

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995

Jiajian Chen, Edward Ng et Russell Wilkins *

Résumé

L'effet de la «sélection d'immigrants en bonne santé» observé dans d'autres pays se manifeste également au Canada. Ainsi, toutes proportions gardées, les troubles chroniques ou les incapacités sont moins fréquents chez les immigrants, et plus particulièrement chez les immigrants récents (c'est-à-dire ceux qui sont au pays depuis 10 ans ou moins), que dans la population née au Canada. Ce phénomène est particulièrement évident chez les immigrants venant de pays non européens, qui forment la majorité des immigrants au Canada.

Le présent article établit une comparaison entre les immigrants et la population née au Canada en ce qui concerne l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les comportements influant sur la santé. Il repose sur les données autodéclarées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. L'état de santé est analysé sous les aspects des troubles chroniques, de l'incapacité et de la dépendance liée à l'état de santé. Les indicateurs de l'utilisation des services de santé sont l'hospitalisation, les consultations chez des médecins et des dentistes et les besoins non satisfaits en matière de services de santé. Les comportements influant sur la santé qui sont ici analysés sont l'usage du tabac et l'activité physique durant les loisirs.

Mots clés : état de santé, immigrant, problèmes de santé chroniques, incapacité, utilisation des services de santé, facteurs de risque pour la santé, Enquête nationale sur la santé de la population

Introduction

À leur arrivée au Canada, les immigrants forment dans l'ensemble un groupe en bonne santé. Plusieurs raisons font que leur bon état de santé est associé au processus d'immigration proprement dit.

* Jiajian Chen (613-951-5059), Edward Ng (613-951-1733) et Russell Wilkins (613-951-1633) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Premièrement, les personnes en bonne santé sont en général plus portées à immigrer que celles qui ne le sont pas. Deuxièmement, le critère de l'employabilité, un de ceux sur lesquels on se fonde pour accorder la permission d'immigrer au Canada, nécessite un certain degré de santé. Enfin, avant d'être admis au pays, les immigrants éventuels font l'objet d'un dépistage médical visant à s'assurer qu'ils ne présentent aucun problème médical grave (voir la *Loi sur l'immigration*).

Loi sur l'immigration

La *Loi sur l'immigration*¹ du Canada précise que tous les immigrants doivent faire l'objet d'un dépistage médical avant d'être admis au pays. Selon les dispositions de l'article 11 :

- (1) Sont astreints à la visite, effectuée par un médecin agréé, tous les immigrants, ainsi que les visiteurs de certaines catégories visées par règlement.
- (1.1) L'agent principal doit imposer la visite médicale prévue au paragraphe (1), dans un délai raisonnable, qu'il précise, à quiconque revendique le statut de réfugié au sens de la Convention, sauf s'il est un résident permanent.
- (2) L'agent d'immigration ou l'arbitre peut imposer la visite médicale prévue au paragraphe (1) aux visiteurs et titulaires de permis qu'il soupçonne d'appartenir à la catégorie non admissible visée à l'alinéa 19(1)a).
- (3) Pour l'application du présent article, la visite médicale comprend la vérification des facultés physiques et mentales ainsi que l'étude, sur le plan médical, des dossiers concernant l'intéressé.

En outre, l'article 91 de la *Loi* précise ce qui suit :

- (1) La personne cherchant à entrer au Canada qui, de l'avis d'un médecin agréé, est ou risque d'être malade ou frappée d'une incapacité physique ou mentale pendant qu'elle attend d'être admise ou de repartir si l'admission ne lui a pas été accordée, ou qui a été exposée à des maladies contagieuses ou infectieuses, peut, sur l'ordre d'un agent principal ou d'un médecin agréé :
 - (a) soit être soignée ou gardée en observation pour diagnostic à bord du véhicule qui l'a amenée au Canada ou dans un poste d'attente;
 - (b) soit être transportée à ces fins dans un hôpital ou autre lieu convenable.

Méthodes

Provenance des données

Les données figurant dans le présent article sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995. L'ENSP comprenait deux enquêtes — l'une s'adressant aux ménages et l'autre, aux établissements de soins de santé. La présente analyse ne porte que sur les ménages. On trouvera plus loin certains détails sur la méthode d'échantillonnage²⁻⁴

En raison de la variation des structures par âge parmi les groupes d'immigrants et du lien étroit entre l'âge et la santé, on a présenté des pourcentages corrigés en fonction de l'âge pour chacun des indicateurs de la santé. Le lecteur qui désire obtenir les pourcentages non corrigés peut s'adresser aux auteurs. La population de base aux fins de la correction selon l'âge correspond au nombre estimatif de personnes de 18 ans et plus faisant partie d'un ménage selon l'ENSP de 1994-1995.

En vue d'améliorer la fiabilité des estimations liées aux indicateurs de la santé, problèmes de santé chroniques, incapacité, dépendance liée à un état de santé, et l'utilisation des services de santé, on a utilisé les données sur tous les membres du ménage âgés de 18 ans et plus qui comprennent les réponses par personne interposée (n = 41 045). On trouve dans cet échantillon 4 004 immigrants européens et 2 375 immigrants non européens. Toutefois, pour l'estimation des facteurs de risque liés au comportement, seules les données ont été obtenues sans personne interposée au sujet des membres du ménage âgés de 18 ans et plus choisis au hasard (n = 16 291). Ce groupe comprend 1 640 immigrants européens et 704 immigrants non européens (*Annexe*).

Pour chaque groupe d'immigrants, on a vérifié la signification statistique des résultats en le comparant à un groupe-témoin de personnes nées au Canada, pour l'intervalle de confiance de 95 %. Les tests statistiques ont tenu compte des répercussions du plan d'échantillonnage complexe concernant les données de l'ensemble des membres des ménages et les données des membres choisis. Les résultats comportant une erreur d'échantillonnage supérieure à 33,3 % de l'estimation proprement dite ont été jugés trop peu fiables pour être publiés.

