	1,00	1,00	1,00	1,6	1,00	1,00	1,00	1,8	1,00	1,00	1,00

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

[†] Estimations de la prévalence exprimées en pourcentages. Les estimations excluent les enregistrements présentant des valeurs manquantes pour la variable dépendante.

[‡] Rapports de cotes non corrigés

[§] Rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu du ménage.

^{††} Rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, de la consommation abusive d'alcool, de l'embonpoint ou de l'obésité, du manque d'activité physique et de la consommation de fruits et de légumes.

^{‡‡} Catégorie de référence

* Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %, estimation supprimée.

Définitions

On a demandé aux répondants de nommer leur pays de naissance. On a ensuite demandé à ceux qui avaient nommé un autre pays de naissance que le Canada de préciser s'ils étaient nés citoyens canadiens; dans la négative, on leur a demandé d'indiquer l'année de leur arrivée initiale au Canada. En se fondant sur les réponses à ces questions, on a classé les répondants immigrants par *durée de résidence* au Canada (0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–29, 30 ans et plus). Les quatre premières catégories ont été ramenées à deux catégories pour les besoins de l'analyse des problèmes de santé chroniques.

L'âge, exprimé en années, a été traité comme une variable continue.

Les répondants ont été répartis en quatre catégories selon le plus haut *niveau de scolarité* atteint durant le premier cycle de l'enquête : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires, diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories de *revenu du ménage*, selon la taille du ménage, se répartissent comme suit :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Intermédiaire, tranche inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Intermédiaire	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Intermédiaire, tranche supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Élevé	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

On a demandé aux répondants s'ils souffraient de problèmes de santé de longue durée qui persistaient ou qui allaient probablement persister six mois ou plus, et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. La présence de *problèmes de santé chroniques* a été définie comme un diagnostic déclaré de l'un des troubles suivants : allergies alimentaires, autres allergies, asthme, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension, migraine, bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, maladie de Crohn ou colite, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence cérébrale, cataractes, glaucome, problème de la thyroïde, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques, ou tout autre problème de santé de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé.

La survenue de quatre problèmes de santé chroniques en particulier — *maladie cardiaque, diabète, hypertension, cancer* — a été déterminée à partir des réponses pertinentes à la question ci-dessus.

On a identifié les *fumeurs* en demandant aux répondants s'ils fumaient des cigarettes de façon quotidienne, à l'occasion ou pas du tout. Les fumeurs englobent les fumeurs quotidiens et

occasionnels.

On calcule l'indice de masse corporelle (IMC) en divisant le poids déclaré en kilogrammes par le carré de la taille déclarée en mètres. Dans la présente analyse, les personnes dont l'IMC est de 25 ou plus sont considérées comme souffrant d'*embonpoint* ou d'*obésité*, conformément aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'IMC n'a pas été calculé dans le cas des répondantes qui étaient enceintes.

On a posé aux répondants une série de questions à propos de leur consommation d'alcool. Ceux qui avaient déclaré avoir consommé au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois ont dû préciser s'ils avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière semaine. Dans l'affirmative, on leur a demandé combien de verres ils avaient consommé chaque jour au cours de la semaine précédente. Les *buveurs excessifs* sont ceux qui ont déclaré avoir consommé en moyenne plus de deux verres par jour (arrondis à l'unité la plus proche) au cours de la semaine précédente.

Le niveau d'activité physique était fondé sur la dépense d'énergie totale durant les loisirs. Les valeurs de la dépense d'énergie ont été calculées à partir de l'information recueillie sur la fréquence et la durée moyenne des activités consacrées au loisir au cours des trois mois précédents, telles qu'elles ont été déclarées par les personnes interrogées, de même que sur la demande énergétique métabolique relative à chacune de ces activités. S'ils avaient dépensé en moyenne moins de 1,5 kcal/kg quotidiennement, les répondants étaient définis comme étant des personnes *inactives durant les loisirs*.

La *fréquence de consommation de fruits et de légumes* a été évaluée grâce aux questions suivantes : « Les questions qui suivent se rapportent aux aliments que vous mangez et buvez habituellement. Pensez à tous les aliments que vous mangez, soit au repas ou pour collation, tant à la maison qu'à l'extérieur.

- (1) À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruits, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate? (Par exemple, une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)
- (2) Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?
- (3) À quelle fréquence mangez-vous (habituellement) de la salade verte?
- (4) À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?
- (5) À quelle fréquence mangez-vous (habituellement) des carottes?
- (6) Sans compter les carottes, les pommes de terre ni la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement? »

Comme les données étaient asymétriques, la fréquence totale de la consommation de fruits et de légumes a été transformée au moyen d'une valeur logarithmique afin d'en arriver à un *indice* de consommation final (des valeurs de zéro ont été attribuées à la valeur suivante la plus basse, 0,005, avant de calculer la valeur logarithmique).

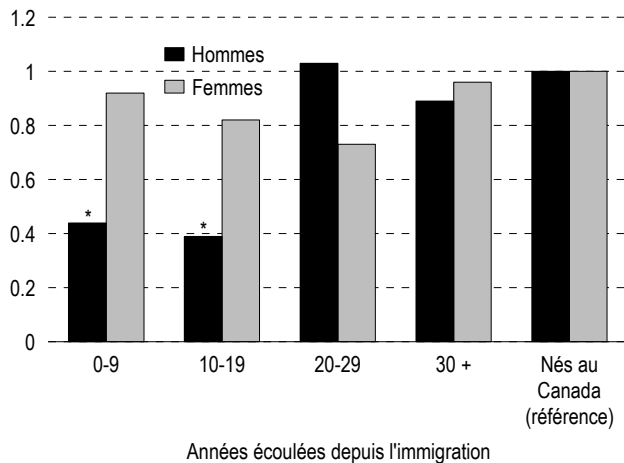
Les répondants ont également été répartis selon les sept lieux d'origine suivants : Canada (non-immigrants), autres pays de l'Amérique du Nord (États-Unis et Mexique), Europe, Afrique, Amérique du Sud et Amérique centrale (y compris les Antilles), Asie et Australie (y compris l'ensemble de l'Océanie). Les deux dernières catégories ont été regroupées aux fins de l'analyse.

