

Institut
de la statistique

Québec



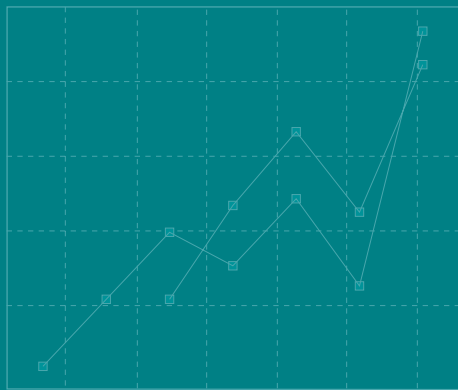
COLLECTION
la santé et
le bien-être

Santé et bien-être,
immigrants récents au
Québec : une adaptation
réciproque?

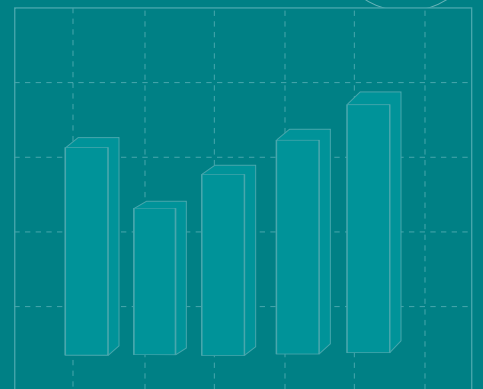
Étude auprès des communautés
culturelles 1998-1999

VERSION RÉVISÉE

9

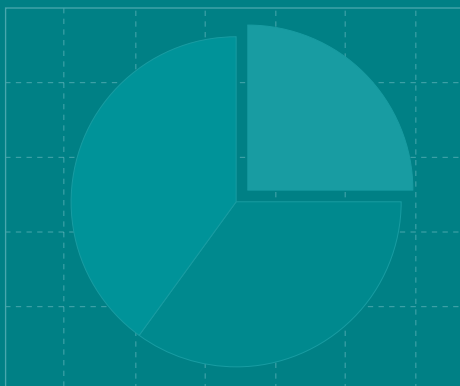


40



8

6



2

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-551-21672-9

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Décembre 2002

Avant-propos

L'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 constitue une première québécoise, dans la mesure où elle vise à mesurer l'état de santé et le recours aux services sociosanitaires dans une population d'immigrants récents, de cultures et de langues diverses. Elle s'inscrit dans une série d'enquêtes québécoises à caractère sociosanitaire où a toujours dominé le souci de produire des données de qualité utiles aux différents intervenants du domaine de la santé et de conserver, dans la mesure du possible, la meilleure comparabilité des résultats.

Mais pourquoi, justement, s'intéresser de façon spécifique à une population immigrante? Il faut rappeler que pour le gouvernement du Québec, le maintien et l'amélioration de l'état de santé physique, psychique et sociale des personnes vivant sur le territoire québécois, et, à cette fin, l'égalité dans l'accès aux services sociosanitaires chez l'ensemble des habitants du territoire, représentent un enjeu important. En ce qui concerne les communautés culturelles, le texte de la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux (loi 120) mentionne la nécessité de « favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec » (art. 2.7)¹. Les régions régionales doivent tenir compte, dans leur plan d'organisation de services (PROS), « des caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population de la région » (art. 347.5); en outre, « une région régionale doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser une accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles » (art. 349).

C'est dans ce contexte, et en l'absence de données qui permettraient de rendre compte de la variabilité et de la spécificité des profils sociosanitaires de diverses communautés culturelles, que le présent projet a été mis en œuvre. Il faisait suite à une demande adressée à Santé Québec (devenu depuis la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec) et au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité des soins en santé et en services sociaux (ACCÉSSS). Cet organisme se préoccupait alors particulièrement de l'accès aux services et de l'utilisation qui en est faite, surtout en ce qui concerne les immigrants récents. La présente étude vise donc à fournir un éclairage tant sur l'état de santé et de bien-être de certaines populations immigrantes que sur leur accès aux services sociosanitaires québécois et sur leur utilisation de ces services. Elle touche une population d'immigrants récents de la grande région de Montréal, et a été commanditée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régions régionales de Montréal-Centre, de Laval et de la Montérégie, ainsi que par le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

L'étude ne répond évidemment pas à toutes les questions et, comme toutes les sources de données, elle présente certaines limites. Comme on le verra dans les chapitres qui suivent et en particulier dans celui qui porte sur la méthodologie, tout a été mis en œuvre pour assurer la qualité de l'information présentée, tant sur le plan de la collecte de l'information que sur celui du traitement des données et des normes de présentation des résultats. Il n'en demeure pas moins que les chercheurs ont dû parfois s'aventurer dans un territoire qui leur est moins familier, et poser des hypothèses tout en demeurant fort conscients de ne connaître que de façon très partielle la culture d'origine des populations visées par l'étude. Des chercheurs appartenant aux communautés visées voudront peut-être pousser plus

1. Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi no 142, à l'automne 2002, ne touchent pas ces modalités.

loin l'analyse et proposer, en particulier, de nouvelles pistes de recherche et d'intervention.

En terminant, je tiens à remercier les quelque 4 000 personnes qui ont accepté de répondre dans le cadre de cette étude. Qu'elles soient assurées que nous continuerons à respecter la confidentialité des données obtenues, tout en faisant un maximum d'efforts pour que l'information statistique pertinente retourne à chacune de leurs communautés, de façon à ce qu'elles puissent se la réapproprier et la mettre à profit. Merci aussi à tous les collaborateurs de divers milieux, y inclus les regroupements culturels et organismes communautaires, qui ont aidé l'Institut de la statistique du Québec à mener ce projet à terme.

Le directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yvon Fortin'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'Y' and 'F'.

Yvon Fortin

Cette publication a été réalisée sous la direction de :

May Clarkson, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, MSSS
Rébecca Tremblay, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ
Nathalie Audet, Direction Santé Québec, ISQ

Assistées des membres du comité de révision :

Patricia Caris, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, MSSS
Lucie Chénard, Direction de la santé publique, RRSSS du Bas-Saint-Laurent
Carl Drouin, Direction Santé Québec, ISQ

Avec la collaboration de :

Brigitte Beauvais, Direction Santé Québec, ISQ ainsi que Lorraine Caouette, Robert Courtemanche, Yann Latulipe, France Lapointe, Annie Parent et Nathalie Plante, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ, au traitement des données

Avec l'assistance technique de :

Jean-François Cardin, Hervé Lohoues et Issouf Traoré, Direction Santé Québec, ISQ, au traitement des données
France Lozeau, Direction Santé Québec, ISQ, à la mise en page
Nicole Descroisselles, Direction de l'édition et des communications, ISQ, à la révision linguistique

Enquête coordonnée par :

May Clarkson

Direction de Santé Québec :

Daniel Tremblay

L'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI)

**Pour tout renseignement concernant
le contenu de cette publication :**

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le rapport :

CLARKSON, M., R. TREMBLAY et N. AUDET (2002). *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 460 pages.

Citation suggérée pour un chapitre :

CHEVALIER, S., et A. QUÉNIART (2002). « Description de la population et des familles » dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 51-64.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans le présent rapport sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Tous les résultats apparaissant dans ce rapport ont été pondérés à moins d'avis contraire expressément mentionné dans le texte (voir chapitre 1).

Signes conventionnels :

- .. Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- Donnée infime

Remerciements

L'*Étude auprès des communautés culturelles* est un projet d'envergure, qui a suscité de nombreux défis et demandé la collaboration d'un grand nombre de personnes et d'organismes. Nous les remercions chaleureusement, en espérant n'oublier personne.

Merci tout d'abord à l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), qui a été au point de départ de ce projet.

Merci également au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Régie régionale de Montréal-Centre, à la Régie régionale de la Montérégie, à la Régie régionale de Laval et au ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, dont les contributions financières ont permis la réalisation de cette étude. Il faut en outre souligner la collaboration exceptionnelle de la Régie régionale de Montréal-Centre et du MSSS à l'ensemble du processus et, en particulier, la participation de bon nombre de leurs professionnels et chercheurs à l'orientation de l'étude, au choix des thèmes, à l'analyse des données et à la rédaction du rapport.

Afin de mieux cerner la problématique, un groupe de travail *ad hoc* avait été mis sur pied, dès 1993; nous lui devons la définition du protocole de recherche ainsi que plusieurs suggestions fort utiles sur les approches à adopter. Tous nos remerciements aux membres de ce groupe :

- Mireille Baillargeon, ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles;
- Serge Chevalier, Régie régionale de Montréal-Centre;
- Robert Courtemanche, Bureau de la statistique du Québec;
- Pascual Delgado, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité des soins en santé et en services sociaux;

- Sylvie Gravel, Équipe de santé publique Sainte-Justine;
- Michel Guillet, Bureau de la statistique du Québec;
- Isabelle Hemlin, Régie régionale de Montréal-Centre;
- Madeleine Huet, Équipe de santé publique Saint-Luc;
- Isa Iasenza, Cabinet du sous-ministre de la santé et des services sociaux;
- André Jacob, Département de travail social, Université du Québec à Montréal;
- Claudette Lavallée, Santé Québec;
- Jean Renaud, Centre d'études ethniques et Département de sociologie, Université de Montréal;
- Daniel Tremblay, Santé Québec.