Définitions

On a attribué le **statut d'immigrant** en fonction du lieu de naissance, et les gens ont été répartis en trois grandes catégories : *nés au Canada*, *Européens* et *Non-Européens*. La catégorie "nés au Canada" comprend toutes les personnes nées au Canada. La catégorie "Européens" regroupe les personnes nées en Europe, aux États-Unis d'Amérique, en Australie et en Nouvelle-Zélande (quelques personnes venant du Mexique ont également été incluses en raison d'un groupement préalable dans les données de l'enquête). La catégorie "Non-Européens" englobe toutes les personnes ayant un autre pays de naissance.

Deux raisons ont justifié l'établissement d'une distinction entre Européens et Non-Européens. Premièrement, on s'attend à ce que les immigrants européens, comparativement aux autres immigrants, possèdent des antécédents culturels et des modes de vie qui s'apparentent davantage à ceux de la population née au Canada. Deuxièmement, il s'est produit un important changement dans la provenance des immigrants depuis les années 1960, un nombre croissant d'entre eux venant de pays non européens. Il se

peut que l'état de santé et les besoins en soins de santé de ces deux grands groupes d'immigrants diffèrent.

Étant donné que l'on ne connaissait pas la **durée réelle de résidence au Canada**, on a utilisé une approximation correspondant au nombre d'années (calculé à compter de l'année d'immigration) écoulées depuis que la personne a immigré au Canada. Toutefois, il se peut que certaines personnes aient résidé plusieurs années au Canada avant d'obtenir le statut d'immigrant ou qu'elles aient vécu hors du Canada pendant des périodes prolongées après y avoir immigré. En raison des limites de la taille de l'échantillon, seulement deux catégories ont été créées : immigration *récente* (10 ans et moins) et immigration de *longue date* (plus de 10 ans).

On a calculé des pourcentages corrigés en fonction de l'âge pour les hommes et pour les femmes ainsi que pour chacun des niveaux de scolarité et de revenu du ménage, car on sait que ces caractéristiques influent sur la santé. Le revenu annuel des ménages a été rangé dans l'une des deux catégories suivantes : *moins de 30 000 \$* et *30 000 \$ et plus*.

Les personnes qui ont répondu à l'enquête ont été classées dans la catégorie des personnes ayant des **problèmes de santé chroniques** lorsqu'elles signalaient un ou plusieurs des 19 troubles précis énumérés dans le questionnaire de l'ENSP ou toute autre maladie à long terme diagnostiquée par un professionnel de la santé. Ces troubles ont été regroupés en 12 catégories : troubles articulaires (y compris arthrite, rhumatisme et problèmes de dos); allergies; tension artérielle élevée (hypertension); maladie cardiaque ou troubles dus à un accident vasculaire cérébral; asthme; diabète; sinusite; migraines; ulcères; bronchite (bronchite chronique ou emphysème); cancer; incontinence urinaire.

On qualifie d'**incapacité** la restriction prolongée de l'activité ou d'une incapacité qui a duré ou qui était censée durer six mois ou plus et qui résulte de troubles physiques ou mentaux, ou de problèmes de santé. L'indicateur de problèmes de santé chroniques correspond à la présence ou à l'absence d'une maladie ou d'une détérioration de la santé, tandis que l'indicateur d'incapacité a trait aux répercussions d'une semblable maladie ou détérioration de la santé sur la capacité fonctionnelle dans la vie courante.

On a indiqué que les personnes étaient **dépendantes** si, pour des raisons de santé, elles ont déclaré avoir besoin d'aide et en recevoir pour exécuter toute activité élémentaire de la vie quotidienne (prendre soin d'elles et/ou se déplacer dans la maison) ou des activités qui accompagnent la vie quotidienne (préparer les repas, faire les courses et/ou faire de petits ou de gros travaux d'entretien). L'indicateur d'incapacité a trait aux conséquences de la maladie ou de la déficience sur les activités, tandis que l'indicateur de dépendance met l'accent sur la perte possible d'indépendance, qui a des répercussions sur les éventuels besoins de services de soutien.

Plusieurs questions de l'ENSP portaient sur l'**utilisation des services de santé** pendant les 12 mois ayant précédé l'interview. Les quatre questions retenues dans le cadre de la présente analyse ont trait à l'accès aux services ainsi qu'aux besoins en matière de soins de santé⁵: *hospitalisation pour une nuit ou plus*, *consultation fréquente de médecins*, *consultation d'un dentiste ou d'un orthodontiste* et *tout besoin de soins de santé non satisfait*. L'*hospitalisation pour une nuit ou plus* comprend les séjours dans les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers ou les maisons de convalescence. L'expression *consultation fréquente de médecins*

s'entend de six consultations ou plus (en personne ou au téléphone) avec un médecin omnipraticien ou un autre médecin. Le plafond a été fixé à six consultations parce que, en 1994-1995, ce nombre était supérieur à la moyenne dans l'ensemble de la population canadienne. Par *consultations d'un dentiste ou d'un orthodontiste*, on entend les visites ou les appels téléphoniques. Enfin, on a indiqué qu'il existait des *besoins de soins de santé non satisfaits* si, au cours des 12 mois précédant l'interview, la personne s'est trouvée dans une situation où elle avait besoin de soins ou de conseils en matière de santé, mais qu'elle ne les a pas reçus.

Les comportements influant sur la santé sont ceux qui ont été autodéclarés, par les personnes interrogées, en ce qui concerne **l'usage du tabac et l'activité physique durant les loisirs**. Pour ce qui est de la variable de l'usage du tabac, les membres de la population sont divisés entre ceux qui n'ont *jamais fumé* et ceux qui *fument actuellement* (quotidiennement ou occasionnellement) ou qui ont *déjà fumé*. On a rangé dans la catégorie des personnes *inactives sur le plan physique* celles dont les activités physiques, pratiquées pendant leurs loisirs, ne sont pas assez vigoureuses pour brûler au moins 1,5 kcal/kg/jour⁶— ce qui correspondant à marcher d'un bon rythme 30 minutes par jour, à jouer aux quilles ou à pratiquer le yoga ou le tai-chi au moins 45 minutes par jour.

