



Composante du produit n° 82-618-MWF2005002 au catalogue de Statistique Canada

ISSN : 1713-8892

ISBN : 0-662-79225-4

**En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats
de l'Enquête nationale sur la santé de la population**

L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population

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

Groupe d'analyse et de mesure de la santé
24^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone : 1 613 951-1746



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada:

constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population

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

À leur arrivée au Canada, les immigrants sont généralement en meilleure santé que l'ensemble de la population. Plusieurs études réalisées tant au Canada qu'aux États Unis ont confirmé l'existence de ce qui est communément appelé l'« effet de la bonne santé des immigrants »¹⁻¹³. Comme les immigrants éventuels font l'objet d'une sélection fondée sur des critères médicaux et d'autres critères reliés à la santé avant que leur demande ne soit acceptée, ils sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance. En outre, une certaine autosélection a lieu dans le pays d'origine, les candidats étant vraisemblablement des personnes qui possèdent la résistance et la motivation requises pour faire face aux difficultés de l'immigration.



Définition de la population d'immigrants

Par immigrant, on entend toute personne n'étant pas citoyen canadien de naissance. Les immigrants sont regroupés en deux grandes catégories selon le pays de naissance, à savoir les immigrants d'origine européenne ou non européenne. En plus des personnes nées en Europe, la catégorie des immigrants d'origine européenne comprend celles nées aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. La catégorie des immigrants d'origine non européenne englobe tous les autres pays d'origine. Cette dichotomie permet de faire la distinction entre des groupes présentant des différences culturelles susceptibles d'avoir un effet sur l'état de santé et les besoins de services de santé. En outre, depuis les années 60, on a assisté à une augmentation importante de la proportion d'immigrants en provenance de pays non européens.

Étant donné l'hétérogénéité de la population d'immigrants, le regroupement origine européenne/non européenne représente, au mieux, un moyen approximatif de refléter les différences culturelles qui sous-tendent l'évolution de l'état de santé. Il aurait été préférable de classer les immigrants selon la région d'origine (p. ex., Asie du Sud, Europe de l'Est, Europe de l'Ouest, Amérique latine, Afrique) mais des contraintes de taille d'échantillon ont rendu cette classification impossible. Il aurait également été souhaitable de comparer les réfugiés à d'autres classes d'immigrants. Les réfugiés représentent environ 16 % des immigrants arrivés au Canada entre 1980 et 1988¹⁵. Cependant, les informations sur le statut des réfugiés n'ont pas été recueillies dans le cadre de l'ENSP; l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada pourrait toutefois être une source possible de ce genre de données¹⁴.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ne fournit pas de données sur la durée réelle de résidence des immigrants au Canada. On s'est donc servi du nombre d'années écoulées entre le moment de l'immigration et le premier cycle de l'ENSP (1994-1995) comme approximation mais la durée de résidence n'est pas une mesure exacte. Certaines personnes peuvent avoir vécu au Canada pendant quelques années avant l'obtention de leur statut d'immigrant alors que d'autres ont pu vivre hors du Canada pendant de longues périodes après leur arrivée. Étant donné les contraintes de taille d'échantillon, seulement deux catégories d'immigrants ont été établies en ce qui concerne la durée de résidence, à savoir les nouveaux immigrants (10 années ou moins de résidence en 1994-1995) et les immigrants de longue date (plus de 10 années de résidence en 1994-1995). Donc, aux fins de la présente analyse, les nouveaux immigrants sont ceux arrivés en 1984 ou après et les immigrants de longue date sont ceux arrivés avant 1984.

Quatre groupes d'immigrants ont été définis aux fins de l'analyse, à savoir les nouveaux immigrants d'origine non européenne, les immigrants de longue date d'origine non européenne, les nouveaux immigrants d'origine européenne et les immigrants de longue date d'origine européenne.

La plupart des études sur l'état de santé des immigrants sont fondées sur des données recueillies à un point précis dans le temps (données transversales) et ne permettent donc pas d'évaluer l'évolution de l'état de santé des immigrants après qu'ils se soient établis dans un pays hôte. Par exemple, selon une étude précédente basée sur des données transversales recueillies en 1994-1995, les immigrants, particulièrement les nouveaux immigrants, étaient en meilleure santé que les Canadiens de naissance, en ce sens qu'ils étaient moins susceptibles de souffrir de problèmes de santé chroniques ou d'incapacités¹. Une étude publiée en 2003 fondée sur les données du premier cycle de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada a produit des résultats comparables : environ six mois après leur arrivée, 97 % des immigrants jugeaient que leur état de santé était bon, très bon ou excellent¹⁴ comparativement à 88 % pour la population du Canada dans son ensemble. Cependant, pour déterminer si cet avantage en matière de santé persiste et pour identifier les facteurs associés aux changements observés, il faut disposer de données longitudinales provenant du suivi des mêmes personnes au fil du temps¹³.

La présente analyse a pour but de dégager les facteurs qui jouent un rôle dans l'évolution de l'état de santé des immigrants après leur arrivée au Canada. Elle est fondée sur les données longitudinales provenant de cinq cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Ces cinq cycles ont permis de recueillir des renseignements auprès des mêmes personnes pendant une période de huit ans, soit de 1994-1995 à 2002-2003 (voir *Définitions et Méthodologie*). Elle compare l'évolution de l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les comportements liés à la santé entre différents groupes d'immigrants et les Canadiens de naissance.