Au moment de la mise en œuvre de l'étude, un comité d'orientation a pris la relève afin de définir les thèmes à traiter et de s'assurer de la pertinence des questions. Nous remercions chaleureusement les membres de ce comité qui a chapeauté l'étude et dont ont fait partie, à un moment ou un autre, les personnes suivantes :

- Mireille Baillargeon, ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration;
- Carmen Bellerose, Régie régionale de la Montérégie;
- Lorraine Caouette, Bureau de la statistique du Québec;
- Serge Chevalier, Régie régionale de Montréal-Centre;
- Betty Guedj, ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Sylvie Gravel, Régie régionale de Montréal-Centre;
- Isabelle Hemlin, Régie régionale de Montréal-Centre;
- Marc-Léo Laroche, ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Rose-Marie Mayetela, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux;

- Jean Renaud, Centre d'études ethniques et Département de sociologie, Université de Montréal;
- Rébecca Tremblay, Institut de la statistique du Québec;
- Gisèle Sainte-Marie, ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration;
- Bilkis Vissandjée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal;

ainsi que les coordonnateurs et coordonnatrices de la phase qualitative de l'étude :

- Isabelle Dahan, pour la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient;
- Pascual Delgado, pour la communauté hispanophone;
- Rosemay Eustache, pour la communauté haïtienne;
- Tran The Nhi, pour la communauté chinoise.

Merci également aux membres du comité d'administration, aux membres du comité scientifique et aux membres du comité d'éthique de Santé Québec, qui ont eu tour à tour à se pencher sur ce projet d'étude dans l'exercice de leurs fonctions.

Au moment de la phase qualitative de l'étude, plusieurs organismes avaient collaboré au recrutement des personnes rencontrées lors des entrevues de groupe. De façon plus particulière, nous souhaitons remercier :

- L'Association des Haïtiens de Saint-Laurent et des environs;
- L'Association des immigrants latino-américains de Côte-des-Neiges;
- Le Bureau de la communauté chrétienne des Haïtiens de Montréal;
- Le Centre d'étude arabe pour le développement (CEAD);
- Le Service à la famille chinoise du Grand Montréal.

Un merci chaleureux aux membres des groupes d'analyse et auteurs, dont les noms apparaissent au début de chacun des chapitres, et dont nous tenons à souligner la compétence, l'enthousiasme et la patience tout au long du processus de l'étude. Merci

aussi aux lecteurs, dont la liste est présentée à la fin du rapport.

Nos plus sincères remerciements à nos collaborateurs du groupe Léger Marketing inc. et plus particulièrement à l'équipe de gestion, sous la direction de Jean-Yves Samson : Gilles Fillion, Martine Roy, Rolande Ste-Marie, Charles Maranda, sans oublier l'équipe des codeurs et, bien sûr, le président-directeur général, Jean-Marc Léger. Tous nos remerciements aussi aux coordonnatrices de chacun des groupes de pays visés par l'étude, ainsi qu'aux interviewers et interprètes.

Merci également à nos collègues statisticiens de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales (DMDÉS) de l'ISQ. Une pensée toute spéciale pour Lorraine Caouette, trop tôt disparue, dont la compétence, la bonne humeur et surtout l'amitié nous manquent. Merci à Rébecca Tremblay qui a pris la relève, avec toute la rigueur et le travail acharné auxquels nos collègues de la DMDÉS nous ont habitués. Soulignons également le travail de Robert Courtemanche, France Lapointe, Yann Latulipe, Annie Parent et Nathalie Plante, qui ont apporté leur contribution à diverses étapes du processus de traitement des données.

Toute notre gratitude aux membres du comité de révision de l'étude, qui ont investi énormément de temps et d'attention dans la lecture des différents chapitres, et dont les commentaires ont facilité la mise en forme finale des textes :

- Patricia Caris, Unité des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Lucie Chénard, Direction de la santé publique, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;
- Carl Drouin, Direction Santé Québec de l'ISQ;
- Rébecca Tremblay, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales de l'ISQ.

Un merci très chaleureux à Claudette Lavallée, de la Direction Santé Québec, qui a pris la relève à la

coordination de l'étude pendant plusieurs mois, alors que la coordonnatrice était en congé de maladie.

Merci à Guy Raymond, de l'Unité des études et analyses du MSSS, à qui nous sommes redevables de la carte géographique permettant de situer les pays d'origine des immigrants récents visés par l'étude (publiée dans l'introduction générale).

Enfin, soulignons la contribution de plusieurs personnes de la Direction Santé Québec, sans lesquelles ce projet n'aurait pu voir le jour, à commencer par Daniel Tremblay, directeur de la Direction Santé Québec, qui s'y est intéressé de façon constante; Nathalie Audet, responsable de la validation finale et du traitement des données, qui a su ne pas perdre patience devant l'énorme masse des tableaux à produire, et dont la rigueur ne s'est jamais démentie; France Lozeau, non seulement pour l'excellent travail d'édition du présent rapport, mais aussi pour la qualité professionnelle de son travail de liaison entre les divers auteurs, les lecteurs externes, la coordonnatrice de l'étude et de multiples autres intervenants.

Merci également à plusieurs autres membres de l'ISO pour leur apport à la réalisation de l'étude : France Lacoursière, pour les aspects administratifs; Thérèse Cloutier et Andrée Roy, pour le travail d'édition des instruments de collecte; Brigitte Beauvais, Jean-François Cardin, Hervé Lohoues et Issouf Traoré, pour leur contribution au traitement des données; Lise Ménard-Godin, pour la recherche documentaire; Nicole Descroiselles, pour la révision linguistique; Jasline Flores, pour l'organisation du colloque de présentation de l'étude, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2002.

Ce projet n'aurait pu être mené à terme sans votre contribution à tous.



May Clarkson
Coordonnatrice de l'Étude

Table des matières

Introduction.....	31
-------------------	----

Chapitre 1 ♦ Méthodologie

Introduction.....	37
1.1 Procédures de collecte.....	37
1.1.1 Instruments de collecte des données.....	37
1.1.2 Prétest.....	38
1.1.3 Plan de sondage et taille de l'échantillon.....	38
1.1.4 Collecte des données.....	40
1.1.5 Admissibilité et non-réponse.....	41
1.2 Traitement des données.....	44
1.2.1 Validation.....	44
1.2.2 Pondération.....	44
1.2.3 Méthodes d'analyse.....	45
1.3 Présentation des résultats.....	47
1.4 Portée et limites de l'étude.....	48
Bibliographie.....	50

Chapitre 2 ♦ Description de la population et des familles

Introduction.....	51
2.1 Aspects méthodologiques.....	51
2.1.1 Indicateurs.....	51
2.1.2 Comparaisons avec la population du Québec en général.....	52
2.1.3 Portée et limites des données.....	52
2.2 Résultats.....	52
2.2.1 Pays de naissance et période d'immigration.....	52
2.2.2 Sexe et âge.....	55
2.2.3 Considérations linguistiques.....	56
2.2.4 État matrimonial de fait.....	58
2.2.5 Scolarité.....	59
2.3 Famille.....	61
2.3.1 Résultats.....	61
Bibliographie.....	63

Chapitre 3 ♦ Usage du tabac

Introduction.....	65
3.1 Aspects méthodologiques.....	66
3.1.1 Indicateurs.....	66
3.1.2 Portée et limites des données.....	66
3.2 Résultats.....	67
3.2.1 Usage de la cigarette.....	67
3.2.2 Usage de la pipe, du cigare ou du tabac à chiquer ou à priser.....	69
3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.....	70
Conclusion.....	70
Bibliographie.....	71

Chapitre 4 ♦ Consommation d'alcool

Introduction.....	73
4.1 Aspects méthodologiques.....	74
4.1.1 Indicateurs.....	74
4.1.2 Comparaisons avec la population du Québec en général.....	74
4.1.3 Portée et limites des données.....	74
4.2 Résultats.....	75
Conclusion.....	81
Bibliographie.....	82

Chapitre 5 ♦ Alimentation et poids corporel

Introduction.....	85
5.1 Aspects méthodologiques.....	87
5.1.1 Indicateurs.....	87
5.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998.....	90
5.1.3 Portée et limites des données.....	90
5.2 Résultats.....	91
5.2.1 Consommation alimentaire habituelle.....	91
5.2.2 Perceptions.....	95
5.2.3 Religion et alimentation.....	96
5.2.4 Insécurité alimentaire.....	97
Conclusion.....	103
Bibliographie.....	106

Chapitre 6 ♦ Activité physique

Introduction.....	111
6.1 Aspects méthodologiques.....	112
6.1.1 Indicateurs.....	112
6.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998.....	112
6.1.3 Portée et limites des données.....	113
6.2 Résultats.....	113
6.2.1 Pratique d'activités physiques de loisir.....	113
6.2.2 Activité physique au travail.....	116
Conclusion.....	117
Bibliographie.....	118

Chapitre 7 ♦ Comportements préventifs pour dépister le cancer du sein et du col de l'utérus

Introduction.....	119
7.1 Aspects méthodologiques.....	121
7.1.1 Indicateurs.....	121
7.1.2 Portée et limites des données.....	121
7.2 Résultats.....	122
7.2.1 Auto-examen des seins (AES).....	122
7.2.2 Examen clinique effectué par un professionnel de la santé (ECS).....	122
7.2.3 Test Pap.....	122
7.2.4 Mammographie (MAM).....	123

7.2.5	Comportements préventifs relatifs au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus	123
7.2.6	Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus	125
7.3	Facteurs associés aux comportements féminins de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus selon les paliers du modèle systémique de Santé Québec	126
7.3.1	Caractéristiques de l'individu	126
7.3.2	Milieu de vie immédiat	127
7.3.3	Réseau d'appartenance	127
7.4	Discussion	127
7.4.1	Caractéristiques de l'individu	127
7.4.2	Milieu de vie immédiat	128
7.4.3	Réseau d'appartenance	129
7.4.4	Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus	129
	Conclusion	131
	Bibliographie	132
	Tableaux complémentaires	135

Chapitre 8 ♦ Perception de la santé

	Introduction	143
8.1	Aspects méthodologiques	144
8.1.1	Indicateurs	144
8.1.2	Portée et limites des données	144
8.2	Résultats	145
8.2.1	Perception de l'état de santé en fonction de diverses caractéristiques	145
8.2.2	Analyse de la régression logistique	150
	Conclusion	151
	Bibliographie	153