Limites de l'analyse

Les résultats de la présente analyse se fondent sur des troubles autodéclarés. À titre d'exemple, les cas d'incapacité et de dépendance sont autodéclarés et ne correspondent pas

nécessairement à des états de maladie diagnostiqués par un médecin. De même, la déclaration des problèmes de santé et l'utilisation des services de santé peuvent être influencées par des facteurs culturels. Compte tenu de l'hétérogénéité des caractéristiques socioéconomiques et des pays de naissance des immigrants, l'étude de l'état de santé de ces derniers à partir d'une simple ventilation fondée sur l'origine européenne et non européenne ne constitue qu'un début. Une analyse multidimensionnelle abordant simultanément les principales co-variantes et une ventilation plus étroite par pays de naissance pourraient nous éclairer davantage sur l'état de santé et les besoins en soins de santé des personnes qui immigreront au Canada. Il serait également souhaitable de comparer les indicateurs de la santé des réfugiés et d'autres catégories d'immigrants, bien que cela ne soit pas possible à partir des données de l'ENSP.

Les données utilisées dans le présent document sont transversales. Par conséquent, les écarts dans l'état de santé selon la période de résidence au Canada peuvent être attribuables soit au fait que les pays dont viennent les immigrants sont différents, soit aux effets réels de la durée du séjour dans un nouveau milieu résultant surtout d'une diminution de l'effet de sélection. De prochains cycles de données de l'ENSP fondés sur le suivi longitudinal faciliteront l'analyse des effets de la longueur de la période de résidence sur la santé des immigrants.

La présente analyse étant limitée aux ménages, il se peut qu'elle ait atténué l'importance des écarts entre les immigrants et les personnes nées au Canada sur le plan de la santé.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 révèle que les immigrants récents, peu importe le pays dans lequel ils sont nés, sont en général en meilleure santé que les personnes nées au Canada. (Consultez la page 9 pour une description de cette enquête et la section *Méthodes* pour plus de précisions sur les variables utilisées dans le cadre de la présente analyse.) Cette constatation vaut particulièrement pour les personnes venant de pays non européens. Toutefois, chez les immigrants arrivés au Canada depuis plus de 10 ans, la prévalence d'un certain nombre de troubles chroniques et d'une incapacité à long terme ressemble à celle observée dans la population née au Canada. Plus la période de résidence des immigrants au Canada est longue, plus leur mode de vie et leurs comportements influant sur la santé ressemblent à ceux des personnes nées au Canada. En outre, pour les

immigrants de longue date l'utilisation des services de santé ne diffère pas beaucoup de celle observée chez les gens nés au pays.

La politique du Canada en matière d'immigration et le système de soins de santé du pays faisant présentement l'objet d'un examen, on se préoccupe davantage de l'état de santé et des besoins des immigrants. Au cours des 40 dernières années, l'immigration a contribué à près de 26 % de la croissance de la population du pays⁷. Cet article-ci étudie la santé des immigrants, comment ceux-ci utilisent le système de soins de santé ainsi que les éléments du mode de vie qui influent sur la santé. Il se fonde sur les données de l'ENSP concernant les personnes de 18 ans et plus qui sont membres d'un ménage.

La durée de résidence est fonction du lieu de naissance

En 1994-1995, les immigrants formaient environ 21 % des ménages dont les membres étaient âgés de 18 ans et plus au Canada, et 58 % de l'ensemble des immigrants étaient des Européens. Toutefois, à la suite d'une modification dans les pays d'immigration, la majorité (74 %) des immigrants récents sont des Non-Européens.

Cette situation se reflète dans les lieux de naissance en fonction de la durée de la résidence (graphique 1). Les immigrants de longue date sont proportionnellement plus nombreux que les autres à être nés en Europe (62 %). À titre de comparaison, 53 % des immigrants récents sont nés en Asie, 15 % en Amérique Latine et 6 % en Afrique.

L'âge, l'éducation et le revenu varient selon le lieu de naissance

En moyenne, les immigrants récents ont tendance à être plus jeunes que les personnes nées

au Canada et, en moyenne, les immigrants de longue date, à être beaucoup plus âgés (tableau 1). Par conséquent, par rapport à la population née au Canada, une plus grande proportion d'immigrants européens sont âgés de 55 ans et plus et plus d'immigrants de pays non européens ont entre 18 et 54 ans.

Les immigrants non européens sont proportionnellement un peu plus nombreux que les personnes nées au Canada à avoir terminé au moins des études secondaires. Un peu plus des trois quarts des immigrants non européens récents (76 %) et de longue date (79 %) âgés de 18 ans et plus ont terminé des études secondaires, comparativement à 74 % de la population née au

Tableau 1

Population selon le statut d'immigrant, la durée de la résidence, le sexe, l'âge, le revenu et la scolarité, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Années au Canada			Années au Canada		
				Total [§]	0-10	11 et plus	Total [§]	0-10	11 et plus
				%					
Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes	49,0	49,1	48,6	48,8	51,7	48,2	48,3	47,5	49,3
Femmes	51,0	50,9	51,4	51,2	48,3	51,8	51,7	52,5	50,7
Âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
18-34	33,9	36,2	25,7	17,8	51,3	12,6	36,4	48,6	25,4
35-54	39,4	38,3	42,9	40,9	40,6	41,1	45,7	39,1	50,8
55 et plus	26,7	25,5	31,4	41,3	8,1	46,3	17,9	12,3	23,8
Revenu annuel du ménage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 30 000 \$	34,9	34,2	36,4	35,2	42,3	34,4	38,0	47,0	29,8
30 000 \$ et plus	60,0	61,0	57,1	58,4	51,6	59,2	55,3	47,1	63,1
Scolarité	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pas de diplôme d'études secondaires	25,9	26,2	24,9	27,0	15,1	28,7	21,9	23,9	20,8
Diplôme d'études secondaires ou mieux	73,8	73,5	74,8	72,7	84,7	71,1	77,6	75,5	79,1

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres du ménage âgés de 18 ans et plus

La somme des chiffres peut ne pas correspondre à 100 % en raison des réponses non déclarées ou inconnues.

[†] Comprend les immigrants dont le statut est inconnu.

[‡] Comprend les immigrants dont le pays de naissance est inconnu.

[§] Comprend les immigrants dont le nombre d'années au Canada est inconnu.