On peut obtenir le libellé exact et l'ordre des questions en consultant la documentation de l'ESCC.

Graphique 2

Rapports de cotes relatives aux maladies cardiaques, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu

Rapport de cotes



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

* Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

relatifs aux problèmes de santé chroniques en général montrent un gradient, la santé des immigrants se détériore progressivement à mesure qu'augmente leur durée de résidence au Canada (tableau 1, graphique 1). En effet, dans le cas des hommes autant que des femmes, après correction pour l'âge, la scolarité et le revenu, les rapports de cotes relatives à la déclaration d'un problème de santé chronique, par rapport aux non-immigrants, augmentent de façon régulière dans tous les groupes d'immigrants. Parmi ces groupes d'immigrants, ceux qui ont résidé au Canada pendant la plus longue période (30 ans ou plus), sont indissociables de ceux des personnes nées au Canada. Il convient de noter que les problèmes de santé chroniques signalés devaient avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé; aussi les résultats obtenus pourraient-ils en partie refléter des différences dans les taux de consultation médicale entre les immigrants et les non-immigrants, ou une certaine incapacité parmi les immigrants récents de communiquer leurs problèmes de santé^{14,15}.

Seuls les hommes récemment immigrés présentent des cotes moins élevées en ce qui a trait aux maladies cardiaques

Pour ce qui est des maladies cardiaques, contrairement aux problèmes de santé chroniques en général, l'avantage que présentent les immigrants, pris dans leur ensemble, par rapport à la population née au Canada au chapitre de la santé, n'est apparent qu'après correction en fonction de l'âge, du niveau

Prise en compte des facteurs sociodémographiques

Les tableaux 1 et 2, ainsi que le tableau B de l'annexe, font état des résultats non corrigés et corrigés en fonction de l'âge, de la scolarité et du revenu. Les résultats non corrigés présentent une vue d'ensemble de la santé des immigrants et des non-immigrants. Toutefois, la structure par âge de ces groupes varie considérablement, car les nouveaux immigrants sont beaucoup plus jeunes et les personnes immigrées au Canada depuis des décennies sont notablement plus vieilles que l'ensemble de la population⁷. Les immigrants sont également hétérogènes en ce qui a trait au statut socioéconomique. Les résidents de longue date sont mieux établis que les nouveaux immigrants, ce qui se reflète dans leur niveau de scolarité et le revenu du ménage⁷. Mais même parmi les immigrants dont la durée de résidence au Canada est comparable, on constate un écart important dans le niveau de scolarité et le revenu. Les immigrants « indépendants », notamment les travailleurs spécialisés et les entrepreneurs, sont sélectionnés pour leur éventuel apport économique au Canada et bénéficient en général d'un niveau de scolarité et de revenu relativement élevé. Les immigrants issus de la « réunification des familles » sont parrainés par des citoyens ou des résidents canadiens et comprennent les conjoints, les enfants à charge et les parents. Les « réfugiés » sont des personnes qui ont été accueillies pour des raisons humanitaires². Ce dernier groupe, qui représentait 13 % de tous les immigrants en 1999², est le plus démuné sur le plan économique et celui dont la santé laisse le plus à désirer¹⁴.

Vu le lien évident entre, d'une part, l'état de santé et, d'autre part, le niveau de scolarité, le revenu et (surtout) l'âge, les résultats qui ne tiennent pas compte de ces facteurs pourraient être trompeurs; c'est pourquoi les points traités dans cet exposé s'appuient sur des résultats corrigés.

de scolarité et du revenu du ménage. Toutefois, lorsqu'on répartit l'ensemble des immigrants en groupes plus petits, on ne retrouve cet avantage que chez les hommes, en particulier ceux qui résident au Canada depuis moins de 20 ans. Les hommes qui ont immigré au Canada il y a plus longtemps se comparent à ceux qui sont nés au Canada. Par contraste, les immigrantes ne jouissent d'aucun avantage, quel que soit le nombre d'années de résidence au Canada.

En ce qui a trait au diabète, à l'hypertension et au cancer, il n'y a pas de différence entre les immigrants et les non-immigrants

En ce qui a trait aux trois autres maladies étudiées, les immigrants, du sexe masculin ou féminin, ne semblent présenter aucun avantage par rapport aux non-immigrants. En fait, les immigrants, hommes et femmes, n'ont pas obtenu d'aussi bons résultats, dans l'ensemble, que les autres Canadiens à ce chapitre, avant correction en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (à l'exception du fait que chez les immigrantes et les non-immigrantes, la fréquence de diagnostic de cancer était comparable). Mais après correction en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu, les cotes relatives à la déclaration de ces maladies sont les mêmes pour les immigrants et la population née au Canada.