Chapitre 9 ♦ Problèmes de santé et traumatismes

	Introduction	155
9.1	Aspects méthodologiques	155
9.1.1	Indicateurs	155
9.1.2	Comparaisons avec l'Enquête sociale et de santé de 1998	157
9.1.3	Portée et limites des données	157
9.2	Résultats	157
9.2.1	Nombre de problèmes de santé	157
9.2.2	Durée des problèmes de santé	160
9.2.3	Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant au nombre et à la durée des problèmes de santé	161
9.2.4	Nature des problèmes de santé	162
9.2.5	Problèmes de santé et autres caractéristiques	165
9.2.6	Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant à la nature des problèmes de santé	169
9.2.7	Accidents avec blessures	169
9.2.8	Communauté chinoise	170
9.2.9	Communauté haïtienne	172
9.2.10	Communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient	174
9.2.11	Communauté hispanophone	176
	Conclusion	179
	Bibliographie	183
	Annexe	185

Chapitre 10 ♦ Santé buccodentaire

Introduction	187
10.1 Aspects méthodologiques	190
10.1.1 Indicateurs	190
10.1.2 Portée et limites des données	190
10.2 Résultats	191
10.2.1 Perception, importance et signification	191
10.2.2 Hygiène buccale et habitudes alimentaires.....	192
10.2.3 Édentation complète	194
10.2.4 Port de prothèses amovibles.....	195
10.2.5 Réhabilitation prothétique (chez les personnes complètement édentées).....	195
10.2.6 Utilisation des services	195
Conclusion	197
Bibliographie.....	203

Chapitre 11 ♦ Santé mentale

Introduction	211
11.1 Revue de la littérature.....	211
11.2 Aspects méthodologiques	213
11.2.1 Mesure de la santé mentale.....	213
11.2.2 Vécu prémigratoire.....	214
11.2.3 Vécu postmigratoire	215
11.2.4 Caractéristiques sociodémographiques	215
11.2.5 Analyse statistique	215
11.3 Résultats - Portrait global	217
11.3.1 Résultats — Communauté chinoise.....	221
11.3.2 Résultats — Communauté haïtienne	225
11.3.3 Résultats – Communauté du Maghreb et du Moyen-Orient	229
11.3.4 Résultats — Communauté hispanophone.....	233
11.4 Discussion	237
Conclusion	242
Bibliographie.....	243

Chapitre 12 ♦ Utilisation des services de santé et des services sociaux

Introduction	247
12.1 Aspects méthodologiques	248
12.1.1 Indicateurs	248
12.2.1 Portée et limites des données	248
12.2 Résultats	249
12.3 Discussion	255
Conclusion	258
Bibliographie.....	259

Chapitre 13 ♦ Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Introduction	261
13.1 Aspects méthodologiques	262
13.1.1 Indicateurs	262
13.1.2 Portée et limites des données	263

13.2 Résultats	263
13.2.1 Différences selon le sexe	264
13.2.2 Différences selon l'âge	264
13.2.3 Fréquence d'utilisation et comportement en cas de non accès au service	267
Conclusion	268
Bibliographie	270

Chapitre 14 ♦ Consommation de médicaments

Introduction	271
14.1 Aspects méthodologiques	272
14.1.1 Indicateurs	272
14.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998	273
14.1.3 Portée et limites des données	273
14.2 Résultats	274
14.2.1 Utilisation de médicaments dans la population visée par l'étude	274
14.2.2 Nombre et type de classes de médicaments consommés	279
14.2.3 Fréquence et durée d'utilisation des médicaments consommés	281
14.2.4 Médicaments consommés de type « Herbes »	281
Conclusion	281
Bibliographie	282
Tableaux complémentaires	285

Chapitre 15 ♦ Environnement de soutien

Introduction	289
15.1 Aspects méthodologiques	290
15.1.1 Indicateurs	290
15.1.2 Portée et limites des données	291
15.2 Résultats	291
15.2.1 Composantes du soutien social	291
15.2.2 Difficultés ou problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement	297
15.2.3 Analyse selon certaines variables socioéconomiques et démographiques	299
Conclusion	300
Bibliographie	302

Chapitre 16 ♦ Conditions socioéconomiques et milieu de travail

Introduction	303
16.1 Aspects méthodologiques	304
16.1.1 Indicateurs	304
16.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998	305
16.1.3 Portée et limites des données	305
16.2 Résultats	306
16.2.1 Quelques caractéristiques générales des travailleurs	306
16.2.2 Environnement psychologique du travail	311
Conclusion	314
Bibliographie	316

Chapitre 17 ♦ Spiritualité, religion et santé chez des immigrants récents : une approche exploratoire

Introduction	319
17.1 Aspects méthodologiques	321
17.1.1 Indicateurs	321
17.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998.....	321
17.1.3 Portée et limites des données.....	321
17.2 Résultats	322
17.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques	322
17.2.2 Associations entre l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte et certaines dimensions de l'état de santé ou de bien-être	326
Conclusion	328
Bibliographie	329
Conclusion	333
Annexe 1 ♦ Liste des lecteurs externes.....	343
Annexe 2 ♦ Fiche d'identification	347
Annexe 3 ♦ Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI).....	353
Annexe 4♦ Questionnaire autoadministré (QAA).....	405

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Chapitre 1

1.1. Répartition de l'échantillon selon la région d'origine, la période d'immigration et la catégorie d'immigrants, communautés culturelles 1998-1999.....	39
1.2. Distribution de la population et de l'échantillon selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999.....	40
1.3. Répartition des ménages échantillonnés selon les résultats de la collecte pour le QRI, communautés culturelles 1998-1999.....	42
1.4. Nombre de répondants pour le QRI et pour le QAA selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999.....	42
1.5. Proportion pondérée de répondants et taux de réponse pondéré aux questionnaires selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999.....	43

Chapitre 2

2.1. Pays de naissance selon la région d'origine, population totale, communautés culturelles 1998-1999.....	53
2.2. Pays de naissance selon la région d'origine, personnes nées hors Canada, communautés culturelles 1998-1999.....	53
2.3. Période d'arrivée au Canada selon la région d'origine, population totale, communautés culturelles 1998-1999.....	53
2.4. Statut d'immigrant selon la période d'arrivée au Canada, personnes nées hors Canada, communautés culturelles 1998-1999.....	54
2.5. Sexe et âge selon l'arrivée (et pour les personnes nées au Canada), population totale, communautés culturelles 1998-1999.....	54

2.6. Statut d'immigrant selon la région d'origine, personnes nées hors du Canada, communautés culturelles 1998-1999.....	54
2.7. Sexe et âge selon le statut d'immigrant, personnes nées hors du Canada, communautés culturelles 1998-1999.....	55
2.8. Sexe selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	55
2.9. Âge selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	56
2.10. Âge selon le sexe, communautés culturelles 1998-1999.....	56
2.11. Langue d'usage à la maison selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	56
2.12. Intégration linguistique selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	57
2.13. Intégration linguistique selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	57
2.14. Intégration linguistique selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	57
2.15. Intégration linguistique selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	57
2.16. Intégration linguistique selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	58
2.17. État matrimonial de fait selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	59
2.18. État matrimonial de fait selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	59

2.19. État matrimonial de fait selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	59
2.20. État matrimonial de fait selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	59
2.21. État matrimonial de fait selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	59
2.22. Scolarité selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	60
2.23. Scolarité selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	60
2.24. Scolarité selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	60
2.25. Scolarité selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	61
2.26. Scolarité selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	61
2.27. Distribution des ménages selon la communauté, total des ménages, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	63
2.28. Distribution des ménages avec enfants selon la communauté, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	63

Chapitre 3

3.1 Profil d'usage de la cigarette selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	67
3.2 Profil d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	68

3.3 Nombre de cigarettes fumées quotidiennement et âge auquel la personne a commencé à fumer, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	69
3.4 Profil d'usage de la cigarette selon le comportement de consommation d'alcool, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	69
3.5 Perception de l'état de santé selon que l'on fume ou non la cigarette, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	70
3.6 Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE à la maison et exposition totale selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	70

Chapitre 4

4.1 Mode de consommation d'alcool selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	76
4.2 Mode de consommation d'alcool selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	76
4.3 Fréquence de 5 consommations et plus par occasion au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	77
4.4 Nombre de fois de 5 consommations et plus au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	78

4.5	Fréquence de l'enivrement au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	78
4.6	Fréquence de l'enivrement au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	79
4.7	Quantité d'alcool consommé jugée acceptable selon le contexte proposé, selon le type de buveur, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	80

Chapitre 5

5.1	Fréquence de consommation de différents groupes d'aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	92
5.2	Consommation 1 fois par jour ou plus des aliments provenant des quatre groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	93
5.3	Indice de diversité alimentaire (IDA) selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	94
5.4	Matières grasses utilisées selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	94
5.5	Consommation de repas commerciaux selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	95
5.6	Autoévaluation des habitudes alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	95
5.7	Perceptions de certaines pratiques alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	96
5.8	Influence perçue de la religion sur l'alimentation selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	96
5.9	Insécurité alimentaire selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	97
5.10	Perceptions quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	97
5.11	Perception globale quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	97
5.12	Indice de masse corporelle (IMC) selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	98
5.13	Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	99
5.14	Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	99
5.15	Perception du poids selon la région d'origine, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	100
5.16	Perception du poids selon la région d'origine et le sexe, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	101

5.17	Perception du poids selon la région d'origine et la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	102
------	---	-----

Chapitre 6

6.1	Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	114
6.2	Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	114
6.3	Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon la fréquence de pratique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	115
6.4	Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	115
6.5	Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon la catégorie de poids, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	115
6.6	Niveau d'activité physique au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	116
6.7	Niveau d'activité physique au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	116

6.8	Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir selon le niveau d'activité physique au travail, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	117
-----	---	-----