Le revenu du ménage des immigrants de longue date est supérieur à celui des immigrants récents au Canada. À peine plus de la moitié (52 %) des immigrants européens récents vivent dans un ménage dont le revenu s'établit à 30 000 \$ et plus, proportion qui passe à 59 % chez ceux qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans (ce pourcentage est à peu près le même que celui de la population née au Canada, soit 61 %). De même, seulement 47 % des immigrants non européens récents vivent dans un ménage dont le revenu se situe dans cette fourchette. Toutefois, dans le cas des immigrants non européens qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans, la proportion est de 63 %, soit un niveau légèrement supérieur à celui que l'on trouve dans la population née au Canada.

Moins de problèmes de santé chroniques chez les immigrants

Les problèmes de santé chroniques sont moins fréquents chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada : 50 % contre 57 % (tableau 2). La prévalence des problèmes de santé chroniques corrigée selon l'âge est particulièrement faible chez les immigrants non européens (37 %). Toutefois, la prévalence des problèmes de santé chroniques augmente au même rythme que progresse la durée de résidence au Canada—51 % des immigrants non européens de longue date signalent au moins un problème de santé chronique. La tendance est semblable chez les immigrants européens, tout en étant moins prononcée, les proportions correspondantes s'établissant à 47 % et 58 %.

Tableau 2

Prévalence corrigée selon l'âge d'un problème de santé chronique, quel qu'il soit, ou d'un problème de santé chronique particulier, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence, le sexe, le revenu et la scolarité, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Années au Canada			Années au Canada		
				Total [§]	0-10	11 et plus	Total [§]	0-10	11 et plus
Pourcentage corrigé selon l'âge									
Tout problème de santé chronique	55,5	56,8	50,3*	55,3	46,7	57,7	44,7*	37,2*	51,2
Sexe									
Hommes	51,7	53,0	46,6*	51,1	39,8	54,7	40,8*	33,8*	46,7
Femmes	59,2	60,5	53,8*	59,3	52,3	60,5	48,1*	40,1*	55,6
Revenu annuel du ménage									
Moins de 30 000 \$	57,6	59,7	51,3*	57,4	46,3	59,5	45,8*	37,4*	55,5
30 000 \$ et plus	53,9	54,7	49,8*	54,0	46,4	56,8	44,6*	39,0*	48,7
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	55,5	56,3	52,5	57,7	55,2	58,8	45,7	37,0*	58,3
Diplôme d'études secondaires ou mieux	54,9	56,2	49,6*	54,4	45,8	57,0	44,6*	35,8*	50,1
Problèmes de santé chronique particulier									
Trouble articulaire	23,9	24,5	21,7*	24,9	28,1	25,7	16,4*	10,9*	20,0
Allergie	18,9	19,5	16,4*	17,3	--	19,6	16,0	11,2*	20,0
Hypertension	9,7	9,7	9,6	10,0	--	10,2	8,9	6,8	10,3
Maux de tête	7,3	7,2	7,4	9,1	--	9,4	5,4	Ⓜ*	7,0
Asthme	5,6	6,0	4,1*	4,6	--	5,1	3,6*	Ⓜ*	--
Coeur/AVC	4,9	5,0	4,6	5,2	--	5,4	3,3	Ⓜ*	3,9
Sinusite	4,3	4,7	3,2*	3,5	--	3,9	2,7*	--	--
Ulcères	3,5	3,5	3,2	3,7	--	4,0	--	--	--
Diabète	3,4	3,5	3,2	2,8	--	2,9	4,2	--	4,3
Bronchite	3,0	3,5	1,6*	2,2*	--	2,4	Ⓜ*	Ⓜ*	Ⓜ*
Cancer	1,7	1,7	1,7	2,0	--	2,1	--	--	--
Incontinence urinaire	1,1	1,2	0,9	1,1	--	1,1	Ⓜ*	--	Ⓜ*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres du ménage âgés de 18 ans et plus

[†] Comprend les immigrants dont le statut est inconnu.

[‡] Comprend les immigrants dont le pays de naissance est inconnu.

[§] Comprend les immigrants dont le nombre d'années au Canada est inconnu.

* L'écart par rapport aux personnes nées au Canada est significatif à un niveau de confiance de 95 %.

Ⓜ ou Ⓜ Valeur nettement supérieure ou inférieure à celle observée pour les personnes nées au Canada, mais non indiquée en raison d'une importante erreur d'échantillonnage.

La prévalence corrigée selon l'âge pour chacune des catégories (sexe, revenu et études) révèle que les associations entre les troubles chroniques et le statut d'immigrant dominant, peu importe les diverses caractéristiques socio-économiques et démographiques.

Lorsqu'on analyse des problèmes précis, on constate également que la prévalence des problèmes chroniques chez les immigrants non

européens augmente au fur et à mesure que se prolonge la durée de leur période de résidence au Canada^a. À titre d'exemple, la prévalence corrigée selon l'âge des troubles articulaires (arthrite, rhumatisme, problèmes de dos) passe presque du simple (11 %) chez les immigrants non européens

^a Pour certains problèmes de santé chroniques, il n'est pas possible d'établir des comparaisons entre immigrants européens en fonction de la période de résidence, la taille de l'échantillon étant trop petite.

récents au double (20 %) chez ceux qui résident au Canada depuis plus de 10 ans. On relève des augmentations semblables dans le cas des allergies. De même, la proportion des personnes déclarant souffrir d'hypertension passe de 7 % à 10 %.