Exception faite ici encore du cancer chez les femmes, il n'y a pas de gradient évident d'élévation des cotes corrigées relatives à la déclaration de ces maladies, en proportion du nombre d'années de résidence. En fait, la cohorte d'immigrantes présentant les plus hautes cotes corrigées relatives à un diagnostic de diabète, par rapport aux non-immigrantes, est celle arrivée au Canada il y a entre 20 et 29 ans. Il en va de même des immigrants du sexe masculin en ce qui a trait à l'hypertension. Paradoxalement, la même cohorte d'immigrants du sexe masculin est la seule à avoir présenté des cotes corrigées nettement moins élevées de diagnostic de cancer que les hommes nés au Canada. Il convient de noter que la prévalence du cancer chez certains de ces groupes est particulièrement faible, ce qui peut donner lieu à des estimations de rapports de cotes relativement instables. Ainsi, parmi les femmes, même si les cotes corrigées relatives à la déclaration d'un cancer augmentent en proportion du nombre d'années de résidence et que la cohorte des immigrantes qui ont vécu 30 ou plus au Canada présente des cotes plus élevées à cet égard (1,27), cette estimation n'est pas significative sur le plan statistique.

Les comportements influant sur la santé sont variables chez les immigrants

À partir du moment où les immigrants arrivent au Canada, un processus d'acculturation s'amorce; ainsi les idées et les comportements associés au lieu d'origine de ces immigrants sont remplacés par des idées et des comportements canadiens. Il se peut que les comportements ayant trait à leur mode de vie et à leur santé évoluent par suite de cette acculturation et

viennent à la longue à ressembler davantage aux comportements des Canadiens en général. La présente section examine les tendances associées aux comportements influant sur la santé d'immigrants (aux durées de résidence variables) et les compare à celles des répondants nés au Canada.

L'usage du tabac est systématiquement moins fréquent chez les immigrants que chez leurs concitoyens nés au Canada (tableau 2). Cela vaut particulièrement pour les immigrantes – les rapports de cotes (corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu) relatifs à la déclaration de l'usage du tabac se situant entre 0,20 pour les immigrantes les plus récentes, et 0,61 pour les immigrantes de longue date. Chez les hommes, l'écart entre les immigrants et les non-immigrants est plus mince, mais les rapports de cotes corrigés relatifs à l'usage du tabac ne dépassent jamais 0,75, ce qui représente l'estimation pour les hommes ayant vécu entre 20 et 29 ans au Canada.

En ce qui a trait à l'embonpoint et à l'obésité, on observe à nouveau des différences entre les hommes et les femmes. La prévalence d'un indice de masse corporelle (IMC) d'au moins 25 était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, une fois pris en compte les facteurs sociodémographiques, tous les immigrants du sexe masculin présentent un meilleur IMC que les hommes nés au Canada. Dans le cas des femmes, cet avantage ne s'applique qu'aux immigrées récentes, c'est-à-dire celles qui sont arrivées au Canada il y a moins de 10 ans.

La consommation abusive d'alcool, définie comme la consommation quotidienne de plus de deux verres en moyenne au cours de la semaine ayant précédé l'interview accordée aux fins de l'ESCC, est rare, du moins si l'on en croit les données par les personnes interrogées. Pour les femmes en particulier, et les immigrantes surtout, la fréquence de la consommation abusive d'alcool est peu élevée. Les immigrants, autant les hommes que les femmes, affichent des cotes corrigées de consommation abusive d'alcool nettement inférieures, exception faite des femmes résidant au Canada depuis 30 ans ou plus, qui présentent des cotes comparables à celles des Canadiennes de naissance.

Le manque d'activité physique durant les loisirs diffère des autres comportements étudiés influant sur la santé; à cet égard, on constate en effet de meilleures habitudes chez les membres de la population née au Canada que chez leurs concitoyens immigrants. De plus, il semble n'y avoir aucune convergence évidente entre ces deux groupes en ce qui a trait à la durée de résidence (bien que les immigrants du sexe masculin qui ont passé le plus d'années au Canada présentent

Tableau 2

Prévalence de certains comportements influant sur la santé et rapports de cotes s'y rapportant, et moyennes de l'indice de fréquence de la consommation de fruits et de légumes, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, membres de ménages âgés de 12 ans ou plus, Canada, 2000-2001