Chapitre 7

7.1	Facteurs retenus pour l'analyse des comportements préventifs féminins selon certains paliers du modèle systémique	121
7.2	Auto-examen des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	122
7.3	Examen clinique des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	122
7.4	Test Pap, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	123
7.5	Mammographie, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	123
7.6	Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	124
7.7	Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	125
7.8	Tableau synthèse des associations significatives entre les comportements préventifs pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et les facteurs pour l'ensemble des communautés culturelles	126

C7.1	Facteurs associés à la connaissance de l'auto-examen des seins, la pratique de l'auto-examen des seins et la façon de pratiquer l'auto-examen des seins selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	137
C7.2	Facteurs associés au dernier examen clinique effectué par un professionnel de la santé selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	139
C7.3	Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé un test Pap et au dernier test Pap selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	140
C7.4	Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé une mammographie et à la dernière mammographie selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	141

Chapitre 8

8.1	Perception de l'état de santé selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	145
8.2	Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	146
8.3	Perception de l'état de santé selon le statut d'immigrant, le niveau de scolarité et l'intégration économique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	147

8.4	Perception de l'état de santé selon la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999.....	147
8.5	Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	148
8.6	Perception de l'état de santé selon le niveau de satisfaction face à la vie, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	148
8.7	Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé, le nombre de médicaments pris au cours des deux derniers jours précédant l'entrevue et la consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines précédant l'entrevue, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	149
8.8	Variables indépendantes du modèle de régression logistique portant sur la bonne perception de la santé, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	151

Chapitre 9

9.1	Nombre de problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	158
9.2	Nombre de problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	159
9.3	Nombre et durée des problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	160
9.4	Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	162

9.5	Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	163	9.13b	Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	175
9.6	Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, communautés culturelles 1998-1999	164	9.14a	Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	176
9.7	Prévalence des problèmes de santé selon la date d'arrivée au Canada, communautés culturelles 1998-1999.....	166	9.14b	Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	177
9.8	Prévalence des problèmes de santé selon le statut d'immigrant, communautés culturelles 1998-1999.....	167	9.15	Prévalence des problèmes de santé selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999	178
9.9	Prévalence des problèmes de santé selon le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	168			
9.10	Prévalence des accidents ayant occasionné des blessures selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	169	Chapitre 10		
9.11a	Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	170	10.1	Quelques caractéristiques des populations visées par l' <i>Étude sur la santé dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec, 1993</i> et par l' <i>Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999</i>	191
9.11b	Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	171	10.2	Perception de l'état de santé dentaire, importance accordée à celle-ci et signification d'une bonne santé dentaire selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	192
9.12a	Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté haïtienne, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	172	10.3	Fréquence de brossage des dents, de l'utilisation de la soie dentaire et utilisation du cure-dents selon certaines variables sociodémographiques chez les personnes ayant au moins une dent naturelle en bouche, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	193
9.12b	Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, communauté haïtienne 1998-1999 et Québec 1998	173	10.4	Édentation complète et port d'au moins une prothèse dentaire amovible selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	194
9.13a	Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	174			

10.5	Utilisation des services dentaires au cours de l'année précédant l'entrevue selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	196
------	---	-----

Chapitre 11

11.1	Vécu prémigratoire, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	218
11.2	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	218
11.3	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	219
11.4	Sentiment de discrimination, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	220
11.5	Vécu prémigratoire, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	221
11.6	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	222
11.7	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	222
11.8	Sentiment de discrimination, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	223
11.9	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	224

11.10	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	225
11.11	Vécu prémigratoire, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	226
11.12	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	226
11.13	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	227
11.14	Sentiment de discrimination, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	227
11.15	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	228
11.16	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	229
11.17	Vécu prémigratoire, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	230
11.18	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	231
11.19	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	231

11.20	Sentiment de discrimination, population du Maghreb et de Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	232
11.21	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	232
11.22	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	233
11.23	Vécu prémigratoire, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	234
11.24	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	234
11.25	Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	235
11.26	Sentiment de discrimination, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	236
11.27	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	236
11.28	Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	237

Chapitre 12

12.1	Utilisation des services de santé et des services sociaux, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998	250
12.2	Différents indicateurs d'utilisation des services de santé et des services sociaux selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)	251
12.3	Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels et certaines variables culturelles, population totale, communautés culturelles 1998-1999	252
12.4	Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels, le sexe et l'âge, population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)	253
12.5	Pourcentage des consultations qui ont lieu en cabinet privé, CLSC ou clinique externe selon la date d'arrivée au Canada, le statut d'immigrant, le sexe, l'âge et l'intégration, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)	254
12.6	Prescription d'un médicament aux personnes pour lesquelles le dernier professionnel consulté est médecin (omnipraticien ou spécialiste) ou dentiste, communautés culturelles 1998-1999	254
12.7	Satisfaction quant aux services sociaux et aux services de santé (très satisfait ou assez satisfait), communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)	255

Chapitre 13

13.1	Connaissance et utilisation à vie du service Info-Santé CLSC parmi la population informée selon le sexe, l'âge, la présence d'un enfant mineur dans le ménage et l'âge du plus jeune enfant mineur, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	265
13.2	Connaissance du service Info-Santé CLSC selon le sexe, l'âge, la présence d'un enfant mineur dans le ménage, l'âge du plus jeune enfant mineur, la scolarité et l'intégration linguistique et selon région d'origine, communautés culturelles 1998-1999	266
13.3	Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, accès à l'infirmière lors du dernier appel et démarche en cas de nonaccès, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	267

Chapitre 14

14.1	Proportion de la population selon le nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	275
14.2	Personnes ayant pris au moins un médicament, un ou deux médicaments ou trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	276
14.3	Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit ou non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	277

14.4	Nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours selon la présence d'un problème de santé chronique et selon la perception de l'état de santé, communautés culturelles 1998-1999	278
14.5	Proportion de la population selon le nombre de classes de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	279
C14.1	Proportion de personnes selon le type de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999	287
C14.2	Proportion de personnes selon le type de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon le niveau de scolarité, communautés culturelles 1998-1999	287
C14.3	Répartition de personnes ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours selon le type de médication consommée et le nombre de classes de médicaments, communautés culturelles 1998-1999	287
C14.4	Proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, selon la classe de médicaments et la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999	288

Chapitre 15

15.1	Différentes composantes du soutien social selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	292
15.2	Différentes composantes du soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	294

15.3	Différentes composantes du soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	296	16.3	Catégorie professionnelle selon la région d'origine et le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999	308
15.4	Présence de difficultés ou de problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement au cours d'une période de 12 mois et aide reçue selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	297	16.4	Le fait d'occuper un emploi et la catégorie professionnel le selon le statut d'immigration, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	308
15.5	Présence de difficultés ou de problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement au cours d'une période de 12 mois et aide reçue selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	297	16.5	Niveau de qualification exigé par le travail actuel comparativement à celui de l'emploi occupé avant l'immigration au Québec selon le sexe, l'âge et la durée de séjour au pays, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999	309
15.6	Présence de contacts avec une association à vocation d'aide ou culturelle regroupant surtout des personnes du pays d'origine ou du groupe ethnique depuis l'arrivée au Québec, selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	298	16.6	Diverses modalités d'organisation du travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	310
15.7	Demande de conseils ou aide requise auprès de personnes n'habitant pas au Québec selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999.....	298	16.7	Risques ou contraintes physiques liés au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	310
15.8	Différentes composantes du soutien social selon la perception de la situation économique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	300	16.8	Autonomie décisionnelle au travail élevée selon la région d'origine et le statut d'immigration, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	311
			16.9	Perception de l'état de santé et satisfaction face à la vie selon le niveau d'autonomie décisionnelle au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999	312

Chapitre 16

16.1	Le fait d'occuper un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	306	16.10	Demande psychologique élevée au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.....	312
16.2	Taille de l'entreprise et proportion d'employés syndiqués selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	307			

16.11	Contraintes psychosociales du travail selon la région d'origine et le statut d'immigration, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	313
16.12	Perception de l'état de santé et satisfaction face à la vie selon les contraintes psychosociales du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999	313

Chapitre 17

17.1	Religion actuelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	322
17.2	Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	323
17.3	Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la religion actuelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	323
17.4	Importance accordée à la vie spirituelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	324
17.5	Croyance en un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	324
17.6	Importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	325

17.7	Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	326
17.8	Mode de consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	326
17.9	Satisfaction quant à la vie sociale selon l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	327
17.10	Satisfaction face à la vie en général selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	327

Figures

Chapitre 6

6.1	Catégories regroupant toute l'activité physique potentiellement incluse dans une journée	111
-----	--	-----

Chapitre 10

10.1	Proportion de personnes selon la fréquence de brossage des dents et de l'utilisation de la soie dentaire, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1993	198
10.2	Pourcentage des personnes complètement édentées au Québec en 1980 et 1993, aux États-Unis en 1983 et parmi quatre groupes d'immigrants récents au Québec en 1998-1999, population de 18 ans et plus	200

10.3	Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999	201
10.4	Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, Québec 1993	201

Chapitre 13

13.1	Connaissance et utilisation à vie du service Info-Santé CLSC selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	264
------	--	-----

Chapitre 14

14.1	Proportion de la population selon le nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998	275
14.2	Proportion de la population ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours selon la région d'origine et le nombre de classes de médicaments, communautés culturelles 1998-1999	280
14.3	Proportion de la population ayant consommé ou non un médicament au cours d'une période de deux jours selon le nombre de classes de médicaments et l'âge, communautés culturelles 1998-1999	280

Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque?