Incapacité à long terme et dépendance liée à l'état de santé

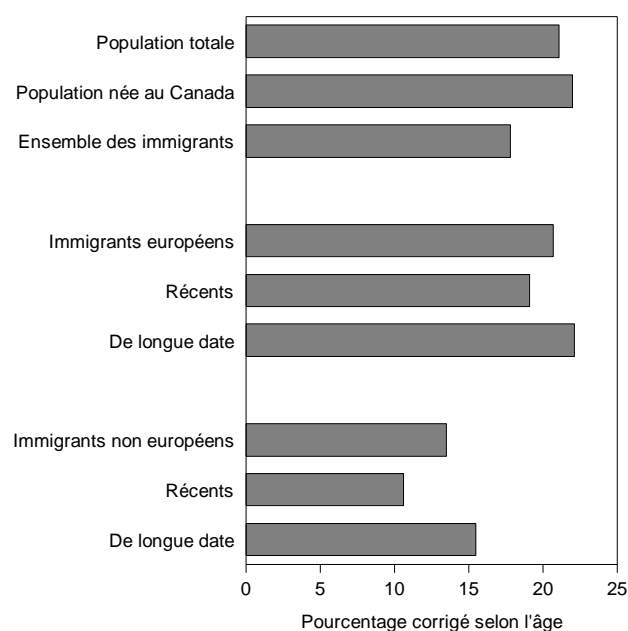
Dans l'ensemble, les immigrants sont proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à souffrir d'une incapacité à long terme (tableau 3, graphique 2). La prévalence de l'incapacité corrigée selon l'âge se situe à 18 % chez les immigrants, comparativement à 22 % chez les personnes nées au Canada. Cette faible prévalence chez les immigrants dans leur ensemble est principalement attribuable aux immigrants non européens : 11 % de ceux qui vivent au Canada depuis 10 ans ou moins signalent une incapacité, tout comme 16 % de ceux qui vivent au pays depuis plus longtemps. À titre de comparaison, la prévalence de l'incapacité chez les immigrants européens se situe près des niveaux observés dans la population née au Canada ou y est égale : Elle atteint 19 % et 22 %, respectivement, pour les immigrants européens récents et de longue date.

Comme il en va dans le cas des troubles chroniques, pour les deux sexes et selon les diverses catégories de revenus et d'études, les immigrants, et plus particulièrement les immigrants non européens récents, sont proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à avoir une incapacité. Toutefois, comme la population née au Canada, les immigrants (peu importe leur lieu de naissance) qui déclarent un revenu du ménage faible, qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ou qui sont des femmes sont en général proportionnellement plus nombreux à avoir une incapacité que les hommes, ceux qui touchent un revenu élevé ou qui sont mieux instruits.

La proportion corrigée selon l'âge de personnes dépendantes en raison d'un problème de santé se situe à environ 9 % (tableau 3). Les immigrants non européens récents sont proportionnellement quelque peu moins nombreux que les personnes nées au Canada à dépendre de l'aide d'autrui dans le cadre d'activités comme les soins personnels, la préparation des repas, le magasinage et les travaux ménagers. Les principales différences à ce niveau ne sont cependant pas fonction du statut d'immigrant. Tout comme pour l'incapacité, les immigrants et les personnes nées au Canada qui déclarent un revenu du ménage faible, qui ont moins d'instruction ou qui sont des femmes sont, en général, plus nombreux à être dépendants.

Graphique 2

Prévalence de l'incapacité à long terme, selon le lieu de naissance et la durée de résidence, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres du ménage âgés de 18 ans et plus

Tableau 3

Prévalence corrigé selon l'âge ayant une incapacité ou une dépendance liée à un problème de santé, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence, le sexe, le revenu et la scolarité, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Années au Canada			Années au Canada		
				Total [§]	0-10	11 et plus	Total [§]	0-10	11 et plus
Pourcentage corrigé selon l'âge									
Incapacité à long terme	21,1	22,0	17,8*	20,7	19,1	22,1	13,5*	10,6*	15,5*
Sexe									
Hommes	20,6	21,7	16,9*	19,8	--	22,3	12,0*	10,1*	12,2*
Femmes	21,6	22,3	18,6*	21,5	24,6	21,9	14,7*	10,5*	18,5
Revenu annuel du ménage									
Moins de 30									

Peu d'écart dans la consultation des médecins

Les pourcentages corrigés selon l'âge de personnes qui signalent avoir consulté six fois ou plus un médecin au cours des 12 mois ayant précédé l'interview ne varient pas tellement en fonction du statut d'immigrant (tableau 4). Comme il en va des personnes nées au Canada, les immigrants qui déclarent un revenu du ménage faible, qui sont moins instruits ou qui sont des femmes sont en général proportionnellement plus nombreux à dire qu'ils consultent fréquemment les médecins.

Consultation des dentistes ou des orthodontistes

Une proportion plus élevée d'immigrants européens, particulièrement ceux qui résident depuis longtemps au Canada consultent un dentiste ou un orthodontiste (tableau 4). Au cours des 12 mois ayant précédé l'interview, 53 % des personnes nées au Canada ont consulté un dentiste. Cette proportion s'élève à 56 % pour les immigrants européens récents et elle passe à 61 % pour les personnes ayant immigré au Canada depuis plus de 10 ans. Une proportion relativement peu élevée d'immigrants non européens récents (40 %) a consulté un dentiste, mais 58 % des personnes qui sont arrivées au pays plus de 10 ans avant eux l'ont fait, soit en proportion plus forte que la population née au Canada.

À la différence des services des médecins, qui sont assurés dans le cadre du régime de soins de santé dans chaque province, les soins dentaires et orthodontiques ne le sont pas. Par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que, pour tous les groupes, les consultations chez les dentistes sont liées au revenu du ménage. À titre d'exemple, 66 % des immigrants européens récents et de longue date venant d'un ménage dont le revenu est supérieur à 30 000 \$ déclarent avoir consulté un dentiste, comparativement à 47 % et 50 %, respectivement au venant d'un ménage moins à l'aise financièrement. De même, 61 % des personnes nées au Canada et appartenant à un ménage dont

le revenu est supérieur à 30 000 \$ ont consulté un dentiste, tandis que seulement 40 % de celles qui viennent d'un ménage ayant un revenu inférieur l'ont fait. L'écart est pour les immigrants non européens de longue date : 64 % contre 45 %. Toutefois, l'effet est beaucoup moins prononcé chez les immigrants non européens récents. Ainsi, 37 % de ceux dont le revenu du ménage est inférieur à 30 000 \$ ont consulté un dentiste, alors que cette proportion se situe à seulement 44 % chez ceux dont le revenu se situe dans la fourchette de 30 000 \$ et plus.