En 2001, les 5,4 millions d'immigrants que compte le Canada représentaient 18,4 % de la population, soit la proportion la plus forte en 70 ans. De nos jours, le Canada accueille chaque année plus de 200 000 immigrants, ce qui contribue à près de 60 % de la croissance de la population. Si le niveau d'immigration ne suffisait pas à compenser le taux de fertilité inférieur au niveau de remplacement, la population canadienne commencerait à diminuer dans une trentaine d'années environ¹⁶. Une meilleure compréhension de la dynamique sous-jacente à l'évolution de l'état de santé des immigrants revêt une importance particulière pour les responsables des politiques gouvernementales parce qu'elle les renseigne sur les risques que court cette composante de plus en plus importante de la société canadienne (voir *Définition de la population d'immigrants*).

Une période d'ajustement

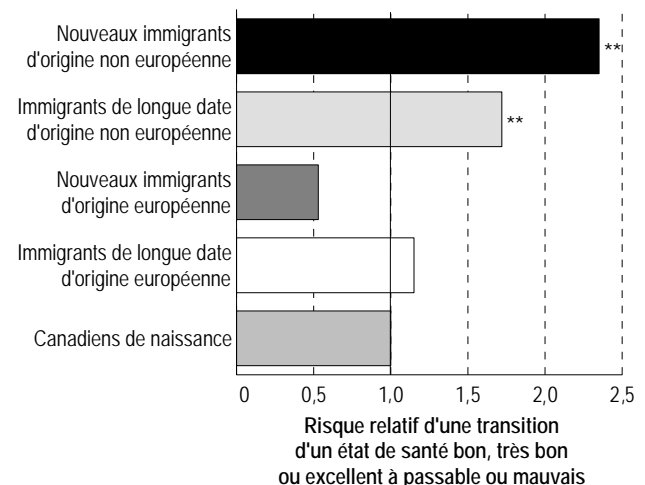
On évoque souvent l'hypothèse qu'avec le temps, l'état de santé des immigrants a tendance à converger vers celui de la population hôte. Autrement dit, l'« effet de la bonne santé des immigrants » diminuerait au fil du temps. Comme chez toute autre personne, certains problèmes de santé risquent de se manifester à mesure que les immigrants vieillissent. D'autres problèmes peuvent aussi survenir à mesure qu'ils s'assimilent à la société canadienne et adoptent des comportements qui ont des effets néfastes pour la santé. Enfin, d'autres problèmes de santé peuvent résulter du processus d'immigration proprement dit. En effet, les contraintes financières, les problèmes d'emploi et l'absence d'un réseau de soutien social sont des facteurs qui peuvent avoir des répercussions néfastes sur le bien-être d'une personne.

L'autoévaluation de l'état de santé est un indicateur utilisé fréquemment qui, selon plusieurs études, reflète adéquatement l'état de santé mesuré par d'autres indicateurs comme la mortalité et la morbidité

diagnostiquée cliniquement¹⁷. Pour étudier les transitions entre divers états de santé, on a examiné une population de participants à l'ENSP initialement en bonne santé comprenant des immigrants et des Canadiens de naissance. En 1994-1995, toutes ces personnes considéraient que leur état de santé était bon, très bon ou excellent. Les données recueillies au fil du temps auprès de ces mêmes personnes ont été analysées pour déterminer si l'autoévaluation de leur état de santé avait changé.

Une étude longitudinale précédente utilisant les quatre premiers cycles de l'ENSP a démontré que les immigrants au Canada – origines européenne et non européenne regroupées – étaient plus à risque que les Canadiens de naissance de rapporter une détérioration de leur état de santé¹³. Toutefois, cette nouvelle étude basée sur les données des cinq cycles de l'ENSP qui distinguent les

Graphique1
Les immigrants d'origine non européenne étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de rapporter une détérioration de leur état de santé



Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

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

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



immigrants d'origines européenne et non européenne, montre que la différence est attribuable à ceux qui sont d'origine non européenne. De fait, ces derniers étaient deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de rapporter une détérioration de leur état de santé; autrement dit, ces personnes ont déclaré que leur état de santé était bon, très bon ou excellent en 1994-1995 mais l'ont décrit ultérieurement comme étant passable ou mauvais (graphique 1, tableau A en annexe). Cette détérioration était particulièrement prononcée chez les nouveaux immigrants d'origine non européenne. Curieusement, même les immigrants d'origine non européenne arrivés de longue date au Canada étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de déclarer une détérioration de leur état de santé.

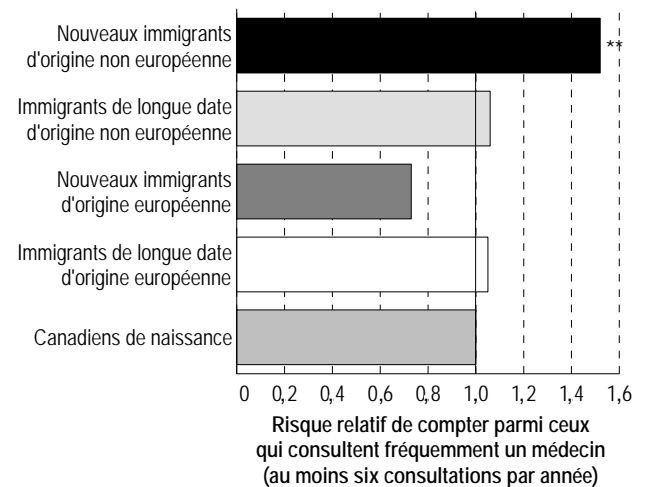
Consultations plus fréquentes d'un médecin