Introduction générale

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

La collecte des données pour la présente *Étude auprès des communautés culturelles* a été réalisée en 1998-1999. Toutefois, le processus qui a mené à l'étude avait été mis en œuvre, dès 1994, à la suite d'une demande adressée à Santé Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité des soins en santé et en services sociaux (ACCÉSSS), qui se préoccupait particulièrement de l'accès aux services et de l'utilisation qui en est faite, surtout en ce qui concerne les immigrants récents. On possédait alors peu d'information sur l'état de santé et de bien-être de ces immigrants, ainsi que sur leur recours aux services sociosanitaires. L'enquête Santé Québec de 1987, première grande enquête sociale et de santé réalisée au Québec, avait bien suscité la publication d'une monographie consacrée aux « communautés culturelles », c'est-à-dire à « des personnes ayant immigré au Canada ou des personnes nées au Canada et de langue maternelle autre que le français ou l'anglais » (Cousineau, 1989). L'auteur soulignait toutefois le manque de spécificité de l'analyse, alors que les « personnes immigrées » provenaient de 25 pays différents, et que les « allophones » parlaient 14 langues différentes! En outre, l'enquête ne rejoignait que les ménages où l'on trouvait au moins une personne de 18 ans et plus ayant une connaissance suffisante du français ou de l'anglais pour répondre aux questions; de ce fait, les immigrants qui ne parlaient pas suffisamment l'une ou l'autre de ces langues risquaient d'être sous-représentés. Comme on le verra dans le chapitre 1 (méthodologie), la présente étude a été conçue de façon à pallier, du moins en partie, ce problème.

Selon les données du recensement de 1996, au Québec, la population immigrée (c'est-à-dire née à l'extérieur du Canada) comptait 665 000 personnes,

soit 9,4 % de l'ensemble de la population. Ces immigrants étaient concentrés à 88 % dans la région métropolitaine de Montréal, et représentaient 18 % de la population totale de cette région.

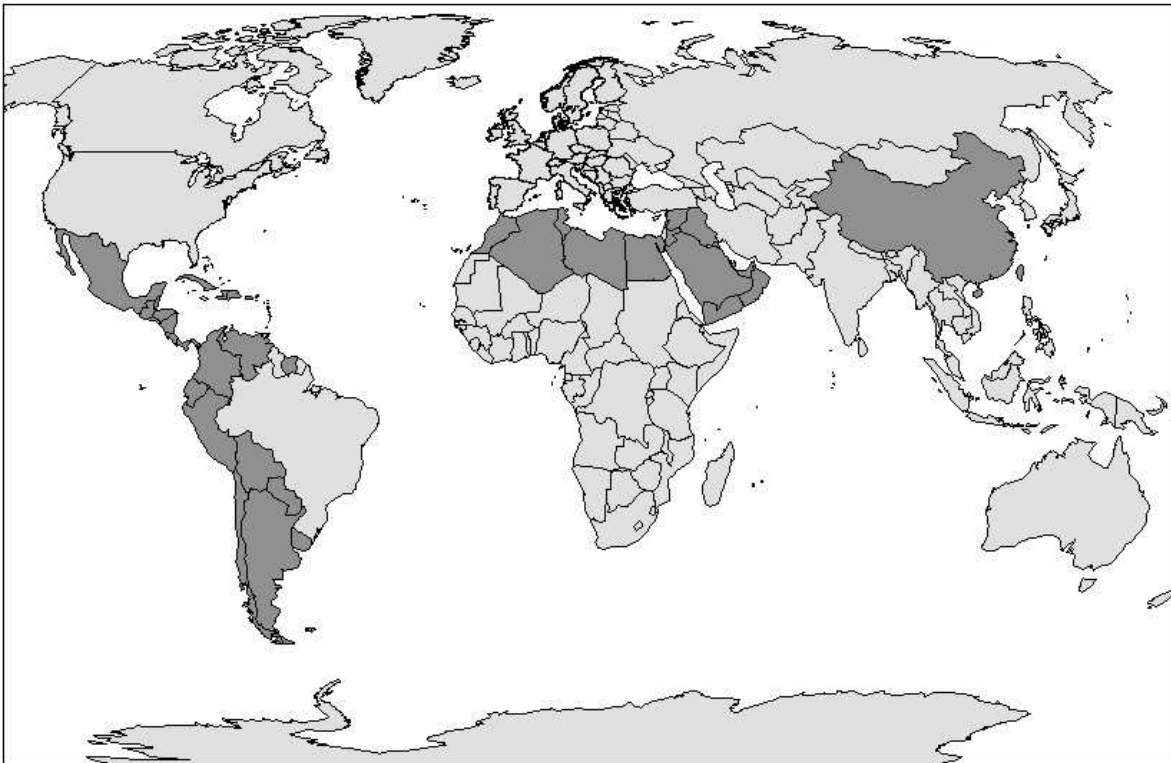
De toute évidence, le profil de l'immigration change d'année en année, en fonction des aléas de la vie politique et économique internationale. C'est ainsi que « l'on trouve au Québec des communautés culturelles d'implantation relativement ancienne, et d'autres d'immigration plus récente » (MSSS, 1993 : 18). Ce sont ces immigrants plus récents que l'étude a voulu rejoindre. Il était toutefois impossible de couvrir l'ensemble des immigrants récents, ne serait-ce qu'en raison de contraintes logistiques. Un comité *ad hoc*, mis sur pied pour la conceptualisation de l'étude et la préparation d'un protocole de recherche, a donc défini des critères de choix des communautés qui seraient visées par l'étude. Après discussion, les critères suivants ont été retenus : il devait s'agir de groupes d'arrivée récente ou de groupes parmi lesquels on trouvait un contingent important d'immigrants récents; on ne considérait que les groupes desquels on pouvait tirer un échantillon assez grand pour permettre de faire une analyse significative en fonction de plusieurs variables; on cherchait à couvrir un éventail assez large de groupes ethniques provenant de différentes aires géographiques; enfin, il fallait que l'administration de l'étude demeure possible et que le budget global soit acceptable quant aux bailleurs de fonds, ce qui supposait entre autres qu'on ne multiplie pas indûment le nombre de communautés à rencontrer, les langues d'entrevue, et ainsi de suite.

Groupes retenus dans l'étude

En fonction des quelques considérations d'ordre pratique qui précèdent, les groupes retenus sont ceux qui proviennent des quatre régions suivantes : les pays du Maghreb et du Moyen-Orient, d'où provenait 26 % de la vague migratoire de la période 1986-1992; Haïti – au cours de cette même période 1986-1992, les Haïtiens représentaient 5,8 % des immigrants se destinant au Québec; la Chine populaire, Hong Kong, Taiwan et Macao – les quatre pays réunis fournissaient 10,5 % des immigrants admis au cours de la période 1986-1992; et les pays hispanophones des Amériques, cette dernière catégorie regroupant le Mexique, l'Amérique centrale, les Antilles hispanophones et l'Amérique du Sud à l'exception du Brésil,

et ayant fourni au cours de la période 1986-1992 12 % des immigrants se destinant au Québec. Bien que ces quatre groupes ne représentent pas *l'ensemble* des immigrants récents, ils représentaient tout de même 55 % des immigrants de la période 1986-1992, et on ne s'attendait pas à ce que cette proportion diminue de façon notable dans la période visée par l'étude. En outre, le choix de ces communautés permettait de limiter à six le nombre des langues d'entrevue, soit le français, l'anglais, l'arabe, le créole, le chinois (cantonais ou mandarin) et l'espagnol. Quant à la répartition géographique des pays d'origine, un coup d'œil à la carte ci-dessous permettra d'en juger.

Pays d'origine des populations couvertes par l'Étude sur les communautés culturelles



Source : Unité d'études et analyses
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et Services sociaux, Octobre 2002.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude était de recueillir des renseignements pertinents sur les habitudes de vie, sur certains problèmes sociaux et de santé et sur le profil de consommation de services sociosanitaires d'immigrants récents appartenant à diverses communautés culturelles, afin de permettre aux planificateurs, aux chercheurs et aux intervenants de mieux identifier les besoins et les secteurs prioritaires d'intervention. De façon plus spécifique, l'étude visait à :

- fournir aux planificateurs, aux chercheurs et aux intervenants une source d'information permettant de faire des liens entre les conditions et habitudes de vie, les problèmes sociaux et de santé physique et mentale et les modes de consommation de services;
- identifier les problèmes sociosanitaires liés à l'adaptation à un nouveau milieu, et les modalités de résolution de ces problèmes;
- identifier des secteurs prioritaires d'intervention;
- identifier les obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux chez les membres des communautés concernées par l'étude.

Cadre conceptuel

Tout comme *l'Enquête sociale et de santé 1998*, également réalisée par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec mais auprès de la population du Québec dans son ensemble, la présente étude propose une approche systémique qui permet de tenir compte des multiples aspects ou dimensions de la santé et du bien-être. Dans ce modèle, on considère cinq paliers ou niveaux imbriqués l'un dans l'autre et en interrelation constante, soit : les caractéristiques de l'individu, son milieu de vie immédiat, son réseau d'appartenance, les conditions sociales et l'environnement physique, ainsi que les normes, valeurs et idéologies dominantes (Clarkson et Pica, 1995; Daveluy et autres, 2000). En ce qui concerne *l'Étude auprès des communautés culturelles*, cette approche s'avère d'autant plus utile qu'elle a permis d'explorer des

dimensions parfois négligées, telles que les diverses conceptions de la santé et de la maladie ou encore, les relations entre la religion ou la vie spirituelle et l'état de santé et de bien-être.

Par ailleurs, il apparaît important de dire à quoi font référence, dans le cadre de cette étude, les termes « culture » et « communautés culturelles ». Comme le mentionne Doutreloux (1995), la notion de « culture » évoque des représentations fort diverses et, tout comme les notions de « santé » ou de « vie », n'est pas facile à conceptualiser. Le même auteur décrit la culture comme une manière, chez le groupe et ses membres, « de construire dans l'imaginaire toute réalité les concernant à partir de l'expérience historique concrète et en mettant en relation tous les niveaux de réalité constituant cette expérience dans leurs contextes propres » (Doutreloux, 1995 : 245). Dans le cadre de la présente étude, cette définition a l'avantage de permettre de faire le lien d'une part avec le modèle systémique utilisé (les différents « niveaux de réalité ») et, d'autre part, avec l'expérience historique, concept qui couvre à la fois le contexte historico-social du pays d'origine et le vécu pré-migratoire de l'immigrant.