Satisfaction de la majorité des besoins en soins de santé

Peu de gens (environ 5 %) signalent ne pas avoir été en mesure d'obtenir des soins de santé au cours des 12 mois ayant précédé leur interview (tableau 4). Cette proportion ne varie pas de façon marquée en fonction du statut d'immigrant ou du nombre d'années de résidence au Canada, mais il y a une association négative entre le revenu du ménage et les besoins non satisfaits. À titre d'exemple, 8 % des immigrants européens faisant partie d'un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 30 000 \$ signalent des besoins non satisfaits, soit le double de la proportion (4 %) que l'on trouve dans les ménages à revenu élevé. Pour les personnes nées au Canada, ces proportions se situent à 7 % et à 4 %, respectivement.

Usage du tabac

Ne jamais avoir fumé est beaucoup plus courant chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada (tableau 5). Toutes proportions gardées, les immigrants non européens récents sont beaucoup plus nombreux que les personnes nées au Canada à n'avoir jamais fumé (75 % contre 34 %). Une proportion quelque peu moins élevée (62 %) des immigrants non européens de longue date n'a jamais fumé, ce qui est nettement supérieur au niveau enregistré chez les immigrants européens (56 % des immigrants européens récents et 38 % des immigrants européens de longue date n'ont jamais fumé).

Tableau 4

Pourcentage corrigé selon l'âge de personnes ayant fait état d'une hospitalisation, de la consultation fréquente de médecins, de la consultation d'un dentiste ou d'un orthodontiste ou de besoins non satisfaits en soins médicaux, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence, le sexe, le revenu et la scolarité, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Total [§]	Années au Canada		Total [§]	Années au Canada	
					0-10	11 et plus		0-10	11 et plus
Pourcentage corrigé selon l'âge									
Hospitalisation	9,9	10,3	8,7	9,5	--	9,8	6,8*	--	7,1
Sexe									
Hommes	7,8	8,1	6,8	7,5	--	8,0	--	--	--
Femmes	12,0	12,5	10,5	11,4	--	11,3	8,4	--	--
Revenu annuel du ménage									
Moins de 30 000 \$	12,4	12,8	11,2	12,5	--	13,5	8,6	--	--
30 000 \$ et plus	8,5	8,9	7,1	7,7	--	8,1	5,9	--	--
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	12,0	12,6	9,8	10,5	--	12,4	--	--	--

Tableau 5

Pourcentage corrigé selon l'âge de personnes qui n'ont jamais fumé et qui ne s'adonnent pas à des activités physiques pendant leurs loisirs, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence, le sexe, le revenu et la scolarité, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Années au Canada			Années au Canada		
				Total [§]	0-10	11 et plus	Total [§]	0-10	11 et plus
Pourcentage corrigé selon l'âge									
Personne n'ayant jamais fumé	37,9*	34,4	51,2*	38,9	55,7*	37,6	67,4*	74,9*	61,7*
Sexe									
Hommes	31,8	29,8	39,4*	31,1	--	32,7	51,4*	58,7*	48,2*
Femmes	43,4	38,2	62,5*	46,9*	69,1*	42,8	81,7*	87,9*	75,4*
Revenu annuel du ménage									
Moins de 30 000 \$	34,2	28,3	52,8*	36,4	53,8	31,6	66,9*	69,1*	65,7*
30 000 \$ et plus	39,0	36,4	49,7*	39,1	55,4	38,7	67,9*	81,1*	61,5*
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	29,4	24,3	51,8*	32,6	57,2*	30,3	70,0*	80,6*	57,8*
Diplôme d'études secondaires ou mieux	39,8	37,0	50,3*	39,0	55,0	37,6	65,7*	70,9*	62,3*
Absence d'activités physiques pendant les loisirs	57,7	57,5	59,3	52,2	59,2	51,4	67,2*	67,2	65,9
Sexe									
Hommes	52,7	53,1	51,8	46,4	63,8	44,9	59,0	59,6	55,4
Femmes	62,4	61,8	66,2	57,7	57,3	57,7	74,4*	72,2	76,6*
Revenu annuel du ménage									
Moins de 30 000 \$	61,6	61,8	63,0	54,9	53,1	56,8	66,6	66,2	67,2
30 000 \$ et plus	55,1	55,1	55,8	48,7	66,9	47,2	67,3*	67,3	66,0
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	61,6	60,9	66,1	52,7	65,3	51,1	71,5	70,7	71,4
Diplôme d'études secondaires ou mieux	55,7	55,4	57,8	51,0	57,6	50,1	67,7*	69,1	65,2

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres du ménage âgés de 18 ans et plus

[†] Comprend les immigrants dont le statut est inconnu.

[‡] Comprend les immigrants dont le pays de naissance est inconnu.

[§] Comprend les immigrants dont le nombre d'années au Canada est inconnu.

* L'écart par rapport aux personnes nées au Canada est significatif à un niveau de confiance de 95 %.