Comportements influant sur la santé selon les années écoulées depuis l'immigration	Tous les répondants			Hommes			Femmes		
	Prévalence (%)†	Rapport de cotes non corrigé‡	Rapport de cotes corrigé§	Prévalence (%)†	Rapport de cotes non corrigé‡	Rapport de cotes corrigé§	Prévalence (%)†	Rapport de cotes non corrigé‡	Rapport de cotes corrigé§
Fumeurs									
Tous les immigrants	16,6*	0,50*	0,50*	21,3*	0,63*	0,64*	12,0*	0,37*	0,36*
0-4 ans	15,5*	0,46*	0,36*	21,1*	0,62*	0,52*	9,5*	0,28*	0,20*
5-9 ans	15,6*	0,47*	0,38*	21,7*	0,65*	0,53*	9,7*	0,29*	0,23*
10-14 ans	16,5*	0,50*	0,44*	23,2*	0,70*	0,66*	10,3*	0,31*	0,25*
15-19 ans	20,1*	0,63*	0,60*	25,2	0,79	0,73*	15,1*	0,48*	0,47*
20-29 ans	17,0*	0,52*	0,55*	23,1*	0,70*	0,75*	11,2*	0,34*	0,36*
30 ans et plus	16,5*	0,50*	0,64*	18,5*	0,53*	0,67*	14,5*	0,46*	0,61*
Nés au Canada‡‡	28,5	1,00	1,00	30,0	1,00	1,00	27,0	1,00	1,00
Souffrant d'emboisement ou obèse									
Tous les immigrants	42,5*	0,89*	0,77*	46,6*	0,81*	0,67*	38,1	0,99	0,86*
0-4 ans	28,3*	0,48*	0,55*	33,1*	0,46*	0,52*	21,9*	0,45*	0,52*
5-9 ans	27,2*	0,45*	0,51*	29,7*	0,39*	0,43*	24,5*	0,52*	0,59*
10-14 ans	37,6*	0,73*	0,81*	41,8*	0,67*	0,74*	33,3	0,80*	0,87
15-19 ans	42,0	0,88	0,81*	47,5	0,84	0,69*	36,2	0,91	0,90
20-29 ans	45,9	1,03	0,86*	50,6	0,95	0,75*	41,0	1,11	0,97
30 ans et plus	54,7*	1,46*	0,92	59,4*	1,36*	0,79*	49,9*	1,59*	1,04
Nés au Canada‡‡	45,3	1,00	1,00	51,8	1,00	1,00	38,5	1,00	1,00
Buveur excessif									
Tous les immigrants	1,5*	0,40*	0,44*	2,7*	0,40*	0,42*	0,3*E2	0,35*	0,36*
0-4 ans	-- ^F	0,11*	0,13*	-- ^F	0,10*	0,11*	-- ^F	0,17*	0,17*
5-9 ans	-- ^F	0,19*	0,21*	-- ^F	0,19*	0,21*	-- ^F	0,12*	0,12*
10-14 ans	1,2*E2	0,31*	0,34*	2,2*E2	0,32*	0,36*	-- ^F	0,17*§§	0,13*§§
15-19 ans	1,5*E2	0,41*	0,38*	3,2*E2	0,47*	0,42*	-- ^F	0,17*	0,20*
20-29 ans	1,9*E1	0,51*	0,54*	3,7*E1	0,56*	0,58*	-- ^F	0,17*	0,20*
30 ans et plus	2,2*	0,59*	0,70*	3,7*	0,56*	0,62*	0,7*E2	0,75	1,08
Nés au Canada‡‡	3,7	1,00	1,00	6,5	1,00	1,00	1,0	1,00	1,00
Manquant d'activité physique									
Tous les immigrants	60,8*	1,46*	1,33*	57,7*	1,51*	1,35*	63,7*	1,42*	1,32*
0-4 ans	60,2*	1,42*	1,53*	57,1*	1,47*	1,53*	63,6*	1,41*	1,58*
5-9 ans	63,8*	1,65*	1,67*	61,0*	1,72*	1,75*	66,3*	1,59*	1,61*
10-14 ans	63,7*	1,64*	1,78*	61,0*	1,73*	1,84*	66,1*	1,58*	1,74*
15-19 ans	65,0*	1,74*	1,81*	60,5*	1,69*	1,71*	69,1*	1,81*	1,95*
20-29 ans	63,8*	1,65*	1,58*	64,8*	2,03*	1,93*	62,8*	1,36*	1,30*
30 ans et plus	56,3*	1,21*	0,85*	51,2*	1,16*	0,80*	61,1*	1,27*	0,91
Nés au Canada‡‡	51,6	1,00	1,00	47,5	1,00	1,00	55,3	1,00	1,00
		Moyenne non corrigée	Moyenne corrigée††		Moyenne non corrigée	Moyenne corrigée††		Moyenne non corrigée	Moyenne corrigée††
Indice de consommation de fruits et de légumes									
Tous les immigrants		1,44*	1,21*		1,39*	1,13*		1,49*	1,24*
0-4 ans		1,42*	1,24*		1,40*	1,20*		1,45	1,25*
5-9 ans		1,42*	1,23*		1,38*	1,17*		1,45	1,24*
10-14 ans		1,40	1,19*		1,31	1,08*		1,49	1,25*
15-19 ans		1,42*	1,19*		1,39*	1,14*		1,44	1,18
20-29 ans		1,42*	1,17		1,34*	1,06		1,50*	1,22
30 ans et plus		1,49*	1,21*		1,44*	1,14*		1,54*	1,24*
Nés au Canada‡‡		1,38	1,14		1,30	1,03		1,46	1,20

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

† Estimations de la prévalence exprimées en pourcentages. Les estimations excluent les enregistrements présentant des valeurs manquantes pour la variable dépendante.

‡ Rapports de cotes non corrigés.

§ Rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu du ménage.

†† Moyenne corrigée en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu du ménage.

‡‡ RCatégorie de référence

§§ Les catégories « 10-14 ans » et « 15-19 ans » ont été réunies.

* Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur 33,3 %, estimation supprimée.

L'importance du lieu d'origine

Les différences en matière de santé observées parmi les groupes d'immigrants sont peut-être attribuables en partie à un « effet de cohorte » qui pourrait, à son tour, être partiellement dû aux différents lieux d'origine. En effet, le profil des lieux d'origine des immigrants peut varier considérablement d'une année à l'autre, ce qui peut refléter des différences, à la fois dans la santé des populations et dans les systèmes des soins de santé des pays d'origine. Les immigrants qui vivent au Canada depuis longtemps sont plutôt d'origine européenne, alors que près de la moitié de tous les immigrants qui arrivent maintenant au Canada viennent d'Asie. Des variations des taux de mortalité ont également été observées selon les différentes populations ethniques¹⁶. Par conséquent, il ne serait pas déraisonnable de penser que les différences quant aux lieux d'origine expliquent en partie les différences dans les profils de santé des groupes d'immigrants définis selon le temps écoulé depuis leur arrivée au Canada.

