

# Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991

Jiajian Chen, Russell Wilkins et Edward Ng\*

## Résumé

Les analyses reposant sur les données du recensement, les statistiques de l'état civil et les données tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités révèlent que les immigrants, et plus particulièrement ceux en provenance de pays «non européens», ont une plus grande espérance de vie et vivent un plus grand nombre d'années sans incapacité ou dépendance que les personnes nées au Canada. Cependant, alors que, toutes proportions gardées, les immigrants sont moins nombreux que les personnes nées au Canada à souffrir d'une incapacité, ils ne sont que légèrement moins nombreux à dépendre d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne. Il est probable que la longévité et la bonne santé des immigrants soient liées à l'effet de la «sélection d'immigrants en bonne santé».

**Mots-clés :** espérance de vie, mortalité, incapacité, dépendance, immigrants

Depuis les années 1950, les immigrants forment environ 16 % de la population totale du Canada et ils ont contribué à près de 26 % de la croissance démographique du pays<sup>1</sup>. La réapparition de certaines maladies infectieuses dans le monde et les taux élevés de maladie dans certains groupes d'immigrants ont soulevé des inquiétudes quant à l'état de santé des immigrants au Canada<sup>2-4</sup>. Cependant, plusieurs indicateurs de l'état de santé portent à croire que les personnes qui immigreront au Canada, en particulier en provenance de pays non européens, sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada<sup>5</sup>. Cette bonne santé relative se manifeste non seulement par une plus longue espérance de vie, mais également par un plus grand nombre d'années sans incapacité et dépendance (voir encadré «Statut d'immigrant»).

### Statut d'immigrant

Pour faciliter la lecture, le statut quant à l'immigrant a été défini dans cet article selon trois catégories générales établies selon le lieu de naissance : personnes nées au Canada, immigrants «européens» et immigrants «non européens». La première catégorie regroupe toutes les personnes nées au Canada, sans égard à leur origine ethnique. On qualifie d'«européens» les lieux de naissance situés aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe; on appelle les lieux de naissance «non européens» les lieux de naissance se trouvant dans tout autre pays. Le terme «immigrant» inclut non seulement les personnes qui ont immigré récemment au Canada, mais aussi les immigrants de longue date.

Plusieurs raisons justifient le choix de cette classification des immigrants en fonction de leur origine européenne ou non européenne. Premièrement, la majorité des personnes qui immigreront au Canada aujourd'hui viennent de pays non européens. De fait, 75 % des immigrants qui sont arrivés au pays entre 1981 et 1991 venaient de pays non-européens<sup>6,7</sup>. Deuxièmement, les immigrants des pays européens ont en général davantage de points communs avec la population née au Canada, sur le plan de la culture, de la langue et du mode de vie, que les immigrants non européens. Or, comme ces facteurs sont d'importants déterminants de la santé, on comprend qu'il puisse y avoir des différences dans l'état de santé de ces deux grands groupes d'immigrants.

\* Jiajian Chen (613-951-5059), Russell Wilkins et Edward Ng (613-951-1733) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Le présent article a été rédigé à partir d'un document qui a été présenté à la 22<sup>e</sup> conférence annuelle de l'Association d'études canadiennes, qui s'est tenue à l'Université du Québec à Montréal, du 7 au 9 juin 1995.

## Méthodologie

### Source des données

Cet article présente une analyse les données sur les décès tirées de la base de données de l'état civil canadien, pour les périodes allant de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992. Le pourcentage de dossiers ne comportant pas le lieu de naissance était plus élevé au Québec (9 % de 1985 à 1987 et 13 % de 1990 à 1992) que dans le reste du Canada (moins de 1 % de 1985 à 1987, et 1 % de 1990 à 1992). Pour ces dossiers incomplets, le lieu de naissance a été imputé à l'aide de la distribution régionale établie à partir des dossiers dans lesquels le lieu de naissance était indiqué. Il est probable toutefois que le biais potentiel, qui a été introduit dans les estimations de la mortalité au niveau canadien par l'imputation du lieu de naissance pour un grand nombre de dossiers du Québec, soit faible, car les estimations basées sur la table de survie pour l'ensemble de la population canadienne selon le lieu de naissance étaient presque identiques à celles obtenues pour les régions excluant le Québec.

Les taux de mortalité ont été calculés à partir des données démographiques extraites des recensements de 1986 et de 1991, lesquelles incluent les membres des ménages et les personnes vivant dans un établissement. Cependant, les données recueillies lors du recensement auprès des personnes vivant dans un établissement portaient sur la langue maternelle et non sur leur lieu de naissance. Le lieu de naissance de ces personnes a donc été imputé selon la distribution du lieu de naissance parmi les membres des ménages, selon la langue maternelle. Cette méthode a eu tendance à fournir des estimations plus prudentes du nombre d'immigrants vivant dans un établissement que cela n'aurait été le cas si l'on avait appliqué directement la distribution de la population des ménages, selon le lieu de naissance. Malgré tout, il est possible que le nombre d'immigrants vivant dans un établissement ait été quelque peu surestimé, notamment du fait qu'il est peu probable que nouveaux immigrants (pour la plupart des Non-Européens) aient été placés dans un établissement si tôt après leur arrivée au Canada.

Comme les résidents non permanents n'ont pas été inclus dans le recensement de 1986 mais qu'ils l'ont été dans le recensement de 1991, les résidents non permanents ont été exclus de la population totale de 1991 pour fins de comparaison. Cette exclusion a eu tendance à réduire les dénominateurs donc à accroître les taux de mortalité et à réduire l'espérance de vie des immigrants en 1991. (Les résidents non permanents ne représentaient qu'environ 5 % de la population née hors Canada).

Les estimations faites à partir de la population du recensement et utilisées pour calculer le taux de mortalité n'ont pas été corrigées en fonction du sous-dénombrement net, à cause de l'absence de corrections en fonction du lieu de naissance ou du statut d'immigrant. L'utilisation de chiffres de population corrigés aurait eu une plus forte incidence sur les estimations de la mortalité et de l'espérance de vie des immigrants non européens, car les taux de sous-dénombrement net déclarés parmi les personnes dont la langue maternelle n'était ni l'anglais, ni le français, ni l'italien, ni l'allemand étaient relativement élevés, soit de 5,8 % ou plus contre 2,5 % ou moins pour les personnes d'autres langues maternelles, en 1991<sup>8</sup>. En conséquence, l'utilisation de chiffres de population non corrigés a eu tendance à légèrement accroître les taux de mortalité et à réduire l'espérance de vie de l'ensemble de la population et particulièrement des immigrants non européens.