Doutreloux souligne également avec justesse l'hétérogénéité qui peut exister à l'intérieur d'une même société ou d'une même « culture » selon que l'on vit en milieu rural ou urbain, ou en fonction de divers facteurs tels que le niveau d'instruction, la profession, le niveau socioéconomique, et ainsi de suite. L'auteur poursuit en mentionnant que ces sous-ensembles « partagent une bonne part de leurs systèmes culturels avec leurs homologues par delà toutes les frontières mais se caractérisent encore vis-à-vis de ces homologues par des construits culturels propres, cette fois, aux ensembles historiques dans lesquels ils s'insèrent toujours. [...] Ainsi un Haïtien ou un Égyptien urbanisé et universitaire participe-t-il plus de la culture et de certaine identité de son collègue montréalais que le « concitoyen » gaspésien de ce dernier. Mais en même temps chacun continue d'être urbain, universitaire comme Haïtien, Égyptien, Québécois avec d'autres ensembles de « chez lui », « chez

lui » tantôt étroitement circonscrit, tantôt de plus en plus large selon les contextes et leurs complexifications de la réalité » (Doutreloux, 1995 : 249).

On le voit, tout n'est pas si simple. Comment alors peut-on parler de « communautés culturelles », dans un contexte comme celui de la présente étude où, en plus, on regroupe sous un même chapeau des personnes en provenance de divers pays, ne serait-ce parfois que parce qu'elles partagent la même langue? En fait, on a recours à ce terme parce qu'au Québec, il est sanctionné par l'usage, en particulier dans les milieux gouvernementaux. Dans ce contexte, on entend généralement par « communauté culturelle » un regroupement de personnes d'origine autre que française, anglaise ou autochtone qui se reconnaissent des traits culturels communs et, en particulier, qui conservent certaines des caractéristiques du pays d'origine — sur le plan de la langue, de la religion ou des valeurs, par exemple — et ce, souvent même après plusieurs générations au Québec.

Un dernier concept reste à éclaircir, soit celui du statut des immigrants. En pratique, les immigrants sont admis au Québec sous trois catégories administratives (MCCI, 1989) : la catégorie « famille », celle des « réfugiés » et celle des « indépendants ». La catégorie du requérant principal du visa est donnée à l'ensemble du groupe qui migre avec lui, usuellement son conjoint et leurs enfants. Les immigrants de la catégorie « indépendants » sont soumis à un processus de sélection basé sur un système de pointage évaluant diverses caractéristiques, parmi lesquelles figurent l'âge, l'état de santé, l'instruction, l'emploi projeté et l'expérience professionnelle. Il faut noter que la catégorie « indépendants » comprend la catégorie des « gens d'affaires » et celle des « parents aidés ». La catégorie « famille » concerne les parents proches — comme les conjoints, les enfants à charge, les parents (âgés de 60 ans et plus) et les grands-parents — qui sont parrainés par un résident canadien. Il s'agit en quelque sorte d'une seconde vague migratoire. La catégorie « réfugiés et personnes en détresse » comprend les réfugiés au sens de la Convention de Genève sur le statut des réfugiés, les personnes

définies collectivement, par règlement, comme personnes en situation de détresse et les personnes qui sont dans une situation de détresse telle qu'elles méritent une considération humanitaire. Ce statut peut être acquis à l'étranger, avant l'arrivée au Canada. Il s'agit la plupart du temps de personnes qui ont été sélectionnées dans des camps de réfugiés. Il existe une autre façon, plus incertaine, d'obtenir ce statut : il s'agit des demandeurs d'asile qui réussissent à être régularisés. La présente étude rejoint des immigrants reçus de chacun des statuts (famille, réfugié ou indépendant), et exclut les demandeurs d'asile en attente de statut.

Structure du rapport

Un premier chapitre porte sur les aspects méthodologiques de l'étude. Plus spécifiquement, ce chapitre traite de la procédure de collecte de l'information ainsi que du traitement des données (validation, pondération et méthodes d'analyse), et enfin, des normes de présentation des résultats. Dans un deuxième chapitre, on s'intéresse à la description de la population et des familles. Tous les autres chapitres présentent des résultats.

Comme dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la structure du rapport tient compte de l'approche systémique qui a été adoptée. Les premiers chapitres présentent donc des caractéristiques de l'individu, soit d'abord les habitudes de vie et comportements préventifs (chapitres 3 à 7), puis l'état de santé (chapitres 8 à 11), le recours aux services (chapitres 12 et 13) et la consommation de médicaments (chapitre 14).

On s'intéresse ensuite au réseau d'appartenance, avec les chapitres 15 (environnement de soutien) et 16 (conditions socioéconomiques et milieu de travail), puis aux normes, valeurs et idéologies dans le chapitre 17, qui explore les liens entre la religion et la spiritualité et l'état de santé et de bien-être.

Enfin, une conclusion générale fait ressortir les éléments les plus marquants de ces chapitres, et propose quelques éléments de réflexion.

Le présent document constitue le rapport général de *l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Une cinquantaine de personnes, statisticiens et chercheurs, y ont collaboré. Un cahier technique (et guide de l'utilisateur) facilitera le travail des chercheurs intéressés à exploiter le fichier des données pour diverses analyses plus poussées.

Bibliographie

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systématique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

COUSINEAU, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?*, Montréal, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.

DOUTRELOUX, A. (1995). « Culture et complexité ou du bon usage de la culture » dans TRUDEL, F., P. CHAREST et Y. BRETON (éds.). *La construction de l'anthropologie québécoise : mélanges offerts à Marc-Adélaïde Tremblay*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 243-252.

MINISTÈRE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (MCCI) (1989). *Consultation sur les niveaux d'immigration : le cadre administratif et les aspects légaux et réglementaires de l'immigration au Québec*, Montréal, Direction des communications, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles : orientations et plan d'action 1994-1997*, rédigé par I. Iasenza, Bureau des services aux communautés culturelles, gouvernement du Québec, 68 p.

Chapitre 1

Méthodologie

Rébecca Tremblay

Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales
Institut de la statistique du Québec

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Ce premier chapitre vise à présenter, de façon succincte, les divers aspects méthodologiques de *l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Dans un premier temps, les procédures de collecte de l'information y sont abordées par une description des instruments de collecte des données, du prétest, du plan de sondage et de la taille de l'échantillon utilisés, de la collecte des données, ainsi que de l'admissibilité et de la non-réponse à l'étude. La section suivante porte sur le traitement des données et discute de leur validation, pondération et méthode d'analyse. Finalement, on décrit les normes de présentation des résultats et on conclut en exposant la portée de l'étude et certaines limites inhérentes à cette dernière.

Les lecteurs intéressés à avoir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'étude sont invités à consulter le cahier technique (à paraître). Par ailleurs, les divers chapitres du présent rapport décrivent plus particulièrement les aspects méthodologiques propres aux indicateurs et aux analyses traités dans leur chapitre.

1.1 Procédures de collecte

1.1.1 Instruments de collecte des données

L'Étude auprès des communautés culturelles a utilisé des instruments de collecte relativement similaires à ceux des enquêtes sociales et de santé de 1987,

de 1992-1993 et de 1998, soit : 1) une fiche d'identification portant sur l'ensemble du ménage, 2) un questionnaire administré par un interviewer (QRI) à un informateur clé dans le ménage et portant également sur l'ensemble du ménage, et 3) un questionnaire individuel autoadministré (QAA) qui s'adresse à chacune des personnes de 15 ans et plus dans le ménage. Ces instruments ont toutefois été adaptés à la population visée par l'étude.

Pour ce faire, on a pu compter sur la collaboration d'experts de la recherche auprès de communautés culturelles pour prendre connaissance de leur expérience du milieu et de leur vision des problèmes qu'ils percevaient comme spécifiques ou plus fréquents dans ces communautés; leurs commentaires ont été fort utiles dans l'élaboration des instruments. On a aussi procédé, au préalable, avec l'aide d'assistants coordonnateurs et d'assistantes coordonnatrices à l'emploi de Santé Québec et appartenant à chacun des groupes visés, à deux étapes qualitatives.

Dans un premier temps, on a réalisé des entrevues exploratoires de groupe avec des immigrants récents et des immigrants de plus longue date, appartenant à chacune des quatre populations visées par l'étude, telles que définies à la section 1.1.3. Au total, douze entrevues ont été réalisées, soit trois entrevues pour chacune des communautés visées :

1. Une entrevue avec dix hommes, immigrants récents;
2. Une entrevue avec dix femmes, immigrantes récentes;
3. Une entrevue avec cinq hommes et cinq femmes, immigrants et immigrantes de plus longue date

Ces entrevues ont permis d'explorer divers concepts, parmi lesquels on retrouve la perception de la santé et de la maladie, le processus thérapeutique et la perception des problèmes sociaux, et de dégager certaines pistes pour l'étape quantitative, notamment en ce qui concernait l'approche à adopter, les sujets spécifiques aux immigrants à aborder et ceux à éviter. Des rapports synthèses ont ensuite été produits, sous forme de monographies, pour chacune des communautés.

Dans un deuxième temps, dix entrevues individuelles à domicile ont été réalisées auprès de personnes de chacun des groupes visés, soit quarante entrevues au total, cette fois en tenant compte du ménage auquel appartenait la personne interviewée : nombre de personnes dans le ménage, type de famille, problèmes sociaux ou de santé rencontrés, recours aux services, etc. Cette étape, au cours de laquelle on a porté une attention particulière au vocabulaire employé, aux demandes de clarification et à l'ambiguïté dans l'emploi de certains termes, a permis de raffiner la démarche et les instruments pour la phase quantitative.