En effectuant à nouveau cette analyse, mais en la restreignant cette fois à la seule collectivité des immigrants, il est possible d'étudier le lieu d'origine en tant que facteur éventuel pour expliquer la présence de certaines maladies chroniques en particulier, tout en tenant compte des divers facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au mode de vie, examinés ailleurs dans la présente étude. En prenant comme groupe de référence les immigrants arrivés au Canada il y a 30 ans ou plus, les données, comme on pouvait le prévoir, révèlent un gradient d'augmentation des cotes relatives à la déclaration d'un problème de santé chronique lié à la durée de résidence au Canada (tableau B de l'annexe), corroborant ainsi ce qui avait été préalablement observé dans des analyses se rapportant aux immigrants mais dont le groupe de référence était composé de non-immigrants. Une fois pris en compte l'âge, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool, l'embonpoint ou l'obésité, le manque d'activité physique et la consommation de fruits et de légumes, les différences entre les groupes d'immigrants diminuent considérablement. Par exemple, si on le compare à celui des immigrants qui vivent au Canada depuis 30 ans ou plus, le rapport des cotes relatives à la déclaration de problèmes de santé chroniques chez les immigrants récents passe de 0,17 avant correction à 0,42 après correction. Toutefois, le gradient est maintenu et les quatre groupes d'immigrants les plus récents affichent des cotes bien moins élevées en ce qui a trait à la déclaration de problèmes de santé chroniques en général que les immigrants dont la durée de résidence au Canada est la plus longue.

Le fait de tenir compte du lieu d'origine, en plus des autres facteurs, modifie une fois de plus les rapports de cotes, mais de façon moins spectaculaire. De plus, certains changements, selon le sexe, se produisent dans de rares cas. Le rapport des cotes relatives à la déclaration de problèmes de santé chroniques en général entre les femmes immigrantes dont le nombre d'années vécues au Canada varie entre 10 et 19 ans et les femmes non immigrantes est passé de 0,67 à 0,76 environ, après la prise en compte du lieu d'origine. De même, le rapport des cotes relatives à la déclaration de l'hypertension chez les immigrants du sexe masculin dont la durée de résidence au Canada varie entre 20 et 29 ans est tombé de 1,50 à 1,33 après une correction similaire. Là où il existe des différences considérables entre les cohortes d'immigrants les plus anciennes et les plus nouvelles, le lieu d'origine n'explique pas ces différences.

des cotes corrigées moins élevées que les répondants nés au Canada pour ce qui est de la déclaration du manque d'activité physique.).

Les immigrants dans l'ensemble consomment plus fréquemment des fruits et des légumes que les non-immigrants, et les signes d'une convergence résultant d'une acculturation sont peu évidents. Toutefois, certaines cohortes d'immigrants présentent des habitudes de consommation de fruits et de légumes similaires à celle de leurs concitoyens nés au Canada (en particulier les hommes dont la durée de résidence varie entre 20 et 29 ans ainsi que les femmes immigrées depuis une période allant de 15 à 29 ans).

Les comportements influant sur la santé expliquent peu de différences en matière de santé

Vu la variabilité des tendances relatives aux comportements influant sur la santé chez les immigrants par rapport aux non-immigrants, il n'est peut-être pas étonnant de constater que ces comportements ne comptent pas pour beaucoup dans les différences entre les résultats en matière de santé, au-delà des écarts sur le plan des caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, la majeure partie des différences et des similitudes dans les résultats en matière de santé observés entre les immigrants et les non-immigrants – une fois pris en compte les facteurs liés à l'âge, au niveau de scolarité et au revenu — subsistent, même après correction pour tenir compte des comportements influant sur la santé. Dans le cas des problèmes de santé chroniques en général, par exemple, les différences entre les immigrants et les non-immigrants sont généralement atténuées après que les comportements influant sur la santé ont été pris en compte (tableau 1). À noter toutefois que ces changements sont négligeables et qu'aucune différence importante n'est disparue.

En ce qui a trait à certaines maladies chroniques en particulier, on dénombre peu de cas, chez les hommes comme chez les femmes, où des différences notables entre immigrants et personnes nés au Canada se sont estompées après correction en fonction des comportements influant sur la santé. Pour ce qui est des maladies cardiaques et du diabète chez les hommes, et du diabète et de l'hypertension chez les femmes, l'avantage, du point de vue de la santé, dont jouissent les immigrants les plus récents (ceux arrivés au Canada depuis moins de 10 ans) par rapport aux non-immigrants disparaît. Toutefois, dans le cas du diabète en particulier, il semble que la perte de signification statistique soit attribuable, en partie du moins, à l'absence d'efficacité statistique (les résultats

relatifs au diabète, chez les hommes et les femmes combinés, ne montrent pas une perte de signification).

Convergence de la santé

Contrairement aux problèmes de santé chroniques en général, les maladies chroniques particulières analysées ici n'affichent pas de gradient évident d'augmentation des rapports de cotes corrigés en fonction de la durée de résidence. Cette absence de gradient est bien illustrée par l'exemple du cancer chez les hommes; les rapports de cotes relatives à la déclaration de ce diagnostic sont le moins élevés chez les hommes dont la durée de résidence au Canada varie entre 20 et 29 ans. Est-ce en partie parce que ces maladies sont relativement rares, comparées aux maladies chroniques en général, et davantage encore chez les nouveaux immigrants? Dans la totalité des cas, toutefois, les immigrants qui résident au Canada depuis 30 ans ou plus présentent, relativement à la déclaration de ces maladies, des cotes corrigées similaires à celles de leurs concitoyens nés au Canada.

Néanmoins, la convergence de l'état de santé des immigrants et des non-immigrants, pour ce qui est des problèmes de santé chroniques en général, doit être interprétée avec prudence. On ne peut conclure, à partir de données transversales, que l'état de santé des immigrants se détériore véritablement à mesure qu'augmente la durée de résidence au Canada (par rapport aux non-immigrants). Certaines différences parmi les sous-groupes d'immigrants résultent peut-être d'un « effet de cohorte » attribuable, par exemple, au fait que les immigrants qui étaient au Canada depuis moins de cinq ans en 2000-2001 présentaient un meilleur profil de santé lorsqu'ils sont entrés au pays que d'autres immigrants, selon les dates respectives de leur arrivée. Ces différences pourraient s'expliquer par une évolution des critères d'immigration et une concurrence accrue pour immigrer au Canada.