Les données sur l'incapacité et la dépendance sont tirées des Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986-1987 et de 1991. Comme il existe un lien évident entre l'incapacité ou la dépendance et l'âge, tous les taux de prévalence de l'incapacité et de la dépendance incluent à la fois les membres des ménages et les personnes vivant dans un établissement. Les taux ont été corrigés en fonction de l'âge, selon la méthode de standardisation directe basée sur la population totale du Recensement de 1991.

Dans le cadre de l'ESLA, aucune donnée sur le lieu de naissance n'a été recueillie auprès de la population vivant dans un établissement

de soins de santé. Aussi, pour estimer la population de l'ESLA vivant dans un établissement selon le lieu de naissance, nous nous sommes basés sur la distribution de la population du recensement vivant dans un établissement selon le lieu de naissance. Il a par ailleurs été présumé que le degré d'incapacité et le niveau de dépendance étaient les mêmes parmi la population dans un établissement ventilée selon le lieu de naissance.

Des données sur l'incapacité, mais non sur la dépendance, ont été obtenues pour les enfants de moins de 15 ans vivant dans des ménages. Le degré de dépendance de ces enfants a été estimé en fonction de leur lieu de naissance et de la gravité de leur incapacité, en s'appuyant sur la distribution de l'incapacité et de la dépendance selon le lieu de naissance des personnes âgées de 15 à 24 ans.

Pour les estimations de la prévalence, les personnes âgées de 65 ans et plus ont toutes été classées dans un même groupe. Il a en effet été impossible de ventiler davantage en fonction de l'âge la population immigrante âgée, à cause de la taille de l'échantillon. Cependant, chez les hommes et les femmes, les âges médians de la population âgée de 65 ans et plus et faisant partie d'un ménage étaient similaires dans les trois groupes définis selon le lieu de naissance. Cela porte à croire que les différences dans les structures par âge de la population âgée de 65 ans et plus, selon le lieu de naissance, ne devraient pas influencer sur la prévalence estimée de l'incapacité et de la dépendance chez les personnes âgées.

Pour évaluer la qualité des données et l'incidence des corrections apportées aux estimations de l'espérance de vie à la naissance, selon le lieu de naissance, plusieurs tables de survie établies à partir de la population de 1991 ont été dressées selon différentes hypothèses (voir *Annexe, Analyses de sensibilité*).

### Techniques d'analyse

L'espérance de vie selon le lieu de naissance a été déterminée à partir de tables de survie abrégées, selon la méthode de Chiang<sup>9,10</sup>. Les valeurs des tables de survie ont été calculées à partir des taux de mortalité transversaux par âge de la population canadienne, selon le lieu de naissance, en 1985-1987 et en 1990-1992. Ces tables de survie s'appuient sur les statistiques de mortalité combinées des groupes d'âge d'une cohorte hypothétique à une période donnée plutôt que sur la mortalité réelle de cette même cohorte dans le temps.

Pour estimer l'espérance de santé selon le lieu de naissance, la population totale a été ventilée selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de naissance. Pour chaque sous-groupe, on a calculé le nombre estimé d'années-personnes de vie dans chaque état de santé en multipliant la prévalence de l'incapacité ou de la dépendance dans ce sous-groupe par le nombre total prévu d'années-personnes de vie. Si l'on fait la somme du nombre prévu d'années-personnes vécues dans un état de santé donné, de l'âge maximal à l'âge minimal, et que l'on divise ensuite les sommes obtenues par le nombre de personnes ayant vécu jusqu'à un âge donné, on obtient alors le nombre prévu d'années de vie dans cet état pour les personnes atteignant l'âge en question<sup>11-13</sup>.

Nous avons également calculé l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance<sup>11,14</sup>. Ces espérances de vie corrigées en fonction de l'état de santé constituent des indicateurs sommaires de la santé, qui réunissent dans une même valeur la mortalité et divers aspects de la morbidité<sup>11</sup>.

Dans le présent article, l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance a été calculée en faisant la somme du nombre prévu d'années de vie pour chaque état de santé discret, puis en multipliant le chiffre obtenu par un poids arbitraire attribué à chaque état correspondant. Pour calculer l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité, les poids attribués variaient de 1,0 (absence d'incapacité) à 0,7, 0,6, 0,5, 0,4 et 0,3 respectivement pour les incapacités légère, modérée, grave de niveau 1, grave de niveau 2 et grave de niveau 3. Pour l'espérance de vie corrigée en fonction de la dépendance, les poids variaient de 1,0 (absence d'incapacité) à 0,8, 0,6, 0,5 et 0,4 respectivement pour les personnes avec incapacité mais non dépendantes, les personnes quelque peu dépendantes, modérément dépendantes et fortement dépendantes.

Les taux de mortalité et l'espérance de vie constituent en général les plus importants indicateurs des effets de la maladie sur la santé. Alors que de nombreuses études sur la santé des immigrants ont porté sur la mortalité, peu se sont intéressées à d'autres aspects<sup>15-19</sup>. Or on reconnaît de plus en plus que les répercussions de la maladie affectent non seulement la longévité, mais également la qualité de vie, laquelle peut se mesurer par l'incapacité et la dépendance<sup>20</sup>.

L'espérance de santé intègre, en un même indicateur, la mortalité ainsi que l'incapacité ou la dépendance et on estime, en général, qu'il s'agit de l'indicateur le plus complet de l'état de santé<sup>21-24</sup>. Dans le présent article, nous évaluons l'espérance de santé des immigrants au Canada et la comparons à celle de la population née au Canada (voir encadré «*Méthodologie*»).