Est-ce que la moins bonne autoévaluation de l'état de santé des nouveaux immigrants d'origine non européenne est due à une évolution de leurs attentes à mesure qu'ils s'intègrent à la société canadienne ou s'agit-il d'un changement réel de leur état de santé? Les résultats de l'analyse des données longitudinales nous suggèrent qu'il s'agit bien d'un changement réel. Le risque plus élevé que les nouveaux immigrants d'origine non européenne déclarent une détérioration de leur état de santé coïncide avec un accroissement de la fréquence de leurs consultations d'un médecin. Au fil du temps, ces immigrants étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de compter parmi ceux qui consultent fréquemment un médecin (au moins six consultations par année), ce qui suggère que la détérioration de leur état de santé est réelle (graphique 2, tableau B en annexe).

En ce qui concerne la probabilité d'être hospitalisé, l'analyse ne révèle aucune différence statistiquement significative entre chacun des groupes d'immigrants retenus dans cette étude et les Canadiens de naissance. Il

Graphique 2

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



Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

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

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

convient toutefois de souligner que ce sont surtout les problèmes de santé assez graves qui mènent à l'hospitalisation. Or, il se pourrait que les huit années de suivi durant lesquelles les données de l'ENSP ont été recueillies ne soient pas suffisantes pour que la détérioration de l'état de santé soit importante au point de nécessiter une hospitalisation.

Modifications du mode de vie?

Le risque plus élevé qu'ont les immigrants de déclarer une détérioration de leur état de santé pourrait tenir à divers facteurs. On sait par exemple que pour l'ensemble de la population, la consommation quotidienne de cigarettes, l'inactivité durant les loisirs et l'obésité sont tous des facteurs qui, individuellement, sont associés significativement à une détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé (tableau A en annexe). Se pourrait-il que, durant le processus d'ajustement au mode de



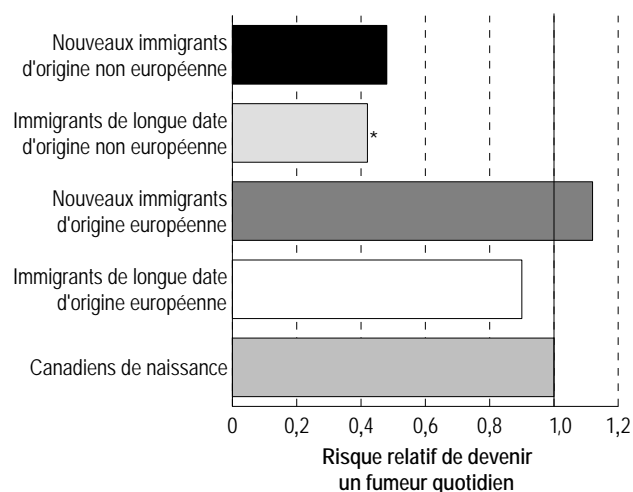
vie canadien, les immigrants d'origine non européenne adoptent des habitudes comme l'usage quotidien du tabac^{18,19} qui ont un effet néfaste sur leur état de santé?

Toujours est-il qu'au cours du temps, une proportion assez faible d'immigrants d'origine non européenne sont devenus des fumeurs quotidiens (graphique 3, tableau C en annexe). En fait, ils étaient deux fois moins susceptibles de le devenir que les Canadiens de naissance. Par conséquent, il est peu probable que l'initiation à l'usage quotidien du tabac soit associée à un risque plus élevé de déclarer une détérioration de leur état de santé au cours de la période de référence de huit ans.

Toutefois, si les immigrants d'origine non européenne n'ont pas pris la mauvaise habitude de fumer quotidiennement, ils étaient un peu plus susceptibles que les Canadiens de naissance de devenir inactifs physiquement durant leurs loisirs (quoique la différence ne

Graphique 3

Les immigrants d'origine non européenne étaient moins susceptibles que les Canadiens de naissance de devenir des fumeurs quotidiens



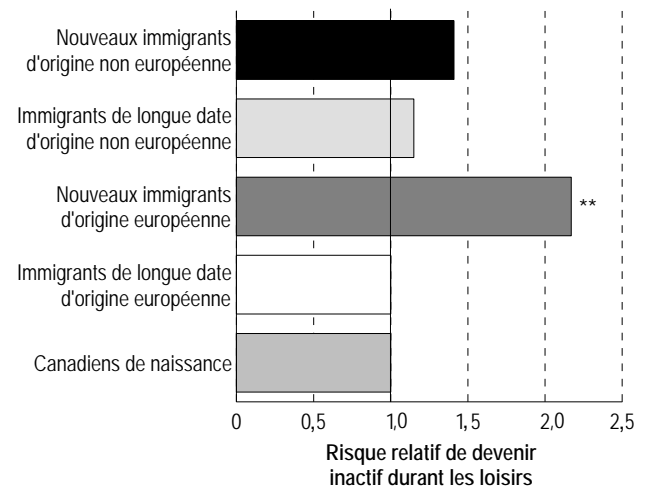
Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

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

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les Canadiens de naissance ($p < 0,05$).