On pourrait peut-être expliquer d'une autre façon la convergence de l'état de santé des immigrants et des non-immigrants, en ce qui a trait aux problèmes de santé chroniques en général : après quelques années de résidence au Canada, les immigrants les plus en santé émigrent à nouveau, à un rythme plus élevé que dans le cas de la population née au Canada et en santé. La population d'immigrants restés au Canada serait par conséquent relativement plus malade. Certains éléments probants soutiennent cette hypothèse. On a constaté, dans une étude en cours portant sur des immigrants ayant obtenu leur statut de résident permanent au cours des années 1980,

que les immigrants les mieux qualifiés et les personnes à charge étaient le plus susceptibles d'émigrer¹⁷, et c'est précisément ce groupe qui est le plus en santé¹⁴.

Conclusion

Après correction en fonction des facteurs sociodémographiques, les constatations se rapportant aux problèmes de santé chroniques en général révèlent un gradient remarquable de détérioration de la santé des immigrants en proportion de l'augmentation du temps écoulé depuis leur immigration. De plus, les résultats correspondant aux immigrants qui ont vécu le plus longtemps au Canada sont semblables à ceux de leurs concitoyens nés au Canada. Les résultats ne sont pas aussi cohérents en ce qui a trait aux problèmes de santé chroniques particuliers, peut-être parce que ces résultats se produisent plus rarement. Les tendances des immigrants en matière de comportements et de mode de vie influant sur la santé varient en fonction de leur durée de résidence au Canada, mais les résultats ne révèlent pas nécessairement que les immigrants ont plus tendance à s'assimiler aux autres Canadiens à cet égard à mesure qu'augmente leur durée de résidence au Canada. Après correction des différences sociodémographiques, les comportements influant sur la santé n'expliquent pas, de façon générale, les différences entre l'état de santé des groupes d'immigrants et celui de la population née au Canada.

Il existe peu d'indications convaincantes que les immigrants adoptent de mauvais comportements influant sur leur santé et que leur santé (mesurée par rapport à certains problèmes de santé chroniques en particulier) se détériore à mesure qu'augmente leur durée de séjour au Canada. Pour jeter plus de lumière sur ces tendances, il faudrait procéder à une analyse longitudinale dans le cadre de laquelle les participants immigrants seraient suivis pendant une certaine période.

Références

1. G.C.J. Van Kessel, *The Canadian Immigration System*, Ottawa, Citizenship and Immigration Canada, 1998, disponible à <http://www.coskuner.net/english.htm#canadian%20immigration%20system>, site consulté le 27 août 2002.
2. Citizenship and Immigration Canada, *The Canadian Immigration System. Statistics at a Glance*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1998.
3. D. Kinnon, *Aperçu de la recherche sur l'immigration et la santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
4. M. Serdula, R. Coates, T. Byers *et al.*, « Evaluation of a brief telephone questionnaire to estimate fruit and vegetable consumption in diverse study populations », *Epidemiology*, 4(5), 1993, p. 455-463.

5. I. Hyman, *Immigration et santé* [document de travail], Ottawa, Santé Canada, 2001, disponible à <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H13-5-01-5F.pdf>, site consulté le 30 juin 2002.
6. K. Wilkins, « La tuberculose 1994 », *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 35-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 37-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. G. Parakulam, V. Krishnan et D. Odynak, « Health status of Canadian-born and foreign-born residents », *Canadian Journal of Public Health*, 83(4), 1992, p. 311-314.
10. J.L. Donovan, E. d'Espaignet, C. Metron *et al.*, *Immigrants in Australia: a health profile*, Canberra, Australia, Australian Government Publishing Service, 1992.
11. E.H. Stephen, K. Foote, G.E. Hendershot *et al.*, « Health of the foreign-born population », *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 241, 1994, p. 1-10.
12. R.E. Zambrana, S.C.M. Scrimshaw, N. Collins *et al.*, « Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnancy in women of Mexican origin: the role of acculturation », *American Journal of Public Health*, 87(8), 1997, p. 1022-1026.
13. D. Hull, « Migration, adaptation and illness. A review », *Social Science and Medicine*, 13A, 1979, p. 25-36.
14. E.V. Kliever et R. Jones, *Immigrant Health and the Use of Medical Services: Results from the Longitudinal Survey of Immigrants to Australia*, Canberra, Australia, Department of Immigration and Multicultural Affairs, 1997.
15. M. Laroche, « Health Status and Health Services Utilization of Canada's Immigrant and Non-Immigrant Populations », *Canadian Public Policy*, 26(1), 2000, p. 51-73.
16. T. Sheth, C. Nair, M. Nargundkar *et al.*, « Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, south Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: an analysis of 1.2 million deaths », *Canadian Medical Association Journal*, 161(2), 1999, p. 132-138.
17. H.B. Dryburgh et M. Kelly, *Immigrant change: Using taxfiling patterns to identify patterns of emigration and mortality among landed immigrants [document de travail]*, Ottawa, Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles. In press.