Les définitions d'«incapacité» et de «dépendance» utilisées pour cet article sont celles établies par l'Organisation mondiale de la santé dans la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*. Selon cette classification, une déficience désigne «toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique»<sup>20</sup>. L'incapacité fait référence à «toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité

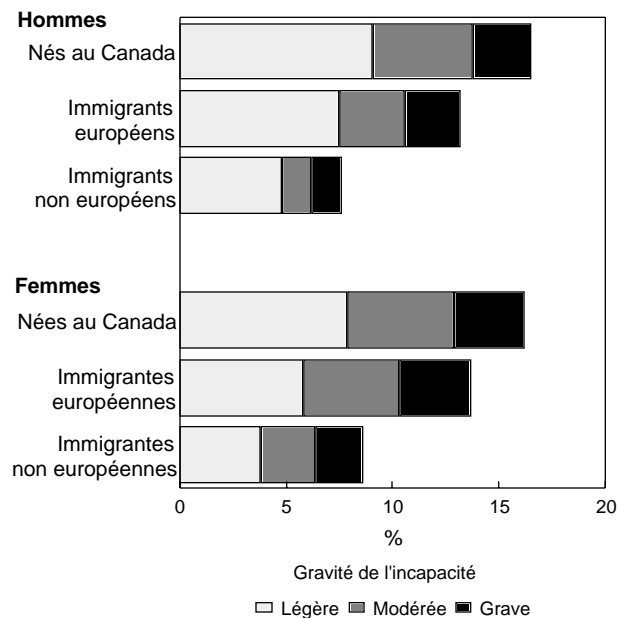
d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain»<sup>20</sup>. Toutefois, si la déficience peut être entièrement corrigée à l'aide d'un appareil ou d'un accessoire, par exemple une prothèse auditive, la personne n'est pas considérée comme souffrant d'une incapacité (voir encadré «*Définitions*»).

### Incapacité

Les immigrants, en particulier ceux des pays non européens, ont été proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à présenter une incapacité (graphique 1). En 1991, par exemple, le taux comparatif d'hommes en provenance de pays non européens et souffrant d'une incapacité a été de 7,6 %, contre 16,5 % pour les hommes nés au Canada. Chez les femmes, ces proportions s'établissaient respectivement à 8,6 % et 16,2 %. La prévalence d'incapacité grave a été faible dans les deux groupes, mais là encore le classement s'est maintenu : 1,4 % pour les hommes non européens contre 2,7 % pour les hommes nés au Canada (chez les femmes, les proportions ont été respectivement de 2,2 % contre 3,3 %). Pour les deux sexes, la prévalence des incapacités selon le lieu de naissance a peu varié entre 1986 et 1991, en particulier la prévalence des incapacités modérées ou graves (annexe, tableau A).

### Graphique 1

**Prévalence de l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991**

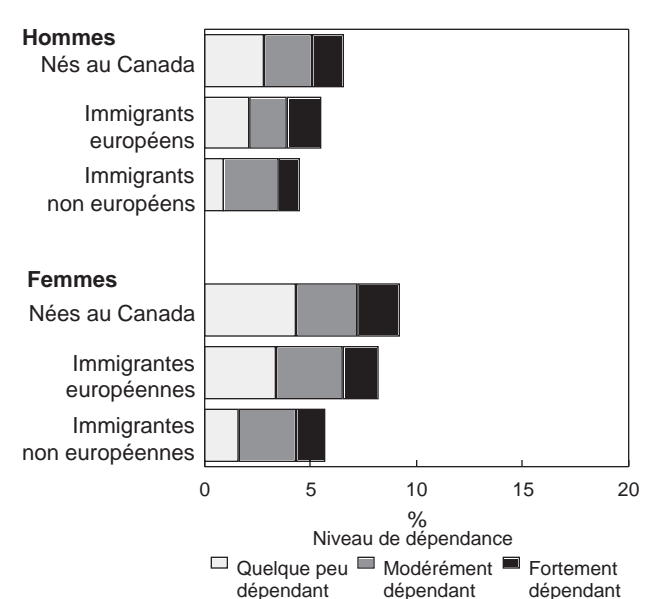


**Source :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

**Nota :** Les taux sont uniformisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

### Graphique 2

**Prévalence de la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991**



**Source :** Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1991

**Nota :** Les taux sont uniformisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

## Définitions

### Incapacité

L'incapacité a été évaluée en faisant la somme des résultats obtenus à une série de questions de sélection sur les capacités fonctionnelles, lesquelles ont été posées aux adultes de 15 ans et plus membres d'un ménage ou vivant dans un établissement de soins de longue durée, dans le cadre des Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986-1987 et 1991. Un point était accordé en cas de perte partielle de la capacité fonctionnelle et deux points, en cas de perte totale. La gravité de l'incapacité a été classée selon les catégories suivantes :<sup>25-27</sup>

Absence d'incapacité : 0  
 Incapacité légère : 1 à 4  
 Incapacité modérée : 5 à 10  
 Incapacité grave : 11 et plus  
 Niveau 1 : 11 à 17  
 Niveau 2 : 18 à 25  
 Niveau 3 : 26 à 42

La gravité des incapacités observées chez des enfants de moins de 15 ans, faisant partie d'un ménage ou vivant en établissement, a été évaluée comme suit :

Absence d'incapacité : 0  
 Incapacité légère : 1 à 2  
 Incapacité modérée : 3 à 4  
 Incapacité grave : 5 et plus

Au niveau agrégé, les enfants classés dans la catégorie «grave» ont ensuite été répartis entre les niveaux 1, 2 et 3, selon les proportions observées chez les personnes âgées de 15 à 24 ans.

### Dépendance

La dépendance a été classée selon les quatre niveaux suivants. La première catégorie applicable a été retenue.

*Fortement dépendant* : Personne dépendante des autres pour ses soins personnels (comme pour se laver, pour faire sa toilette, pour s'habiller ou pour manger) ou pour se déplacer dans la maison.

*Modérément dépendant* : Personne dépendante des autres pour ses sorties, pour l'exécution des tâches ménagères quotidiennes (le ménage, l'époussetage) ou pour la préparation des repas.

*Quelque peu dépendant* : Personne dépendante ou partiellement dépendante des autres pour les gros travaux ménagers (par exemple, le lavage des murs, les travaux extérieurs ou le pelletage de la neige) ou pour faire les courses, ou partiellement dépendante pour les tâches quotidiennes ou la préparation des repas.