Graphique 4

Les nouveaux immigrants d'origine européenne étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de devenir inactifs durant leurs loisirs



Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

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

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

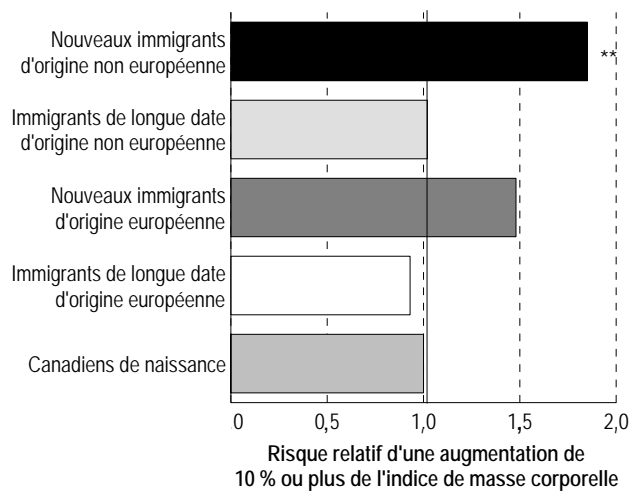
soit pas statistiquement significative) (graphique 4). Cette différence, s'il en était vraiment ainsi, pourrait expliquer le risque plus élevé pour ces immigrants de déclarer une détérioration de l'autoévaluation de leur état de santé. Cependant, on aurait besoin d'autres données pour comprendre les associations complexes entre le niveau d'activité durant les loisirs et l'état de santé des divers groupes d'immigrants. Par exemple, le groupe le plus susceptible de devenir inactif était celui composé des nouveaux immigrants d'origine européenne. Pourtant, contrairement aux immigrants d'origine non européenne, les nouveaux immigrants d'origine européenne n'avaient pas un risque plus élevé de rapporter une détérioration de leur état de santé comparativement aux Canadiens de naissance.

Bien que la détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé des nouveaux immigrants d'origine non européenne ne semble pas être liée directement à l'usage quotidien du tabac



Graphique 5

Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient presque deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de prendre substantiellement du poids



Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

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

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

ou à l'inactivité physique, le gain de poids pourrait y contribuer. En effet, des changements rapides à l'intérieur des catégories d'indice de masse corporelle (IMC) et entre ces catégories peuvent être considérés comme des indicateurs importants de problèmes de santé à venir²⁰. Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient près de deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'avoir connu une augmentation d'au moins 10% de leur IMC depuis 1994-1995 (graphique 5).

Conclusion

En général, au moment de leur arrivée, les immigrants sont en meilleure santé que l'ensemble de la population. Cependant, au fil du temps, cet « effet de la bonne santé des immigrants » a tendance à s'estomper, leur état de santé convergeant vers celui de la population

hôte. Certains problèmes de santé peuvent apparaître chez les immigrants à mesure qu'ils vieillissent ou qu'ils s'intègrent à la société canadienne et qu'ils adoptent des comportements ayant des effets néfastes sur leur santé. D'autres problèmes de santé pourraient être attribuables au stress inhérent aux difficultés de l'immigration proprement dite, notamment la recherche d'un emploi approprié et l'établissement d'un nouveau réseau de soutien social.

Selon les données longitudinales provenant de cinq cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 à 2002-2003, les immigrants étaient généralement plus susceptibles que les Canadiens de naissance de déclarer un changement de leur état de santé de bon, très bon ou excellent à passable ou mauvais. Toutefois, cette détérioration s'observait uniquement chez les immigrants d'origine non européenne, particulièrement ceux arrivés au Canada depuis le milieu des années 80. Chez les immigrants d'origine européenne, les changements d'état de santé sont comparables à ceux observés chez les Canadiens de naissance. L'augmentation simultanée de la fréquence à laquelle les nouveaux immigrants d'origine non européenne ont consulté un médecin semble indiquer que la détérioration de leur état de santé est réelle et non simplement une résultante des différences d'ordre culturel ou de jugement quant à la perception de leur état de santé.

De par sa nature, le processus d'immigration est stressant et perturbant puisqu'il sous-entend la perte du réseau de soutien offert par la famille et les amis dans le pays d'origine. Malheureusement, bien que le manque de soutien social soit effectivement un facteur de risque de détérioration de l'état de santé (tableau A en annexe), il n'a pas été inclus dans les analyses subséquentes de l'évolution des facteurs de risque (tableau C en annexe) parce que les questions posées à cet égard n'étaient identiques que lors des deux premiers



cycles de l'ENSP. Cependant, les données disponibles indiquent qu'en 1994-1995, les immigrants d'origine non européenne étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de déclarer un faible soutien social.

La probabilité de déclarer une détérioration de l'état de santé est également liée au statut socioéconomique, en particulier au fait d'avoir un faible niveau de scolarité et de vivre dans un ménage avec un faible revenu (tableau A en annexe). Une revue des études sur l'intégration économique des immigrants au Canada montre que ceux d'origine non européenne sont plus susceptibles que ceux d'origine européenne d'occuper des emplois peu rémunérés ne nécessitant qu'un faible niveau de scolarité^{21,22}. Parce que les immigrants d'origine européenne ont une culture semblable à celle des Canadiens de naissance, il se pourrait qu'ils se heurtent à moins d'obstacles d'ordre social, économique ou liés au mode de vie que les immigrants d'origine non européenne.