Les instruments, élaborés en français, ont ensuite été traduits dans les autres langues d'entrevue prévues pour l'étude, soit l'anglais, le chinois, le créole, l'arabe et l'espagnol, puis retraduits en français par des traducteurs indépendants. Lorsqu'on rencontrait des divergences de sens, les assistants coordonnateurs et assistantes coordonnatrices en discutaient avec les traducteurs, jusqu'à ce qu'on arrive à une traduction qui soit la plus fidèle possible à la version initiale en français.

Enfin, quatre nouvelles entrevues de groupe ont eu lieu, soit une pour chacune des communautés visées,

au cours desquelles les participants ont eu à répondre aux questionnaires dans leur langue respective et à commenter la formulation des questions. Cette fois, les entrevues ont été réalisées par le Groupe Léger et Léger inc.¹, qui a été mandaté pour faire la collecte des données, et ont permis d'apporter de nouvelles modifications visant à améliorer et à raffiner davantage les instruments.

1.1.2 Prétest

Quatre coordonnatrices de terrain, appartenant à chacun des groupes visés par l'étude, ont été engagées par Léger et Léger inc. Outre le fait d'avoir une bonne connaissance de la communauté qu'elles devaient représenter, elles devaient parler et lire couramment la langue vernaculaire. Le prétest final des instruments leur a été confié après qu'elles aient suivi une formation intensive d'une durée de cinq jours, assumée de façon conjointe par la firme et l'ISQ, qui portait tant sur les objectifs de l'étude, ses modalités, ses instruments et les techniques d'entrevue que sur leurs tâches de coordination. À la suite de ce prétest, on a apporté les modifications finales aux instruments.

1.1.3 Plan de sondage et taille de l'échantillon

L'Étude auprès des communautés culturelles vise la population des communautés culturelles de 18 ans et plus et leurs enfants mineurs résidant dans les régions de Montréal-Centre, de Laval ou de la Montérégie, ayant immigré entre 1988 et 1997 et appartenant à l'un des quatre groupes de pays de naissance suivants : 1) Chine, Hong Kong, Taïwan, Macao; 2) Haïti; 3) pays arabophones d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient; 4) pays hispanophones des Amériques. Des renseignements sur le choix de ces quatre groupes ont été précédemment donnés dans l'introduction générale. Lors de la préparation de l'étude, la base de sondage indiquait que la population de 18 ans et plus de ces groupes de pays de naissance couvrait 55,6 % de la population immigrante de 18 ans et plus de 1986-1992.

1. Devenu depuis Léger Marketing inc.

Un échantillon de 3 000 ménages appartenant à cette population a été tiré de façon aléatoire à partir des fichiers du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et leur adresse la plus récente a été obtenue par l'intermédiaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Un ménage pouvait faire partie de l'échantillon à plus d'une reprise, étant donné que la base de sondage était en fait constituée d'individus, considérés points de contact avec les ménages. Il pouvait ainsi arriver que deux individus ou plus soient un point de contact pour le même ménage, ce qui est arrivé à seulement cinq reprises.

Avant de procéder à la sélection de l'échantillon, la population de 18 ans et plus a été découpée en vingt-quatre parties, appelées strates, formées par le croisement de trois variables : la région d'origine (Chine, Haïti, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones), la période d'immigration (1988-1992, 1993-1997) et la catégorie d'immigrants (indépendant, famille, réfugié). L'échantillon a été tiré aléatoirement à partir de chacune des strates, comme présenté au

tableau 1.1, et les données sur l'ensemble du ménage ont été recueillies. Le plan de sondage est donc stratifié par grappes où une grappe représente un ménage. Ce type de plan entraîne une concentration de l'échantillon au niveau du ménage conduisant à une perte de précision par rapport à un plan aléatoire simple mais produisant un échantillon de plus grande taille pour un coût comparable de collecte.

L'échantillon des 3 000 ménages, dont 750 par communauté, est réparti de façon non proportionnelle à la population selon le groupe de pays de naissance afin de réaliser l'objectif d'analyse par région d'origine (tableau 1.2). Cela entraîne toutefois une perte de précision des statistiques sur l'ensemble de ces groupes par rapport à un plan aléatoire simple.

Tableau 1.1

Répartition de l'échantillon selon la région d'origine, la période d'immigration et la catégorie d'immigrants, communautés culturelles 1998-1999

	Période	Catégorie d'immigrants			Total
		Indépendant	Famille	Réfugié	
Chine	1988-1992	329	81	10	420
	1993-1997	202	118	10	330
Haïti	1988-1992	47	340	23	410
	1993-1997	17	279	44	340
Maghreb et Moyen-Orient	1988-1992	321	81	58	460
	1993-1997	150	100	40	290
Pays hispanophones	1988-1992	95	119	241	455
	1993-1997	47	141	107	295
<i>Total</i>	<i>1988-1992</i>	<i>792</i>	<i>621</i>	<i>332</i>	<i>1 745</i>
<i>Total</i>	<i>1993-1997</i>	<i>416</i>	<i>638</i>	<i>201</i>	<i>1 255</i>
Total	1988-1997	1 208	1 259	533	3 000

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 1.2

Distribution de la population et de l'échantillon selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Population	Échantillon
	%	
Chine	14,2	25,0
Haiti	14,7	25,0
Maghreb et Moyen-Orient	49,1	25,0
Pays hispanophones	22,0	25,0
Total	100,0	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Pour chaque communauté, la répartition de l'échantillon est proportionnelle à la racine carrée de la répartition de sa population selon la période d'immigration. Cela a pour effet d'améliorer la précision des statistiques calculées sur la période d'immigration 1993-1997 tout en conservant une bonne précision sur les statistiques calculées sur les deux périodes ensemble, et ce, toujours en comparaison avec une répartition proportionnelle de l'échantillon. Finalement, pour chaque communauté et période d'immigration, l'échantillon est réparti de façon proportionnelle à la population selon la catégorie d'immigrants.

1.1.4 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de novembre 1998 à la fin août 1999 mais devait se terminer beaucoup plus tôt. Plusieurs problèmes sont apparus en cours de collecte et le taux de réponse (voir la section « portée et limites des données ») était très faible. Il a donc été décidé, lors d'une rencontre avec le comité scientifique de Santé Québec qui a eu lieu en mars 1999, de modifier la méthodologie et de poursuivre la collecte avec une seconde équipe d'interviewers.

À l'origine, cette collecte a été confiée à des interviewers appartenant à chacune des communautés, supervisés par les quatre coordonnatrices qui ont effectué le prétest. Le recrutement de trente-deux interviewers, au nombre de huit pour chaque communauté, a été effectué avec l'aide des

coordonnatrices, qui ont d'ailleurs assuré leur formation. Cette dernière, d'une durée de cinq jours, se déroulait concurremment en chinois (cantonais ou mandarin), en créole, en arabe et en espagnol, suivant les modalités indiquées dans le cahier de formation préparé par Santé Québec, le BSQ et la firme. Ce cahier étant rédigé en français, on s'était assuré au préalable que chaque interviewer pouvait au moins lire le français. Le directeur de terrain du Groupe Léger et Léger inc. et la coordonnatrice de l'étude assuraient une présence constante lors de la semaine de formation afin de répondre, le cas échéant, aux questions soulevées par les coordonnatrices ou les interviewers. Il était cependant difficile de contrôler la qualité de la formation donnée à ces interviewers en raison des langues de transmission qui ont été utilisées.

Les difficultés survenues en cours de collecte proviennent, d'une part, du fait que les interviewers étaient généralement jeunes et inexpérimentés et qu'ils avaient sans doute sous-estimé les difficultés de leur tâche, et, d'autre part, que les personnes rencontrées pouvaient hésiter à se confier, pour des raisons variables selon les cultures (par exemple, le jeune âge de l'interviewer ou la crainte d'un bris de confidentialité). Combiné à ces problèmes, le faible taux de réponse en cours de collecte a conduit à la décision d'embaucher des interviewers chevronnés, qui venaient de terminer leur affectation à l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ces nouveaux interviewers ont pris la relève de la première équipe, accompagnés au besoin par des interprètes, après avoir suivi au préalable la même formation intensive de cinq jours.

Dans chaque ménage échantillonné, une entrevue était effectuée auprès d'un informateur clé, âgé de 18 ans ou plus, appartenant au groupe visé par l'étude. Il s'agissait, dans la mesure du possible, de la personne la mieux informée sur l'état de santé des membres du ménage et sur leur consommation de soins et de médicaments. Cette personne devait répondre au QRI pour chacun des membres du ménage et pour elle-même. Lorsque personne n'était présent lors de la première visite, l'interviewer devait

effectuer jusqu'à six tentatives pour établir le contact, en variant l'heure et le jour de ces tentatives.

Lorsque le QRI était rempli, l'informateur clé devait également remplir un QAA, après quoi l'interviewer lui remettait une compensation monétaire de 15 \$. Les autres personnes de 15 ans et plus dans le ménage étaient également invitées à remplir un QAA, qu'elles pouvaient immédiatement remettre à l'interviewer dans une enveloppe scellée ou expédier plus tard à la firme dans une enveloppe préaffranchie.

La première équipe d'interviewers acheminait les QRI aux coordonnatrices, qui en assuraient la vérification avant de les transmettre à la firme tandis que la seconde équipe transmettait les QRI directement à la firme, qui en assurait alors la vérification. Quant aux QAA recueillis sur place par les interviewers, ils étaient acheminés par messagerie à la firme de sondage.

1.1.5 Admissibilité et non-réponse

La taille de l'échantillon de l'*Étude auprès des communautés culturelles* est constituée du nombre total de ménages sélectionnés pour l'étude, à partir desquels la collecte des données s'effectue. Toutefois, lors de la collecte, certains des ménages échantillonnés s'avèrent inadmissibles à l'étude selon des critères déterminés *a priori* portant sur l'individu servant de point de contact du ménage, tandis que d'autres ne répondent pas à l'étude. Il y a également une partie des ménages échantillonnés dont l'admissibilité est incertaine et qui nécessitent ainsi une attention particulière.