*Non dépendant* : Personne non dépendante des autres, même partiellement, pour les activités décrites ci-dessus.

Dans le présent article, la dépendance a été évaluée en fonction de l'aide qui, pour des raisons de santé, a été *reçue* par les personnes interrogées et non en fonction de l'aide dont elles avaient *besoin*. La catégorie «non dépendant» ne s'appliquait pas dans le cas des personnes vivant dans un établissement de soins de santé, car il a été présumé que toutes les personnes vivant dans ces établissements étaient, tout au moins, quelque peu dépendantes, donc qu'elles reçoivent une certaine aide.

## Dépendance

Comparativement à l'incapacité, les taux comparatifs de prévalence de la dépendance étaient relativement faibles (graphique 2). En 1991, par exemple, 4,5 % des immigrants non européens et 5,5 % des immigrants européens de sexe masculin étaient des personnes dépendantes, comparativement à 6,6 % des hommes nés au Canada. Toujours en 1991, les taux correspondants étaient de 5,7 %, 8,2 % et 9,3 % chez les femmes. Cependant, alors que les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, étaient proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à être dépendants, les taux correspondant à une dépendance modérée et élevée étaient similaires dans les deux groupes. Peu de changements ont été observés entre 1986 et 1991 quant à la prévalence de la dépendance selon le lieu de naissance (annexe, tableau B).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les variations relativement plus faibles, selon le lieu de naissance, des taux de prévalence de la dépendance, comparativement à la variation des taux de prévalence de l'incapacité. En premier lieu, bien que les immigrants soient proportionnellement moins nombreux à souffrir d'une incapacité, il est possible que ceux qui en souffrent soient, toutes proportions gardées, plus nombreux à être dépendants que les personnes nées au Canada et présentant une incapacité. De plus, quel que soit le lieu de naissance, les niveaux de dépendance modérée ou

Tableau 1

### Espérance de vie, selon le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1986 et 1991

	Hommes			Femmes		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
Années						
<b>À la naissance</b>						
Nées au						
Canada	72.3	73.6	1.3	79.3	80.4	1.0
Immigrants européens	75.6	76.3	0.8	81.0	81.8	0.8
Immigrants non européens	77.4	80.3	2.9	83.4	85.7	2.3
<b>À l'âge de 65 ans</b>						
Nées au						
Canada	14.6	15.3	0.8	19.0	19.7	0.7
Immigrants européens	15.7	16.2	0.5	19.7	19.9	0.1
Immigrants non européens	17.3	19.5	2.2	21.5	23.8	2.3

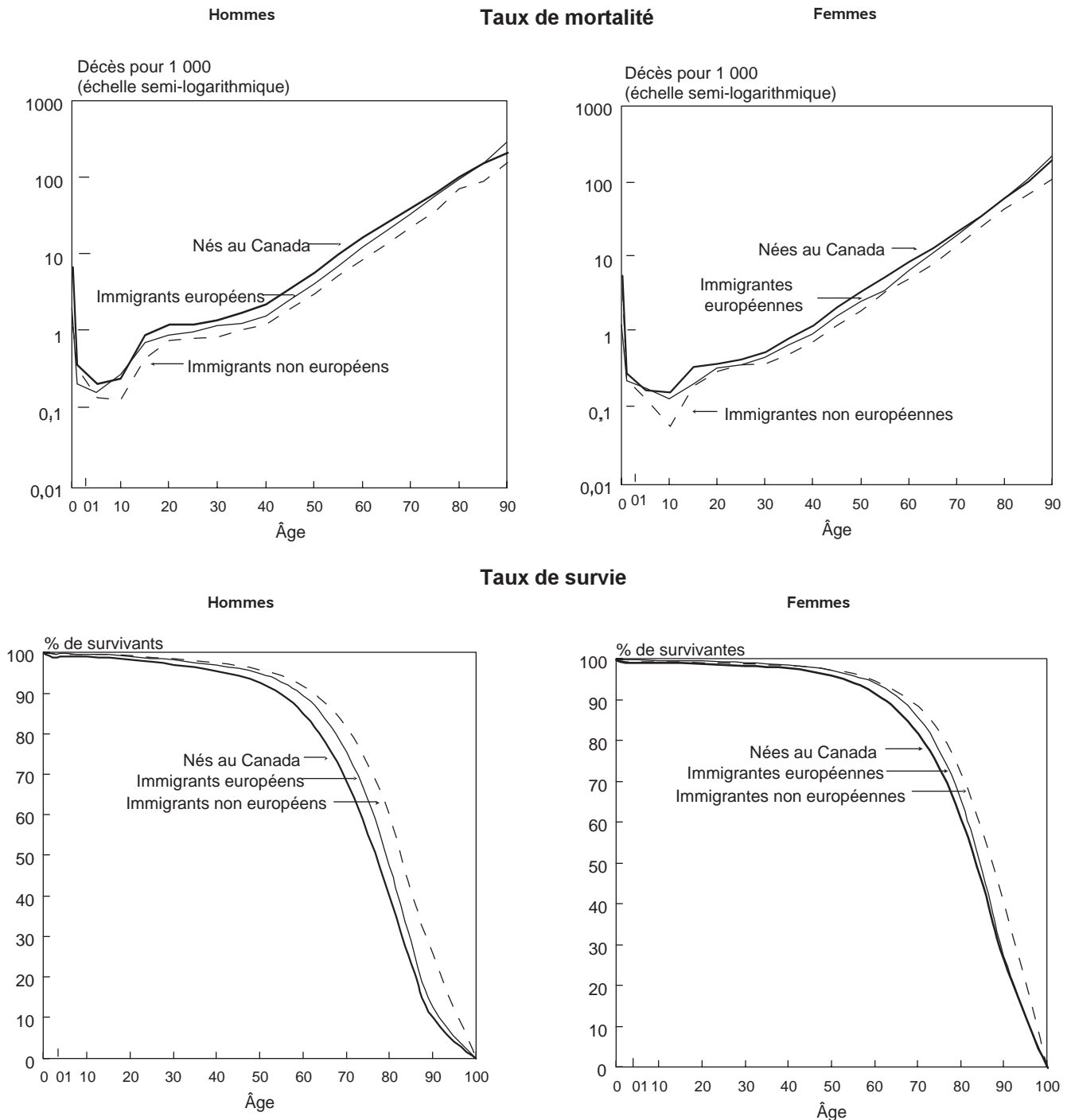
Source : Recensements de 1986 et 1991; base de données de l'état civil canadien de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

élevée étaient faibles. Enfin, dans cet article, la dépendance a été évaluée en fonction de l'aide reçue et non de l'aide requise. Or les immigrantes âgées (en particulier celles en provenance de pays non européens) étaient proportionnellement plus nombreuses à vivre

avec des membres de leur famille<sup>28,29</sup>. Il est donc probable que ces immigrantes souffrant d'une incapacité ont été proportionnellement plus nombreuses que les personnes nées au Canada et souffrant d'une incapacité à obtenir de l'aide de parents.