La relation entre l'immigration et l'évolution de l'état de santé est très complexe²³ et fait intervenir non seulement des facteurs socioéconomiques, culturels, comportementaux, environnementaux et biologiques mais aussi les antécédents des personnes avant l'immigration. La plupart de ces variables dépassent le cadre de la présente analyse. Néanmoins, les données sur le mode de vie nous amènent sur des pistes intéressantes. En effet, la détérioration de l'état de santé chez les nouveaux immigrants d'origine non européenne ne semble pas être associée au fait d'avoir commencé à fumer quotidiennement. Par contre, depuis leur

immigration, ils étaient nettement plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'avoir pris beaucoup de poids. Néanmoins, ce résultat doit être interprété avec prudence.

Même au moyen de données longitudinales, certaines relations de cause à effet ne peuvent être confirmées. Les nouveaux immigrants d'origine non européenne étaient certes plus susceptibles que les Canadiens de naissance de déclarer un gain de poids mais on ne peut conclure que cette prise de poids est à l'origine de la détérioration de leur perception de leur état de santé.

L'analyse des données longitudinales permet de décrire la détérioration de l'état de santé des immigrants et de définir de façon générale le groupe le plus touché, à savoir les immigrants d'origine non européenne. Ceux-ci représentent un segment de plus en plus important de la société canadienne puisque la majorité des nouveaux immigrants (75 %) proviennent de pays non européens. La présente analyse vise à mieux comprendre l'effet du processus d'immigration sur l'état de santé à mesure que ces personnes s'adaptent à la vie au Canada. ■■

Remerciements

Les auteurs remercient Dennis Batten, Wen-Hao Chen, Philippe Finès, Marc Joncas, Christel Le Petit, Harold Mantel, Georgia Roberts et Kathy White de Statistique Canada pour leur appui concernant divers aspects de la présente analyse.



Références

1. 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-XIF au catalogue).
2. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, «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-XIF au catalogue).
3. J.R. Dunn et I. Dyck, «Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey», *Social Science and Medicine*, 51, 2000, p. 1573-1593.
4. J. Ali, «La santé mentale des immigrants au Canada», *Rapports sur la santé*, 13 (Suppl), 2002, p. 112-125 (Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue).
5. C.E. Pérez, «État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants», *Rapports sur la santé*, 13(Suppl), 2002, p. 98-111, (Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue).
6. 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.
7. W.P. Frisbie, Y. Cho et R.A. Hummer, «Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States», *American Journal of Epidemiology*, 153(4), 2001, p. 372-380.
8. I. Hyman, «Immigration et santé», *Série de documents de travail sur les politiques de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001.
9. J.T. McDonald et S. Kennedy, «Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada», *Social Science & Medicine*, 59, 2004, p. 1613-1627.
10. Y. Cho, W.P. Frisbie, R.A. Hummer, *et al.*, «Nativity, duration of residence, and the health of Hispanic adults in the United States», *International Migration Review*, 28(1), 2004, p. 184-211.
11. K.B. Newbold et J. Danforth, «Health status and Canada's immigrant population», *Social Science and Medicine*, 57, 2003, p. 1981-1995.
12. M.S. Goel, E.P. McCarthy, R.S. Phillips, *et al.*, «Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence», *Journal of the American Medical Association*, 292(23), 2004, p. 2860-2867.
13. K.B. Newbold, «Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect», *Social Science and Medicine*, 60, 2005, p. 1359-1370.
14. T. Chui, «Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, le processus, le progrès et les perspectives», 2003, (Statistique Canada, n° 89-611-XWF au catalogue).
15. H. Dryburgh, « La Banque de données administratives longitudinales (DAL) et la Banque de données longitudinales sur les immigrants (BDIM): Création de la DAL_BDIM - un document technique », 2004, (Statistique Canada, n° 89-612-XIF au catalogue).
16. Statistique Canada, «Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026», 2001, (Statistique Canada, n° 91-520-XIB au catalogue).
17. M. Shields et S. Shooshtari, «Déterminants de l'autoévaluation de la santé», *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63, (Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue).
18. US Department of Health and Human Services, «The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General», Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, 2004.
19. D. Acevedo-Garcia, E. Barbeau, J.A. Bishop, *et al.*, «Undoing an epidemiological paradox: the tobacco industry's targeting of US immigrants», *American Journal of Public Health*, 94(12), 2004, p. 2188-2193.
20. Santé et Bien-Être Canada, «Lignes directrices canadiennes pour un poids santé», *rapport du Comité d'experts sur les normes de poids*, *Direction générale de la promotion de la santé*, Ottawa, 1988.
21. T. Chui et D. Zietsma, «Gains des immigrants dans les années 1990», *Tendances sociales canadiennes*, 70 (automne), 2003, p. 27-32, (Statistique Canada, n° 11-008-XIF au catalogue).
22. D. Galarneau et R. Morissette, «Les immigrants sont-ils perdants? », *L'emploi et le revenu en perspective*, 5(6), 2004, p. 5-17, (Statistique Canada, n° 75-001-XWF au catalogue).
23. A. Palloni et E. Arias, «Paradox lost: Explaining the Hispanic adult mortality advantage», *Demography*, 41(3), 2004, p. 385-416.
24. L. Swain, C. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population, une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003-XIF au catalogue).
25. D.W. Hosmer et S. Lemeshow, «Applied Survival Analysis: Regression Modeling of Time to Event Data», New York, John Wiley & Sons, Inc., 1999.
26. P.D. Allison, «Survival Analysis Using the SAS System: A Practical Guide», SAS Institute.
27. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001-XPB au catalogue).
28. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.