Annexe

Tableau A
Distribution de certaines caractéristiques, selon le sexe, membres de ménages âgés de 12 ans ou plus, Canada, 2000-2001

Variable	Tous les répondants			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative (milliers)	%	Taille de l'échantillon	Population estimative (milliers)	%	Taille de l'échantillon	Population estimative (milliers)	%
Total	131 535	25 801,7	100,0	60 849	12 705,4	100,0	70 686	13 096,3	100,0
Années écoulées depuis l'immigration									
0-4 ans	1 872	742,2	2,9	923	385,3	3,0	949	356,9	2,7
5-9 ans	1 849	740,5	2,9	862	366,3	2,9	987	374,2	2,9
11-14 ans	1 924	767,8	3,0	882	369,3	2,9	1 042	398,5	3,0
15-19 ans	1 032	384,2	1,5	483	190,8	1,5	549	193,4	1,5
20-29 ans	2 615	892,1	3,5	1 183	436,1	3,4	1 432	456,0	3,5
30 ans et plus	7 609	1 755,5	6,8	3 509	870,5	6,9	4 100	885,0	6,8
Nés au Canada	112 954	20 144,9	78,1	52 223	9 907,0	78,0	60 731	10 237,9	78,2
Manquants	1 680	374,5	1,5	784	180,1	1,4	896	194,4	1,5
Niveau de scolarité									
Études secondaires partielles	44 571	7 551,8	29,3	21 159	3 760,7	29,6	23 412	3 791,1	28,9
Diplôme d'études secondaires	22 982	4 778,2	18,5	10 068	2 215,3	17,4	12 914	2 563,0	19,6
Études postsecondaires partielles	9 859	2 108,5	8,2	4 338	1 013,7	8,0	5 521	1 094,8	8,4
Diplôme d'études postsecondaires	52 848	11 144,8	43,2	24 640	5 598,6	44,1	28 208	5 546,1	42,3
Manquants	1 275	218,4	0,8	644	117,1	0,9	631	101,3	0,8
Revenu du ménage									
Faible	5 717	890,1	3,4	2 325	392,8	3,1	3 392	497,3	3,8
D'élévé à moyen	12 117	1 778,3	6,9	3 875	669,7	5,3	8 242	1 108,6	8,5
Intermédiaire tranche inférieure	28 829	5 141,6	19,9	12 521	2 386,1	18,8	16 308	2 755,5	21,0
Intermédiaire tranche supérieure	41 057	8 172,0	31,7	20 158	4 130,6	32,5	20 899	4 041,3	30,9
Élevé	29 445	7 073,7	27,4	15 932	3 865,8	30,4	13 513	3 207,9	24,5
Manquants	14 370	2 746,0	10,6	6 038	1 260,4	9,9	8 332	1 485,7	11,3
Problèmes de santé chroniques									
Oui	87 573	16 468,2	63,8	36 929	7 421,9	58,4	50 644	9 046,3	69,1
Non	43 727	9 291,6	36,0	23 789	5 258,4	41,4	19 938	4 033,2	30,8
Manquants	235	42,0	0,2	131	25,2	0,2	104	16,8	0,1
Maladie cardiaque									
Oui	8 004	1 289,0	5,0	3 888	682,2	5,4	4 116	606,8	4,6
Non	123 417	24 492,4	94,9	56 912	12 011,5	94,5	66 505	12 480,9	95,3
Manquants	114	20,3	0,1	49	11,7	0,1	65	8,7	0,1
Diabète									
Oui	6 361	1 063,7	4,1	3 104	556,8	4,4	3 257	506,9	3,9
Non	125 087	24 719,2	95,8	57 707	12 138,2	95,5	67 380	12 581,0	96,1
Manquants	87	18,8	0,1	38	10,3	0,1	49	8,5	0,1
Hypertension									
Oui	19 371	3 257,2	12,6	7 764	1 443,3	11,4	11 607	1 813,9	13,9
Non	111 916	22 497,7	87,2	52 944	11 233,0	88,4	58 972	11 264,6	86,0
Manquants	248	46,9	0,2	141	29,1	0,2	107	17,8	0,1
Cancer									
Oui	2 713	450,3	1,7	1 192	211,3	1,7	1 521	239,0	1,8
Non	128 720	25 335,2	98,2	59 613	12 485,3	98,3	69 107	12 849,8	98,1
Manquants	102	16,2	0,1	44	8,8	0,1	58	7,5	0,1
Fumeur									
Oui	35 844	6 677,9	25,9	17 823	3 562,6	28,0	18 021	3 115,2	23,8
Non	95 339	19 052,5	73,8	42 810	9 094,4	71,6	52 529	9 958,2	76,0
Manquants	352	71,3	0,3	216	48,4	0,4	136	22,9	0,2
Souffrant d'embonpoint ou obèse									
Oui	59 302	11 017,9	42,7	32 138	6 381,5	50,2	27 164	4 636,5	35,4
Non	66 691	13 676,4	53,0	28 105	6 213,4	48,9	38 586	7 463,0	57,0
Manquants	5 542	1 107,4	4,3	606	110,5	0,9	4 936	996,8	7,6
buveur abusif									
Oui	4 103	815,7	3,2	3 463	706,4	5,6	640	109,3	0,8
Non	125 472	24 617,6	95,4	56 147	11 759,6	92,6	69 325	12 858,1	98,2
Manquants	1 960	368,4	1,4	1 239	239,4	1,9	721	129,0	1,0
Manquant d'activité physique									
Oui	64 413	12 661,7	49,1	26 784	5 611,5	44,2	37 629	7 050,2	53,8
Non	58 645	11 000,2	42,6	28 214	5 685,8	44,8	30 431	5 314,3	40,6
Manquants	8 477	2 139,8	8,3	5 851	1 408,0	11,1	2 626	731,8	5,6
Lieu d'origine									
Amérique du Nord (à l'exclusion du Canada)	1 642	301,2	1,2	683	136,4	1,1	959	164,8	1,3
Amérique du Sud ou centrale ou Antilles	1 309	588,8	2,3	571	264,3	2,1	738	324,5	2,5
Europe	9 333	2 337,9	9,1	4 308	1 156,0	9,1	5 025	1 181,9	9,0
Afrique	746	289,2	1,1	383	163,7	1,3	363	125,5	1,0
Asie ou Australie (y compris l'Océanie)	4 711	1 960,7	7,6	2 265	989,9	7,8	2 446	970,8	7,4
Canada	112 954	20 144,9	78,1	52 223	9 907,0	78,0	60 731	10 237,9	78,2
Manquants	840	179,1	0,7	416	88,1	0,7	424	91,0	0,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Tableau B