### Graphique 3

#### Taux de mortalité et de survie, selon le sexe, l'âge et le statut d'immigrant, Canada, 1991



Source : Recensement de 1991, base de données de l'état civil canadien de 1990 à 1992

## Espérance de vie

Malgré des profils similaires, le taux de mortalité des immigrants en 1991 était moins élevé que celui des personnes nées au Canada (graphique 3). Avant l'âge de 70 ans, les taux spécifiques de mortalité dans les trois catégories définies selon le lieu de naissance ont généralement augmenté au même rythme. À un âge plus avancé, toutefois, nous avons observé une convergence des taux de mortalité des personnes nées au Canada et des immigrants européens.

La probabilité de survie par âge des immigrants, en particulier ceux des pays non européens, était donc plus élevée en 1991 que celle des personnes nées au Canada, comme en témoignent ces chiffres : alors que 41 % des immigrants non européens et 57 % des immigrantes non européennes pouvaient espérer vivre jusqu'à l'âge de 85 ans, les proportions correspondantes pour les personnes nées au Canada étaient de 23 % et 45 %. La zone située sous chaque courbe de survie représente l'espérance de vie pour chaque groupe. Ces courbes illustrent que les immigrants ont une plus grande espérance de vie que les personnes nées au Canada.

En ce qui a trait à l'espérance de vie à la naissance, des différences substantielles ont été observées entre les immigrants et les personnes nées au Canada, en 1986 et à nouveau en 1991 (tableau 1). En 1991, par exemple, l'espérance de vie des immigrants non européens était supérieure à celle des personnes nées au Canada, de 6,7 ans pour les hommes et de 5,4 ans pour les femmes. Des différences moins marquées ont été observées entre les immigrants européens et les personnes nées au Canada, l'écart étant de 2,7 ans pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes.

En 1991, des différences tout aussi substantielles quant à l'espérance de vie à 65 ans ont été observées entre les immigrants non européens et les personnes nées au Canada. Par contre, les différences correspondantes entre la population née au Canada et les immigrants européens étaient relativement faibles, en particulier pour les femmes.

Entre 1986 et 1991, l'espérance de vie à la naissance et à l'âge de 65 ans a augmenté dans chacun des trois groupes, les hausses les plus fortes étant observées chez les immigrants non européens (plus de deux ans

**Tableau 2**

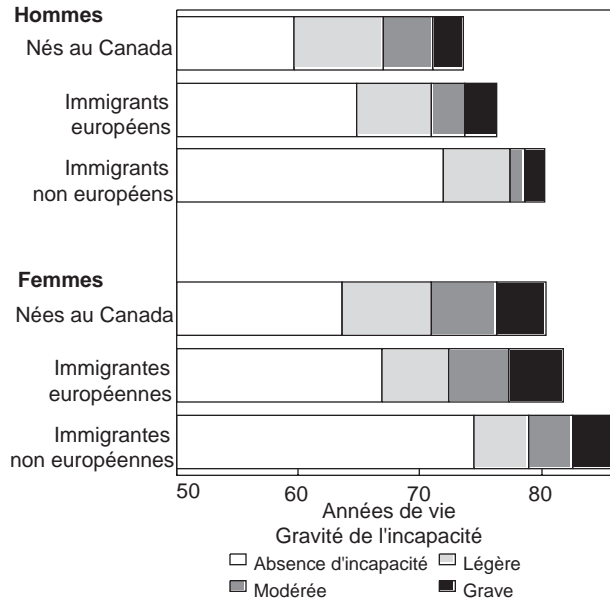
### Espérance de santé basée sur l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991

	Espérance de vie totale		Espérance de vie basées sur l'incapacité		En absence d'incapacité		En absence d'incapacité grave ou modérée		En absence de toute incapacité	
	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991
Années										
<b>Hommes à la naissance</b>										
Nés au Canada	73,60	1,30	68,38	0,55	71,11	1,16	66,94	0,82	59,61	-0,98
Immigrants européens	76,30	0,75	71,89	0,76	73,67	0,56	70,96	0,88	64,75	0,82
Immigrants non européens	80,29	2,90	77,18	2,35	78,57	2,82	77,45	3,53	71,89	0,98
<b>Hommes à l'âge de 65 ans</b>										
Nés au Canada	15,31	0,76	12,32	0,37	13,37	0,56	10,79	0,22	7,84	-0,27
Immigrants européens	16,21	0,49	13,94	1,03	14,34	0,71	13,15	1,34	10,76	1,98
Immigrants non européens	19,48	2,23	17,39	1,88	18,18	2,33	18,06	3,29	13,87	0,76
<b>Femmes à la naissance</b>										
Nées au Canada	80,35	1,03	73,77	0,14	76,27	0,88	70,94	0,30	63,61	-1,62
Immigrantes européennes	81,81	0,80	75,72	0,85	77,32	1,58	72,37	1,62	66,87	0,21
Immigrantes non européennes	85,71	2,28	81,09	2,49	82,51	2,40	78,90	3,51	74,43	2,72
<b>Femmes à l'âge de 65 ans</b>										
Nées au Canada	19,65	0,70	15,37	0,13	16,20	0,46	12,91	0,16	9,47	-0,91
Immigrantes européennes	19,85	0,14	16,04	0,98	16,26	1,22	13,35	1,67	11,20	1,82
Immigrantes non européennes	23,79	2,32	20,39	2,78	21,18	2,68	18,50	3,88	15,90	3,49