Annexe

Tableau A

Rapports de risque corrigés pour la transition d'un état de santé bon, très bon ou excellent à un état de santé passable ou mauvais, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence et certaines autres caractéristiques, population de 18 ans et plus en bonne santé[†] vivant dans un ménage privé, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %
Statut d'immigrant et durée de résidence		
Canadiens de naissance [†]	1,0	...
Nouveaux immigrants d'origine européenne	0,5	0,1- 2,1
Immigrants de longue date d'origine européenne	1,2	1,0- 1,4
Nouveaux immigrants d'origine non européenne	2,3**	1,6- 3,3
Immigrants de longue date d'origine non européenne	1,7**	1,3- 2,4
Sexe		
Hommes [†]	1,0	...
Femmes	1,1	0,9- 1,2
Groupe d'âge		
18 à 34 ans [†]	1,0	...
35 à 54 ans	1,6**	1,3- 1,9
55 ans et plus	3,4**	2,8- 4,1
Adéquation du revenu		
Faible	1,5**	1,3- 1,7
Non faible [†]	1,0	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	1,9**	1,6- 2,2
Diplôme d'études secondaires/ certaines études postsecondaires	1,2*	1,0- 1,4
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...
Usage du tabac		
Fume quotidiennement	1,5**	1,3- 1,7
Ne fume pas quotidiennement [†]	1,0	...
Inactivité durant les loisirs		
Non [†]	1,0	...
Oui	1,2**	1,0- 1,3
Soutien social		
Élevé [†]	1,0	...
Faible	1,3*	1,0- 1,5
Engagement social		
Élevé [†]	1,0	...
Faible	1,1	1,0- 1,2
Indice de masse corporelle[§]		
Poids insuffisant	1,0	0,7- 1,6
Poids normal [†]	1,0	...
Embonpoint	1,2**	1,0- 1,4
Obésité	1,3**	1,1- 1,6

Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

Nota : Toutes les variables explicatives sont fondées sur la situation en 1994-1995. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure/inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] A déclaré un état de santé bon, très bon ou excellent en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence.

[§] Exclut les femmes enceintes.

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Rapports de risque corrigés pour l'utilisation des services de santé, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence et certaines autres caractéristiques, population de 18 ans et plus en bonne santé[†] vivant dans un ménage privé, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Fréquence accrue des consultations d'un médecin [†]		Hospitalisation pour au moins une nuit [§]	
	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %
Statut d'immigrant et durée de résidence				
Canadiens de naissance ^{††}	1,0	...	1,0	...
Nouveaux immigrants d'origine européenne	0,7	0,4- 1,2	0,6	0,3- 1,3
Immigrants de longue date d'origine européenne	1,1	0,9- 1,2	1,0	0,8- 1,2
Nouveaux immigrants d'origine non européenne	1,5**	1,1- 2,1	0,9	0,6- 1,4
Immigrants de longue date d'origine non européenne	1,1	0,8- 1,4	0,8	0,5- 1,3
Sexe				
Hommes ^{††}	1,0	...	1,0	...
Femmes	1,6**	1,5- 1,8	1,4**	1,2- 1,6
Groupe d'âge				
18 à 34 ans ^{††}	1,0	...	1,0	...
35 à 54 ans	0,9*	0,8- 1,0	0,8**	0,7- 1,0
55 ans et plus	1,4**	1,2- 1,6	1,8**	1,5- 2,1
Adéquation du revenu				
Faible	1,1	0,9- 1,2	1,1	0,9- 1,3
Non faible ^{††}	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires	1,1	0,9- 1,2	1,3**	1,2- 1,5
Diplôme d'études secondaires/ certaines études postsecondaires	1,0	0,9- 1,2	1,0	0,9- 1,2
Diplôme d'études postsecondaires ^{††}	1,0	...	1,0	...

Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

Nota : Toutes les variables explicatives sont fondées sur la situation en 1994-1995. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure/inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] A déclaré un état de santé bon, très bon ou excellent en 1994-1995.

[‡] Six consultations ou plus l'année précédente, basé sur ceux qui ne comptaient pas parmi ceux qui consultaient fréquemment un médecin en 1994-1995.

[§] Pas d'hospitalisation l'année précédente.

^{††} Catégorie de référence.

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.