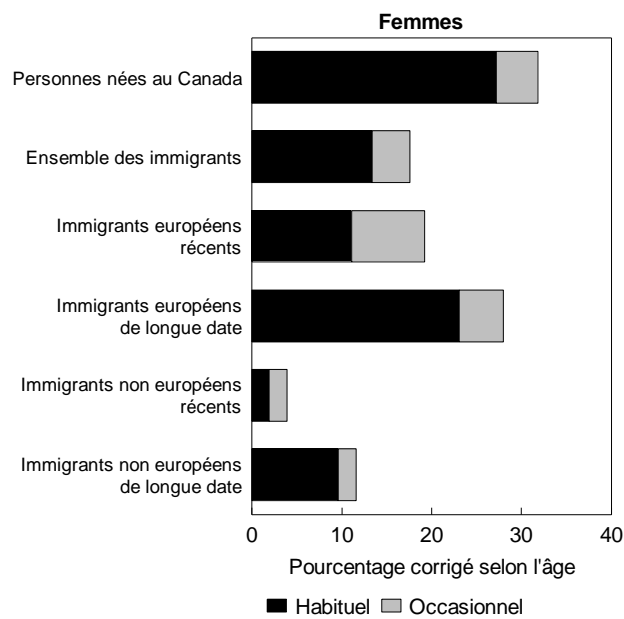
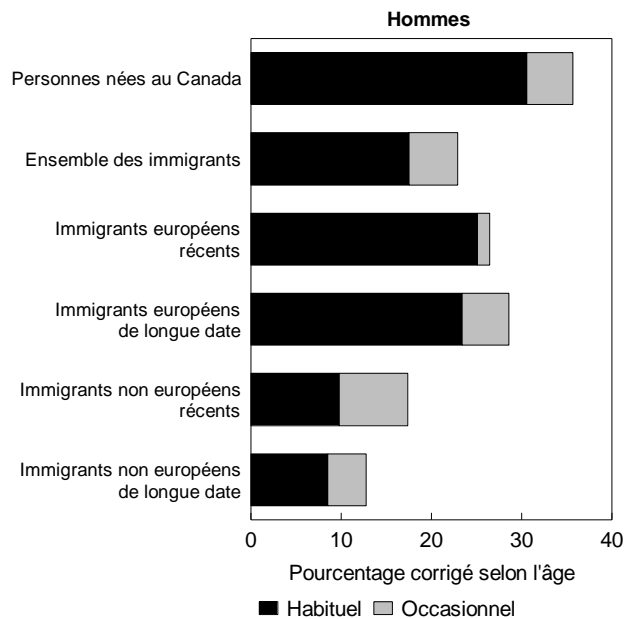
Les taux élevés de personnes n'ayant jamais fumé qui ont été relevés chez les immigrants non européens sont le reflet des taux particulièrement faibles d'usage du tabac observés chez les femmes appartenant à cette catégorie. Ainsi, 88 % des immigrantes non européennes récentes n'ont jamais fumé; la proportion se situe à 75 % chez celles qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans. Les proportions comparables pour les immigrantes

européenne se situent à 69 % et 43 %, respectivement, et seulement 38 % des femmes nées au Canada n'ont jamais fumé. La proportion des fumeurs augmente généralement avec la durée de la résidence au Canada, mais il en va également de même de la proportion des ex-fumeurs (graphique 3).

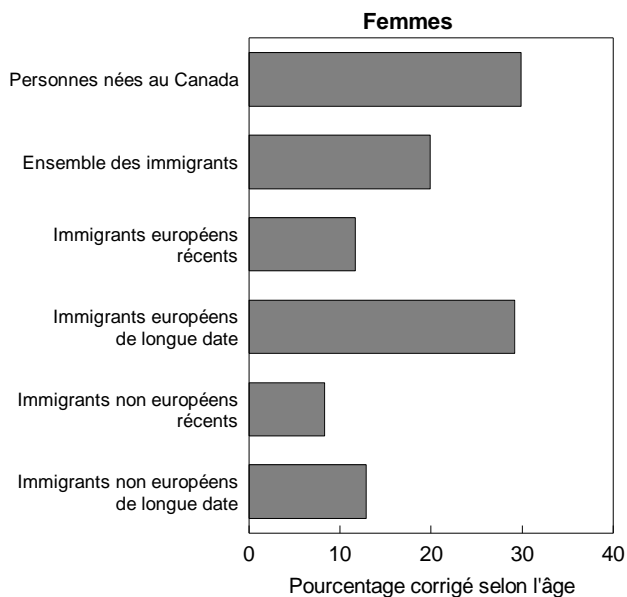
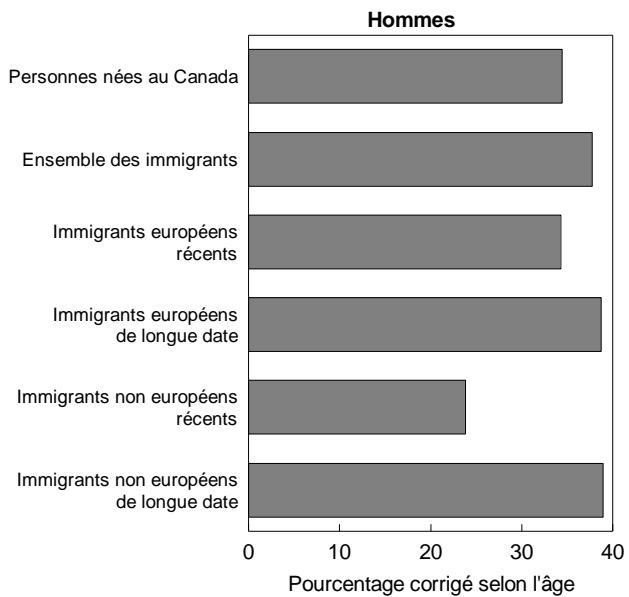
Graphique 3

Usage du tabac selon le statut d'immigrant, la durée de résidence et le sexe, Canada, 1994-1995

Fumeurs



Ex-fumeurs



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres du ménage âgés de 18 ans et plus

Chez les immigrants, on voit peu de liens entre l'usage du tabac et les caractéristiques socio-économiques et démographiques. En revanche, l'usage du tabac est moins fréquent chez les personnes nées au Canada et ayant un niveau d'éducation ou un revenu du ménage élevé, que chez les personnes ayant un niveau de scolarité moins élevé ou un revenu du ménage faible.

Absence d'activité physique durant les loisirs

La nature des loisirs des immigrants varie selon le lieu de naissance (tableau 5). Toutes proportions gardées, les immigrants non européens sont particulièrement susceptibles de ne pas faire d'exercice physique durant leurs loisirs (67 %), et cette tendance évolue très peu avec la durée de la résidence au Canada. En revanche, parmi les immigrants des pays européens, la proportion de ceux qui signalent être inactifs durant leurs loisirs passe de 59 % chez les immigrants récents à 51 % chez ceux de longue date. En fait, l'absence d'activité durant les loisirs est moins courante chez les immigrants européens de longue date que dans la population née au Canada (58 %).

Discussion

Si l'on s'arrête aux problèmes de santé chroniques et à l'incapacité, les immigrants, particulièrement ceux qui viennent des pays non européens, sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada. Ces résultats concordent avec ceux d'études révélant que les personnes qui immigreront au Canada ont une plus longue espérance de vie et une plus longue période sans incapacité que les personnes nées au Canada (voir *Espérance de vie et de santé des immigrants au Canada*)⁸.