**Source :** Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991; recensements de 1986 et 1991; base de données de l'état civil canadienne de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

**Graphique 4**

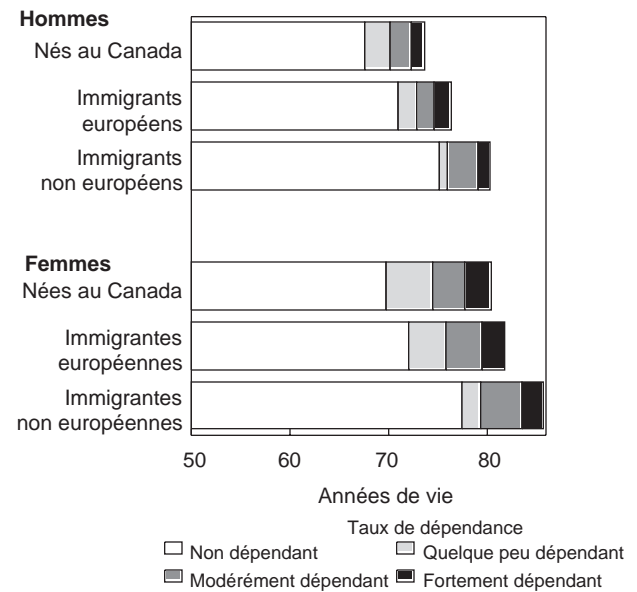
**Espérance de santé à la naissance basée sur l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991**



**Source :** Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1991; base de données canadienne de la statistique de l'état civil; recensement de 1991

**Graphique 5**

**Espérance de santé à la naissance basée sur la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991**



**Source :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991; base de données canadiennes de la statistique de l'état civil; recensement de 1991

**Tableau 3**

**Espérance de santé basée sur la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991**

	Espérance de vie totale		Espérance de vie basée sur la dépendance		En absence de dépendance élevée		En absence de dépendance élevée ou modérée		En absence de toute dépendance	
	Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991	
Années										
<b>Hommes à la naissance</b>										
Nés au Canada	73,60	1,30	69,15	0,79	72,28	1,20	70,23	0,94	67,62	1,23
Immigrants européens	76,30	0,75	72,45	0,74	74,66	0,63	72,92	0,47	71,02	0,81
Immigrants non européens	80,29	2,90	77,07	2,01	79,06	2,92	76,02	1,09	75,22	1,21
<b>Hommes à l'âge de 65 ans</b>										
Nés au Canada	15,31	0,76	12,57	0,41	14,29	0,78	12,68	0,45	10,79	0,15
Immigrants européens	16,21	0,49	14,06	0,92	14,87	0,53	13,70	0,61	12,74	1,06
Immigrants non européens	19,48	2,23	17,23	1,58	18,40	2,27	16,12	0,87	16,00	1,07
<b>Femmes à la naissance</b>										
Nées au Canada	80,35	1,03	74,08	0,19	77,82	0,60	74,49	0,15	69,81	0,06
Immigrantes européennes	81,81	0,80	76,06	1,07	79,50	1,54	75,81	1,42	72,02	2,04
Immigrantes non européennes	85,71	2,28	80,97	2,10	83,54	2,33	79,35	1,60	77,47	1,18
<b>Femmes à l'âge de 65 ans</b>										
Nées au Canada	19,65	0,70	15,35	0,08	17,29	0,30	14,73	0,00	11,83	-0,31
Immigrantes européennes	19,85	0,14	16,08	1,02	17,80	0,96	15,10	1,26	12,95	1,89
Immigrantes non européennes	23,79	2,32	20,16	2,09	21,81	2,34	18,22	0,97	17,20	0,60

**Source :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991; recensements de 1986 et 1991; base de données canadienne de la statistique de l'état civil de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

chez les hommes et les femmes), suivis des personnes nées au Canada (environ un an pour les hommes et les femmes) puis des immigrants européens (6 mois pour les hommes et 2 mois pour les femmes). Il est à noter que, même si l'espérance de vie des immigrants européens est celle qui a le moins augmenté entre 1986 et 1991, elle est néanmoins demeurée supérieure à l'espérance de vie des personnes nées au Canada.

### Espérance de santé

L'espérance de santé basée sur l'incapacité révèle non seulement que les immigrants vivent en moyenne plus longtemps que les personnes nées au Canada, mais également qu'ils vivent une plus grande partie de leur vie sans incapacité modérée ou grave (graphique 4). On a obtenu le même classement, par lieu de naissance avec l'espérance de santé basée sur la dépendance; le nombre d'années vécues de façon autonome a toutefois moins varié d'un groupe à un autre (graphique 5).

Entre 1986 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave a augmenté dans chacun des trois groupes (tableau 2). Durant cette période, des gains ont également été réalisés au niveau de l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance (tableau 3). En général, pour ces deux mesures, les gains les plus importants ont été enregistrés chez les immigrants non européens, suivis des immigrants européens et de la population née au Canada.

### Effet de l'immigrant en bonne santé

Il est probable que la longévité et la bonne santé des immigrants soient reliées à l'effet de «l'immigrant en bonne santé». En effet, les personnes malades ont tendance à ne pas immigrer vers un autre pays, de plus, tous les immigrants potentiels subissent un dépistage médical<sup>30-33</sup>. La sélection des immigrants au Canada repose également en partie sur l'employabilité, ce qui laisse présumer un assez bon état de santé. Cet effet se remarque dans une certaine mesure par les différences dans l'état de santé qui ont été observées selon le lieu de naissance, lesquelles ont été plus marquées pour les hommes que pour les femmes, peut-être en raison du fait que les hommes étaient proportionnellement plus nombreux à immigrer pour des raisons de travail. Les fortes augmentations de l'espérance de vie des immigrants non européens s'expliquent par la hausse substantielle d'immigrants en provenance de pays non habituels entre 1986 et 1991. Or, comme les nouveaux immigrants sont dans l'ensemble en bonne santé, l'arrivée d'immigrants non européens a intensifié l'effet

de l'«immigrant en bonne santé» dans l'ensemble du groupe des immigrants non européens (qui inclut des immigrants de plus longue date)<sup>7</sup>.