Rapports de cotes relatives à certains problèmes de santé, selon le sexe et la durée de résidence au Canada, immigrants membres de ménages âgés de 12 ans ou plus, Canada, 2000-2001

Problèmes de santé selon les années écoulées depuis l'immigration	Tous les répondants			Hommes			Femmes		
	Rapport de cotes non corrigé [†]	Rapport de cotes corrigé [‡]	Rapport de cotes corrigé [§]	Rapport de cotes non corrigé [†]	Rapport de cotes corrigé [‡]	Rapport de cotes corrigé [§]	Rapport de cotes non corrigé [†]	Rapport de cotes corrigé [‡]	Rapport de cotes corrigé [§]
Tous les problèmes de santé chroniques									
0-4 ans	0,17*	0,42*	0,45*	0,18*	0,42*	0,42*	0,15*	0,45*	0,49*
5-9 ans	0,21*	0,50*	0,54*	0,24*	0,59*	0,60*	0,17*	0,43*	0,49*
10-14 ans	0,29*	0,71*	0,78*	0,28*	0,77	0,79	0,28*	0,67*	0,76
15-19 ans	0,34*	0,70*	0,76*	0,34*	0,74	0,75	0,33*	0,68*	0,76
20-29 ans	0,52*	0,92	0,98	0,51*	0,95	0,95	0,53*	0,91	0,99
30 ans et plus ^{††}	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maladie cardiaque									
0-9 ans	0,15*	0,91	1,07	0,10*	0,65	0,70	0,21*	1,24	1,63
10-19 ans	0,19*	0,61*	0,72	0,11*	0,42*	0,46*	0,29*	0,84	1,12
20-29 ans	0,35*	0,84	0,99	0,39*	1,07	1,18	0,30*	0,65	0,82
30 ans et plus ^{††}	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Diabète									
0-9 ans	0,15*	0,68	0,45*	0,15*	0,62	0,42*	0,15*	0,73	0,47
10-19 ans	0,34*	1,02	0,67	0,28*	0,79	0,54	0,40*	1,29	0,82
20-29 ans	0,65*	1,54*	1,05	0,62*	1,43	0,99	0,68*	1,63	1,10
30 ans et plus ^{††}	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Hypertension									
0-9 ans	0,17*	0,87	0,78	0,19*	0,88	0,79	0,15*	0,85	0,75
10-19 ans	0,25*	0,96	0,85	0,25*	1,01	0,91	0,24*	0,90	0,78
20-29 ans	0,49*	1,33*	1,20	0,59*	1,50*	1,33	0,42*	1,15	1,05
30 ans et plus ^{††}	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cancer									
0-9 ans	0,12*	0,40*	0,43*	0,17*	0,74	0,94	0,06*	0,20*	0,17*
10-19 ans	0,20*	0,47*	0,53	0,24*	0,89	1,21	0,15*	0,19*	0,18*
20-29 ans	0,19*	0,37*	0,42*	0,06*	0,14*	0,18*	0,33*	0,57	0,54
30 ans et plus ^{††}	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

† Rapports de cotes non corrigés.

‡ Rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, de la consommation abusive d'alcool, de l'embonpoint ou de l'obésité, du manque d'activité physique et de la consommation de fruits et de légumes.

§ Rapports de cotes corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, de la consommation abusive d'alcool, de l'embonpoint ou de l'obésité, du manque d'activité physique, de la consommation de fruits et de légumes, et du lieu d'origine.

†† Catégorie de référence

* Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Annexe

Nombre d'analyses présentées dans ce supplément aux *Rapports sur la santé* se fondent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. La collecte des données du cycle 1.1 de l'ESCC a débuté en septembre 2000 et s'est étendue sur une période de 14 mois. Le champ d'observation de l'ESCC comprend la population à domicile de 12 ans et plus des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Le cycle 1.1 de l'ESCC a été conçu pour recueillir des renseignements au niveau de la région socio-sanitaire¹. Pour des raisons administratives, chaque province est divisée en régions socio-sanitaires (RSS) et chaque territoire est considéré comme une RSS unique. Pour les besoins de la collecte des données de l'ESCC, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées, à cause de la petite taille de la population de Churchill. En outre, les données n'ont pas été recueillies pour deux régions socio-sanitaires éloignées, à savoir la région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, toutes deux situées au Québec.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la

population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majeure partie (83 %) des ménages provenaient de la base aréolaire, et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages ainsi sélectionnés pour participer à une interview sur place. Dans certaines RSS, on a aussi utilisé la méthode de composition aléatoire (CA) et (ou) une liste de numéros de téléphone. Les personnes faisant partie des bases de sondage téléphonique, qui représentaient les 17 % restants de l'échantillon, ont été interviewées par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne; dans les autres, on a sélectionné au hasard deux personnes. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, on a sélectionné au hasard une personne. Le taux de réponse a été de 84,7 %. Pour le cycle 1.1, l'échantillon de répondants comptait 131 535 personnes. En tout, 6,3 % d'interviews ont été réalisées par procuration.

Références

- 1 Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).