Tableau C

Rapports de risque corrigés pour les comportements ayant une incidence sur la santé, selon le statut d'immigrant, la durée de résidence et certaines autres caractéristiques, population de 18 ans et plus en bonne santé[†] vivant dans un ménage privé, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Est devenu un fumeur quotidien [‡]		Est devenu inactif durant les loisirs [§]		Augmentation de 10 % ou plus de l'indice de masse corporelle ^{††}	
	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de risque corrigés	Intervalle de confiance à 95 %
Statut d'immigrant et durée de résidence						
Canadiens de naissance ^{††}	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Nouveaux immigrants d'origine européenne	1,1	0,1- 9,9	2,2**	1,2- 3,9	1,5	0,9- 2,5
Immigrants de longue date d'origine européenne	0,9	0,6- 1,5	1,0	0,8- 1,2	0,9	0,8- 1,1
Nouveaux immigrants d'origine non européenne	0,5	0,2- 1,2	1,4	0,9- 2,3	1,8**	1,4- 2,5
Immigrants de longue date d'origine non européenne	0,4*	0,2- 0,9	1,2	0,7- 1,8	1,0	0,7- 1,4
Sexe						
Hommes ^{††}	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes	0,7**	0,4- 0,8	1,1	1,0- 1,2	1,2**	1,1- 1,4
Groupe d'âge						
18 à 34 ans ^{††}	1,0	...	1,0	...	1,0	...
35 à 54 ans	0,6**	0,5- 0,7	1,0	0,8- 1,1	0,7**	0,6- 0,8
55 ans et plus	0,2**	0,1- 0,3	1,1	1,0- 1,3	0,4**	0,3- 0,5
Adéquation du revenu						
Faible	1,8**	1,2- 2,7	1,3**	1,1- 1,5	1,2**	1,1- 1,4
Non faible ^{††}	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	1,7**	1,2- 2,4	1,5**	1,3- 1,8	1,2**	1,1- 1,4
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	1,4*	1,0- 1,9	1,1	1,0- 1,2	1,1*	1,0- 1,3
Diplôme d'études postsecondaires ^{††}	1,0	...	1,0	...	1,0	...

Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

Nota : Toutes les variables explicatives sont fondées sur la situation en 1994-1995. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure/inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† A déclaré un état de santé bon, très bon ou excellent en 1994-1995.

‡ Ne fumait pas quotidiennement en 1994-1995.

§ Actif durant les loisirs en 1994-1995.

†† Exclut les personnes dont le poids était insuffisant en 1994-1995.

‡‡ Catégorie de référence.

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.



Définitions

L'autoévaluation de l'état de santé est mesurée selon une échelle comprenant cinq catégories : mauvais, passable, bon, très bon ou excellent. Aux fins de la présente analyse, on a considéré comme étant en bonne santé les personnes qui ont déclaré que leur état de santé était bon, très bon ou excellent.

On a défini les *contacts fréquents avec un médecin* comme étant au moins six consultations (en personne ou par téléphone) d'un omnipraticien ou d'un autre médecin au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Le seuil de six consultations a été choisi parce qu'il était nettement supérieur à la médiane de deux consultations pour l'ensemble de la population canadienne en 1994-1995.

L'*hospitalisation* signifie avoir passé au moins une nuit à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence.

Les *fumeurs quotidiens* sont les personnes qui fumaient des cigarettes tous les jours.

On a considéré comme étant *inactives durant leurs loisirs* les personnes qui s'adonnaient à des activités qui n'étaient pas suffisamment vigoureuses pour entraîner une dépense d'au moins 1,5 kcal/kg/jour, ce qui équivaut à marcher d'un bon pas 30 minutes par jour, à jouer aux quilles, à faire du yoga ou du tai chi pendant au moins 45 minutes par jour.

Pour calculer l'*indice de masse corporelle (IMC)*, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. La mesure n'englobe pas les femmes enceintes ni les personnes mesurant moins de 0,91 mètre (3 pieds) ou plus de 2,13 mètres (7 pieds). Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, quatre catégories d'IMC ont été définies : poids insuffisant (inférieur à 18,5); poids normal (18,5 à moins de 25,0); embonpoint (25,0 à moins de 30,0); et obésité (égal ou supérieur à 30,0).

Le *soutien social* a été évalué au moyen de quatre questions indiquant si les personnes interrogées estimaient qu'elles avaient quelqu'un à qui se confier, sur qui elles pouvaient compter, qui pouvait leur donner des conseils et qui leur donnait le sentiment d'être aimées. La cote pouvait varier de 0 à 4, le soutien perçu étant d'autant plus important que la cote est élevée. On a considéré qu'une cote égale ou supérieure à 2 indiquait un soutien social important. Bien qu'il s'agisse d'un facteur de risque de détérioration de la santé, le faible soutien social n'a pas été inclus dans l'analyse principale puisque les questions posées à cet égard n'étaient identiques que lors des deux premiers cycles de l'ENSP.

L'*engagement social* a été évalué au moyen de deux questions reflétant la fréquence de la participation aux activités d'associations ou d'organismes bénévoles et la fréquence de la participation à des services religieux l'année qui a précédé l'enquête. La cote pouvait varier de 0 à 8, l'engagement social étant d'autant plus important que la cote est élevée. On a considéré qu'une cote égale ou supérieure à 2 correspondait à un engagement social important.

Trois *groupes d'âge* ont été définis aux fins de l'analyse : 18 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 ans et plus.

Le niveau de *scolarité* a été défini comme suit : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires et diplôme d'études postsecondaires.

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



Méthodologie

Sources des données

Depuis 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée tous les deux ans par Statistique Canada permet de recueillir des renseignements sur la santé de la population canadienne. Le champ d'observation de l'enquête comprend la population vivant dans un ménage privé et les personnes placées en établissements de santé des dix provinces à l'exception des résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

Lors de chacun des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), deux fichiers de données transversales ont été produits, à savoir le fichier général et le fichier santé. Le fichier général contient des renseignements généraux (recueillis au moyen du questionnaire général) sur les caractéristiques sociodémographiques et certaines informations sur la santé de tous les membres des ménages participants. Le fichier santé contient des renseignements détaillés supplémentaires (recueillis au moyen du questionnaire sur la santé) sur la santé d'une personne sélectionnée au hasard de chaque ménage ainsi que les renseignements sur cette personne figurant dans le fichier général. Depuis 2000-2001 (cycle 4), l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale et les questionnaires général et de santé ont été combinés.