La durée de résidence au Canada, le mode de vie et la culture peuvent également jouer un rôle important dans la variation de l'état de santé selon le lieu de naissance. Les différences dans l'espérance de vie entre les immigrants non européens et la population née au Canada étaient plus marquées que celles observées avec les immigrants européens, un phénomène que l'on pourrait attribuer en partie à la durée de résidence, puisque les immigrants non européens étaient proportionnellement plus nombreux à être des immigrants de nouvelle date<sup>5,7,30,32,34,35</sup>. Leur état de santé relativement meilleur pourrait également être en partie attribuable à leur culture et à leur mode de vie, qui ont tendance à différer davantage de ceux de la population née au Canada que ceux des immigrants européens. À titre d'exemple, l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 révèle que les immigrants non européens étaient proportionnellement beaucoup moins nombreux que les personnes nées au Canada à avoir déjà fumé<sup>5,36</sup>.

### Conclusion

Les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, ont une plus grande espérance de vie et vivent plus longtemps sans incapacité et dépendance que les personnes nées au Canada. Ces résultats indiquent que les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, ont tendance à être en meilleure santé que les personnes nées au Canada.

Les immigrants forment toutefois un groupe hétérogène et l'étude de leur état de santé en fonction d'une simple ventilation basée sur une origine européenne ou non européenne constitue seulement une étape initiale. Une ventilation plus détaillée par pays d'origine serait souhaitable pour les études futures.

### Remerciements

Nous tenons à souligner l'aide financière obtenue de Santé Canada pour les analyses sur l'espérance de santé basées sur les ESLA de 1986-1987 et de 1991. Nous aimerions également remercier Peggy Cyr et Pierre Lalonde (Division des statistiques sur la santé) qui ont préparé les dossiers sur les décès selon le lieu de naissance. Enfin, nous tenons à remercier vivement la Division des méthodes d'enquêtes sociales et l'ancien Programme des enquêtes postcensitaires de Statistique Canada pour leur soutien.



## Références

1. K.G. Basavarajappa, R.P. Beaujot et T.J. Samuel, *The impact of migration on receiving countries: Canada*, publié sous la direction de L.A. Kosinski, Genève, International Organization on Migration, 1993.
2. E.A. Fanning, «The impact of global tuberculosis in Canada: We are our brothers' keepers», *Canadian Journal of Infectious Disease*, 6(5), 1995, p. 225-227.
3. R. St. John, «Preventing the spread of infectious disease in the modern world», *Canadian Journal of Public Health*, 1994, 85(6), 1994, p. 370-371.
4. K. Wilkins, «Tuberculose, 1994», *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 35-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, «La santé des immigrants au Canada, en 1994-95», *Rapports sur la santé*, (7)4, 1996, p. 37-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J. Badets, «Les immigrants du Canada : dernières tendances», *Tendances sociales canadiennes*, 29, 1993, p. 8-11 (Statistique Canada, n° 11-008F).
7. J. Badets et T. Chui, *Evolution de la population immigrante au Canada*, (Statistique Canada, n° 96-311F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994.
8. Statistique Canada, *Rapports techniques du recensement de 1991*, (n°92-341F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
9. C.L. Chiang, *The life table and its applications*, Malabar, Floride, Krieger Publishing, 1984.
10. E. Ng et J.F. Gentleman, «Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalités canadiennes», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 15-22 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. R. Wilkins et O. Adams, *Healthfulness of life*, Montréal, Institute for Research on Public Policy, 1983.
12. R. Wilkins et O. Adams, «Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions», *American Journal of Public Health*, 73(9), 1983, p. 1073-1080.
13. D.F. Sullivan, «A single index of mortality and morbidity», *HSMHA Health Reports*, 86(4), 1971, p. 347-354.
14. R. Wilkins, J. Chen et E. Ng, «Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991», Dans : C. Mathers, J. McCallum, J.-M. Robine (s. la dir. de), *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1994, p. 115-132.
15. F. Travato, «Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born population, 1951-1971», *Canadian Studies in Population*, 12(1), 1985, p. 49-80.
16. R.C. Sharma, M. Michalowski et R. Verma, «Mortality differentials among immigrant populations in Canada», *International Migration*, 28(4), 1990, p. 443-450.
17. M. Michalowski, «Mortality patterns of immigrants: Can they measure the adaptation?», Travail présenté au XIII<sup>e</sup> Congrès international de sociologie, Madrid, Espagne, 9-13 juillet, 1990.
18. F. Travato, C. Clogg, «General and cause-specific adult mortality among immigrants in Canada, 1971 and 1981», *Canadian Studies in Population*, 19(1), 1992, p. 47-80.
19. F. Travato, R. Verma, M.V. George, et al., *Mortality Patterns and Differentials of Visible Minorities in Canada 1980-1982 and 1985-1987*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.
20. Organisation mondiale de la santé, *Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Paris, CTNERHI-INSERM, 1988.
21. J.-M. Robine, M. Blanchet, J.E. Dowd (s. la dir. de), *Espérance de santé*, Paris, Les Éditions INSERM, Collection «Analyses et prospective», 1992.
22. J. Robine, C.D. Mathers, M.R. Bone, et al., (s. la dir. de), *Calcul des espérances de vie en santé : harmonisation acquis et perspectives*. 6<sup>e</sup> réunion internationale de REVES, (Colloques INSERM, vol. 226), Londres, Eurotext-INSERM, 1993.
23. C. Mathers, J. McCallum et J. Robine (s. la dir. de), *Advances in Health Expectancies. Proceedings of the 7th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, décembre 1994.
24. Banque mondiale, *World development report 1993: investing in health*, New York, Oxford University Press, 1993.
25. I. McDowell, *A disability score for the health and activity limitation survey (for adults in the household population)*, n°2204, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, juillet 8 1988.
26. M. Brodeur, *Severity score for adult residents of institutions*, n° 2153, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, 28 octobre, 1988.
27. M. Brodeur, *Severity score for children*, n° 3066, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, 1988.
28. M. Boyd, «Immigration and living arrangements: elderly women in Canada», *International Migration Review*, 25, 1991, p. 4-27.
29. N. Zukewich Ghalam, «Vivre avec des parents», *Tendances sociales canadiennes*, 42, 1996, p. 20-24 (Statistique Canada, n° 11-008F au catalogue).
30. M.G. Marmot, A.M. Adekstein et L. Bulusu, «Lessons from the study of immigrant mortality», *Lancet*, 30 juin 1984, p. 1455-1457.
31. C.M. Young, «Changes in the demographic behaviour of migrants in Australia and the transition between generations», *Population Studies*, 4, 1990, p. 68-89.
32. E. Kliewer, «Epidemiology of disease among migrants», *International Migration*, 30, 1992, p. 141-165.
33. F.N. Marrocco et H.M. Goslett, (s. la dir. de), *The Annotated Immigration Act of Canada*, Toronto, Thompson Professional Publishing, sections 11(1), 19(1)(a), 1993.
34. E.H. Stephen, K. Foote, G.E. Hendershot, et al., «Health of the foreign-born population: United States, 1989-90», *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 241, 1994, p.1-10, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
35. J. Donovan, E. d'Espaignet, C. Merton, et al., (s. la dir. de), *Immigrants in Australia: a health profile*, Australian Institute of Health and Welfare, (Ethnic Health Series, n° 1), Canberra, AGPS, 1992.
36. W.J. Millar, «Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les canadiens», *Rapports sur la santé*, 4(1), 1992, p. 7-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