Une des raisons qui expliqueraient que les immigrants sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada, selon ces indicateurs, tient au phénomène souvent mentionné de l'«immigrant en bonne santé», qui est attribuable au choix de gens qui, au moment de l'immigration, sont en meilleure santé. Une autre explication possible est la faible prévalence de l'usage du tabac. Les immigrants sont proportionnellement plus nombreux que les personnes nées au Canada à n'avoir jamais fumé, constatation qui concorde avec les résultats d'une étude antérieure⁹.

Espérance de vie et de santé des immigrants au Canada

Le bon état de santé des immigrants dont témoigne l'Enquête nationale sur la santé de la population se traduit à la fois par une plus grande longévité et un plus grand nombre d'années sans incapacité et sans dépendance. Des calculs fondés sur des données des Recensements de 1986 et de 1991, les statistiques de l'état civil pour 1985-1987 et 1990-1992 et les Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986-1987 et 1991 montrent que les immigrants, particulièrement les immigrants des pays non européens, ont une plus grande longévité et vivent un plus grand nombre d'années sans incapacité et sans dépendance que les personnes nées au Canada. En outre, les données ayant servi à ces calculs englobent à la fois les membres des ménages et ceux qui vivent dans un établissement. Par conséquent, elles font disparaître une des principales limites que pose l'analyse fondée sur l'ENSP menée auprès des ménages—c'est-à-dire l'exclusion des personnes qui vivent dans des établissements de soins de santé de longue durée.

Une analyse en profondeur des tendances de l'espérance de vie fera l'objet d'un article dans un prochain numéro de *Rapports sur la santé*.

Toutefois, au fur et à mesure que la durée de la résidence des immigrants au Canada s'allonge, la prévalence des problèmes de santé chroniques (particulièrement les allergies et les troubles articulaires) et de l'incapacité augmente. La même remarque vaut pour l'usage du tabac. Le fait que l'état de santé se détériore au fur et à mesure que s'allonge la période de résidence n'est pas un phénomène unique au Canada. On a remarqué que la même tendance se manifeste chez les personnes qui immigreront aux États-Unis¹⁰ et en Australie¹¹. Il se peut que l'influence de la période de résidence soit attribuable à une atténuation, au fil des ans¹², de l'effet de la «sélection d'immigrants en bonne santé». Plus la durée du séjour est longue, plus la sélection est tardive et moins l'effet de la sélection est prononcée.

Quoi qu'il en soit, les immigrants de longue date sont proportionnellement plus nombreux que les immigrants récents à faire partie des ex-fumeurs et, dans le cas des immigrants européens, à s'adonner à des activités physiques pendant leurs loisirs. Ces tendances correspondent aux initiatives récentes du Canada visant à décourager l'usage du tabac et à promouvoir l'activité physique. Par conséquent, les comportements qui influent sur la santé et qui sont adoptés par la majorité de la population canadienne semblent se communiquer aux immigrants, et ce phénomène s'accroît au fur et à mesure que se prolonge la durée de la résidence au Canada. Au fil

des ans, il se peut également que les changements positifs intervenus chez les personnes nées au Canada au niveau des comportements influant sur la santé ait eu une incidence favorable sur le profil de santé des immigrants.

Remerciements

Nous tenons à souligner le soutien que nous ont accordé le groupe de l'Enquête nationale sur la santé de la population et le plus particulièrement Gary Catlin et Jeannine Bustros, et nous les en remercions.

Références

1. Marrocco, F.N., Goslett, H.M. (s. la dir. de). *The Annotated Immigration Act of Canada*. Toronto : Thomson Professional Publishing, 1993.
2. Statistique Canada. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995* (n° 82-567 au catalogue) Ottawa: Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1995.
3. Catlin, G., Will, P. Enquête nationale sur la santé de la population : Premiers faits saillants. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1992; 4(3) : 313-9.
4. Tambay, J.L., Catlin, G. Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1995; 7(1) : 29-39.
5. Statistique Canada. *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'enquête sociale générale de 1991* (n° 11-612F au catalogue, n°8) Ottawa : Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
6. Statistique Canada. *NPHS Public Use Micro Data Files Documentation, 1994-95*, Appendix F. Ottawa : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 1995 :
7. Basavarajappa, K.G., Beaujot, R.P., Samuel, T.J. Canada, Kosinski, L.A. (s. la dir. de). Dans *Impact of migration in the receiving countries*. Genève : Organisation internationale pour les migrations, 1993.
8. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E. Espérance de vie et de santé des immigrants au Canada, de 1986 à 1991. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) (à paraître).
9. Millar, W.J. Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1992; 4(1) : 7-23.
10. Stephen, E.H., Foote, K., Hendershot, G.E., Schoenborn, C.A. *Health of the foreign-born population: United States, 1989-90. Advance data from Vital and Health Statistics*; 241 : 1-10. Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics, 1994.
11. Donovan, J., d'Espaignet, E., Merton, G., van Ommeren, M., (s. la dir. de). *Immigrants in Australia: A health profile*. Australian Institute of Health and Welfare, Ethnic Health Series, N°1. Canberra : AGPS, 1992.
12. Marmot, M.G., Adelstein, A.M. Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet* 1984; juin 30 : 1455-7.

Annexe

Taille de l'échantillon et estimation de la population, selon le statut d'immigrant et la période de résidence, Canada, 1994-1995

	Total [†]	Personnes nées au Canada	Ensemble des immigrants [‡]	Immigrants européens			Immigrants non européens		
				Années au Canada			Années au Canada		
				Total [§]	0-10	11+	Total [§]	0-10	11+
Taille de l'échantillon									
Ensemble des membres des ménages	41 045	34 517	6 379	4 004	452	3 387	2 375	1 066	1 242
Personnes choisies	16 291	13 894	2 334	1 640	159	1 417	704	300	384
Estimation de la population (en milliers)									
	21 425	16 790	4 513	2 610	317	2 187	1 903	899	952

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Membres des ménages âgés de 18 ans et plus

[†] Comprend les immigrants dont le statut est inconnu.

[‡] Comprend les immigrants dont le pays de naissance est inconnu.

[§] Comprend les immigrants dont le nombre d'années au Canada est inconnu.