Un fichier longitudinal est également produit pour chaque cycle. En 1994-1995, on a sélectionné au hasard une personne dans chacun des ménages faisant partie de l'échantillon pour former le panel longitudinal (17 276) et on a suivi les personnes de ce panel au cours du temps. Les taux de réponse pour ce panel sont de 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), de 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), de 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et de 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés²⁴.

Techniques d'analyse

Les données de la composante des ménages de chacun des cinq cycles de l'ENSP (1994-1995 à 2002-2003) ont été utilisées pour suivre les changements dans l'autoévaluation de l'état de santé déclarée par les immigrants. Pour les personnes qui se considéraient en bonne santé en 1994-1995 (autoévaluation de l'état de santé bon, très bon ou excellent), on a comparé l'évolution de l'état de santé, l'utilisation des services de santé (fréquence des consultations d'un médecin et hospitalisation) et les comportements influant sur l'état de santé (usage quotidien du tabac, inactivité durant les loisirs et indice de masse corporelle) selon l'origine européenne ou non européenne et la durée de résidence au Canada. L'analyse comportait des variables de contrôle pour l'âge, le sexe, le revenu du ménage, le niveau de scolarité et certaines autres caractéristiques présentes en 1994-1995, telles que précisées dans les graphiques et les tableaux. Les changements concernant ces facteurs survenus après 1994-1995 n'ont pas été pris en compte.

On s'est servi d'un modèle à risques proportionnels à temps discret puisque cette méthode permet aux chercheurs d'étudier le moment de l'événement et son association à diverses caractéristiques^{25,26}. Le modèle a été soumis à la procédure Proc logistic de SAS (version 8.02) avec l'option log-log complémentaire, ce qui équivaut à utiliser le modèle à risques proportionnels de Cox (Proc PHREG, méthode de traitement des observations ex æquo dans SAS – « ties » = exact)²⁶. Puisque les entrevues longitudinales de l'ENSP n'ont été réalisées qu'à tous les deux ans, le nombre d'événements à s'être reproduits (tel que la détérioration de l'état de santé dans la présente analyse) est élevé. Cette méthode tient compte du fait que certaines observations pourraient ne pas être mesurées pendant la période complète de l'étude (parce que des répondants

pourraient ne pas avoir été rejoints durant le suivi) et elle réduit au minimum le biais introduit par ce type d'érosion de l'échantillon.

Population de 18 ans et plus vivant dans un ménage privé, selon le statut d'immigrant et la durée de résidence, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Échantillon	Population estimée milliers
Total	14 117	21 137
Canadiens de naissance	12 038	16 756
Ensemble des immigrants [†]	2 079	4 384
D'origine européenne	1 356	2 469
Nouveaux	147	311
De longue date	1 209	2 159
D'origine non européenne	722	1 911
Nouveaux	324	955
De longue date	398	956

Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

† Y compris ceux dont le pays de naissance est inconnu.

La présente analyse visait avant tout à évaluer la période de temps écoulé jusqu'au premier événement (tel que la première transition d'un état de santé bon, très bon ou excellent en 1994-1995 à un état de santé passable ou mauvais par la suite). Tous les cas pertinents ont été inclus, que les personnes concernées aient ou non participé à tous les cycles de l'enquête. Donc, l'analyse englobe les personnes qui n'ont pas participé à certains cycles intermédiaires en ce qui concerne les variables de résultat. La durée du cycle (le nombre d'intervalles) et le carré de la durée du cycle ont été inclus dans le modèle pour tenir compte du fait que l'occurrence d'un événement est d'autant plus probable que l'intervalle entre les observations est long.

Des modèles à risques proportionnels ont été utilisés pour estimer le risque relatif des transitions en ce qui concerne l'autoévaluation de l'état de santé, les consultations d'un médecin, l'hospitalisation, l'usage quotidien du tabac, l'activité durant les loisirs et l'indice de masse corporelle (gain de 10 % ou plus) pour chaque catégorie d'immigrant. Pour les personnes dont l'état de santé était bon, très bon ou excellent en 1994-1995 (cohorte initialement en bonne santé), on a examiné le risque relatif d'une transition à un état de santé passable ou mauvais. Pour l'utilisation des services de santé, on a examiné le risque relatif d'une augmentation du nombre de consultations d'un médecin (de moins de six à six ou plus par année) ou d'hospitalisations (d'aucune à au moins une) chez les membres de la cohorte initialement en bonne santé. Pour les comportements ayant une incidence sur l'état de santé, on a calculé le risque relatif que les membres de la cohorte initialement en bonne santé qui ne fumaient pas quotidiennement ou qui étaient actifs durant leurs loisirs en 1994-1995 deviennent des fumeurs quotidiens ou deviennent inactifs durant leurs loisirs. De même, on a calculé le risque relatif d'une augmentation de 10 % et plus de l'indice de masse corporelle (en excluant les personnes dont le poids était insuffisant en 1994-1995).

Pour toutes les analyses, on s'est servi de poids bootstrap pour estimer les variances et les intervalles de confiance afin de tenir compte du plan de sondage en grappes et des probabilités inégales de sélection dans l'échantillon de l'enquête^{27,28}.