## Annexe

## Tableau A

## Prévalence des incapacités, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigration, Canada, 1986 et 1991

	Incapacité (toutes catégories confondues)			Incapacité grave			Incapacité modérée			Incapacité légère		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
%												
<b>Hommes</b>												
Nés au Canada	14,2	16,5	2,3	2,7	2,7	0,0	4,5	4,7	0,2	7,0	9,1	2,1
Immigrants européens	12,7	13,2	0,5	2,4	2,6	0,2	3,3	3,1	-0,2	7,0	7,5	0,5
Immigrants non européens	6,6	7,6	1,0	1,5	1,4	-0,1	1,8	1,4	-0,4	3,3	4,8	1,5
<b>Femmes</b>												
Nées au Canada	13,7	16,2	2,5	3,3	3,3	0,0	4,5	5,0	0,5	5,9	7,9	2,0
Immigrantes européennes	12,2	13,7	1,5	4,0	3,4	-0,6	4,4	4,5	0,1	3,8	5,8	2,0
Immigrantes non européennes	8,8	8,6	-0,2	2,3	2,2	-0,1	3,3	2,6	-0,7	3,2	3,8	0,6

Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

## Tableau B

## Prévalence de la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1986 et 1991

	Dépendance (toutes catégories confondues)			Dépendance élevée			Dépendance modérée			Dépendance fiable		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
%												
<b>Hommes</b>												
Nés au Canada	6,9	6,6	-0,3	1,4	1,5	0,1	2,1	2,3	0,2	3,4	2,8	-0,6
Immigrants européens	5,5	5,5	0,0	1,5	1,6	0,1	1,6	1,8	0,2	2,4	2,1	-0,3
Immigrants non européens	3,3	4,5	1,2	1,1	1,0	-0,1	1,2	2,6	1,4	1,0	0,9	-0,1
<b>Femmes</b>												
Nées au Canada	8,7	9,3	0,6	1,7	2,0	0,3	2,5	2,9	0,4	4,5	4,4	-0,1
Immigrantes européennes	8,9	8,2	-0,7	2,3	1,7	-0,6	2,7	3,1	0,4	3,9	3,4	-0,5
Immigrantes non européennes	5,5	5,7	0,2	1,5	1,4	-0,1	2,7	2,7	0,0	1,3	1,6	0,3

Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

## Analyses de sensibilité

Pour évaluer la qualité des données et l'incidence des corrections apportées pour estimer l'espérance de vie à la naissance, selon le lieu de naissance, plusieurs tables de survie établies à partir de la population de 1991 ventilée selon le lieu de naissance ont été calculées selon différentes hypothèses établies à des fins de correction des données.

Comme un pourcentage relativement élevé de dossiers sur les décès au Québec ne faisaient pas mention du lieu de naissance (13 % contre 1 % pour le reste du Canada), on a calculé des estimations distinctes pour le Québec et le reste du Canada, comme suit. Pour

le reste du Canada, si tous les dossiers de décès ne comportant pas de mention du lieu de naissance s'appliquent à des immigrants, l'espérance de vie à la naissance des personnes nées au Canada aurait augmenté de 0,1 an pour les femmes et les hommes. Pour les immigrants européens, elle aurait diminué de 1,1 an chez les hommes et de 0,5 an chez les femmes et, enfin, toujours selon cette hypothèse, elle aurait diminué de 0,6 an chez les immigrants non européens et de 0,7 an chez les immigrantes non européennes. En d'autres mots, pour l'ensemble du Canada excluant le Québec, une telle hypothèse a pour effet de réduire quelque peu l'avantage des immigrants au niveau de

l'espérance de vie, mais le classement des trois groupes reste inchangé.

Dans le cas du Québec, on ne peut formuler l'hypothèse selon laquelle tous les dossiers de décès sans mention du lieu de naissance concernent des immigrants : en effet, les immigrants comptaient pour moins de 9 % de la population du Québec mais, selon l'hypothèse, ils auraient représenté 22 % des décès et leur espérance de vie à la naissance aurait diminué de neuf ans ou plus, selon le lieu de naissance et le sexe.

Si la mortalité infantile était la même pour l'ensemble des immigrants et des personnes nées au Canada, l'espérance de vie à la naissance des immigrants européens aurait diminué de 0,4 an pour les hommes et les femmes et la baisse correspondante pour les immigrants non européens aurait été de 0,5 an pour les hommes et de 0,2 an pour les femmes.

Enfin, si la distribution de la population vivant dans un établissement en 1991, selon la langue maternelle et le lieu de naissance, était la même que la distribution de la population des ménages de 1986, alors l'espérance de vie des personnes nées au Canada aurait diminué de moins de 0,1 an chez les deux sexes; chez les immigrants européens, elle aurait augmenté de 0,1 an pour les hommes et de 0,2 an pour les femmes et la hausse aurait été de 0,2 an chez les immigrants non européens et de 0,6 an chez les immigrantes non européennes.