▪ Admissibilité à l'étude

Il y a 3 000 ménages qui ont été sélectionnés pour participer à l'étude et certains ménages se sont avérés inadmissibles à cette dernière, de façon définitive ou potentielle (tableau 1.3). Les 211 ménages déclarés définitivement non admissibles le sont d'après les critères fixés avant la collecte tandis que les 1 018 ménages jugés potentiellement admissibles ont été soumis à une étude approfondie de leur

admissibilité d'après leur individu servant de point de contact, et ce, à l'aide des données de l'*Étude auprès des communautés culturelles* et de données provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui portaient sur l'admissibilité de ces individus au régime d'assurance maladie et sur leurs consultations médicales. Deux recommandations ont alors été faites pour traiter ces ménages potentiellement admissibles. La première a été d'estimer à 57,4 % la proportion de ménages inadmissibles à l'étude parmi ceux ayant déménagé on ne sait où (mauvaise adresse), sans toutefois pouvoir clairement les identifier. La seconde recommandation a été d'exclure des ménages admissibles ceux pour lesquels aucune adresse n'était disponible (aucune adresse). Cela conduit ainsi à une estimation de 638 ménages inadmissibles supplémentaires². Les 849 ménages estimés inadmissibles sont donc composés en grande partie de ménages ayant une mauvaise adresse (60 %), n'ayant aucune adresse (15 %) ou n'habitant plus la région couverte (15 %).

Ainsi, il y a 2 151 ménages qui sont estimés admissibles au QRI. Ils représentent la population visée qui est évaluée approximativement à 107 444 individus (tableau 1.4). Cette estimation provient de l'ajustement à l'admissibilité de la population de la base de sondage. Par la suite, on estime à 3 019 personnes de 15 ans et plus le nombre d'individus admissibles au QAA, correspondant à une population visée de 71 982 individus âgés de 15 ans et plus. Les estimations de population sont données à titre indicatif seulement car la population à l'étude est fort mobile et la qualité des estimations présentées est variable selon la communauté en raison de l'ajustement pour l'inadmissibilité.

2. Voir l'« Étude de l'admissibilité à l'enquête » de Plante, Courtemanche et Tremblay (document interne à la DMDES de l'ISQ). Le cahier technique de l'étude (à paraître) donnera également de plus amples détails.

Tableau 1.3

Répartition des ménages échantillonnés selon les résultats de la collecte pour le QRI, communautés culturelles 1998-1999

	Résultats observés			Résultats pondérés	
	Nombre de ménages	non pondéré %	Estimation de ménage admissibles n		
				n	%
Ménages définitivement non admissibles					
Pays non couvert ou aucun nom <i>a priori</i>	58	1,9	...	...	...
N'habite plus la région couverte	129	4,3	...	...	...
Non originaire de l'un des pays couverts ou a immigré au Québec avant 1988	24	0,8	...	...	...
<i>Sous-total</i>	<i>211</i>	<i>7,0</i>	...	...	...
Ménages potentiellement admissibles					
Mauvaise adresse	892	29,7	380		17,8
Aucune adresse	126	4,2	0		0,0
<i>Sous-total</i>	<i>1 018</i>	<i>33,9</i>	<i>380</i>		<i>17,8</i>
Ménages définitivement admissibles					
Entrevue complétée	1 161	38,7	1 161		53,6
Refus	449	15,0	449		21,0
Impossibilité de répondre	161	5,4	161		7,6
<i>Sous-total</i>	<i>1 771</i>	<i>59,0</i>	<i>1 771</i>		<i>82,2</i>
Total	3 000	100,0	2 151		100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Non-réponse totale

Parmi les 2 151 ménages estimés admissibles à l'étude, 1 161 ménages ont répondu au QRI. Les principales raisons de non-réponse au QRI sont le refus du ménage et l'obtention d'une mauvaise adresse (45 % et 38 % des non-répondants) (tableau 1.3). Les ménages répondants au QRI abritent au total 4 162 personnes visées par l'étude, dont 3 019 personnes de 15 ans et plus qui étaient admissibles au QAA; seulement 1 871 personnes ont rempli ce second questionnaire (tableau 1.4).

Le taux de réponse à un instrument de collecte est défini comme étant le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles à cet instrument. Dans la présente étude, comme toutes les unités n'ont pas la même probabilité d'être choisies, il est préférable de considérer un taux de réponse établi sur la base des données pondérées par l'inverse de cette probabilité. Ce taux pondéré est ainsi comparable à tout autre taux de réponse pondéré d'une enquête sur la même population, indépendamment de la répartition de l'échantillon.

Tableau 1.4

Nombre de répondants pour le QRI et pour le QAA selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Population estimée admissible au QRI	Nombre de répondants au QRI	Population estimée admissible au QAA	Nombre de répondants au QAA
Chine	12 606	950	10 012	543
Haiti	17 666	1 068	10 896	379
Maghreb et Moyen-Orient	50 024	960	34 017	405
Pays hispanophones	27 148	1 184	17 057	544
Total	107 444	4 162	71 982	1 871

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Pour le QRI, le taux de réponse pondéré est établi sur la base des ménages échantillonnés admissibles et s'élève à 53,6 %. Les personnes de 15 ans et plus ont ensuite répondu au QAA dans une proportion de 63,5 %, cette proportion étant établie sur la base des données pondérées. Cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et il se définit par le produit du taux de réponse au QRI et de cette proportion (63,5 %). Le taux de réponse au QAA ainsi calculé est de 34,0 % (tableau 1.5). Par ailleurs, la proportion pondérée de répondants au QAA parmi les individus admissibles et le taux de réponse pondéré au QRI varient selon la communauté.

Tableau 1.5

Proportion pondérée de répondants et taux de réponse pondéré aux questionnaires selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Proportion pondérée de répondants ¹ %	Taux de réponse pondéré
QRI	...	53,6
Chine	...	47,6
Haiti	...	56,2
Maghreb et Moyen-Orient	...	52,0
Pays hispanophones	...	58,8
QAA	63,5	34,0
Chine	70,9	33,7
Haiti	56,2	31,6
Maghreb et Moyen-Orient	60,1	31,3
Pays hispanophones	70,7	41,6

1. Parmi les individus admissibles et ayant répondu au QRI.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Il existe également d'autres sources de variabilité du taux de réponse au QRI et de la proportion pondérée de répondants au QAA par rapport aux personnes admissibles; ces sources peuvent être différentes, ou encore avoir moins d'importance, selon la communauté étudiée. Par exemple, l'âge est une source de variabilité particulièrement importante pour le QRI chez les immigrants récents d'origine chinoise : le taux de réponse à ce questionnaire est moins grand

pour les ménages dont la personne échantillonnée est âgée de 65 ans et plus (données non présentées). Toutefois, dans la population originaire du Maghreb ou du Moyen-Orient, c'est le statut d'immigration qui est associé au taux de réponse au QRI : les ménages dont l'individu échantillonné a un statut d'immigrant indépendant sont davantage représentés parmi les non-répondants (données non présentées). En ce qui concerne le QAA, le répondant principal de chaque ménage a répondu en plus grande proportion que les autres répondants du ménage, et ce, pour l'ensemble des communautés de même que pour chacune d'elles (données non présentées). Certains ajustements sont faits pour minimiser l'effet potentiellement néfaste de la non-réponse totale sur les estimations produites (voir la section 1.2.2).

▪ Non-réponse partielle

En plus de la non-réponse totale, il faut que les estimations tiennent compte de la non-réponse à chacune des questions, soit la non-réponse partielle. L'ampleur de ce phénomène est mesurée par le taux de non-réponse partielle, qui est défini comme étant le rapport entre le nombre pondéré de non-répondants à une question donnée et le nombre pondéré de personnes devant y répondre. Les taux de non-réponse partielle au QRI sont généralement faibles étant donné la présence de l'interviewer, mais ils sont plus importants au QAA. Toutefois, les estimations produites dans cette étude ne comportent pas de correction pour la non-réponse partielle.

Puisqu'il arrive que la non-réponse partielle à certaines questions atteigne des seuils critiques, on a effectué une analyse des caractéristiques des non-répondants lorsque le taux de non-réponse partielle était supérieur à 10 %. Les non-répondants, par exemple, peuvent être caractérisés par leur communauté, leur classe d'âge, leur sexe ou leur statut d'activité au cours d'une période de 12 mois. La section « Aspects méthodologiques » de chaque chapitre présente les taux de non-réponse partielle des variables principales lorsqu'ils sont supérieurs à 10 %, les caractéristiques des non-répondants et leur effet éventuel sur les résultats.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation

Avant toute codification, une première vérification de logique du questionnaire a été effectuée par le Groupe Léger et Léger inc., et ce, pour chacun des instruments (fiche d'identification, QRI et QAA). Parallèlement à cette vérification, la firme effectuait un contrôle du travail de chacun des interviewers par la réadministration téléphonique, auprès de 10 % des informateurs clés des ménages sélectionnés au hasard, d'une partie du QRI, afin de vérifier la qualité de l'entrevue et la fiabilité des renseignements recueillis. En ce qui concerne les QAA, on vérifiait également la qualité de l'autocodage avant qu'ils soient acheminés à la saisie.

Pour ce qui est de la codification des questions ouvertes du QRI, la firme a eu recours à des codeurs spécialisés, les mêmes types de codeurs que dans le cas de *l'Enquête sociale et de santé 1998* : pharmaciens pour la codification des médicaments, archivistes médicaux pour les problèmes de santé et codeurs d'expérience pour les professions et secteurs d'activité.

Chacun des instruments a fait l'objet d'une double saisie informatique. Les fichiers des trois instruments ont ensuite été acheminés à l'ISQ qui a effectué diverses vérifications portant sur la gestion de l'échantillon et de la collecte telles que la concordance entre la liste des ménages fournie par la firme et l'échantillon initial, la vérification des codes d'inadmissibilité ou de non-réponse pour les ménages ou les individus, etc. On a également contrôlé le travail de validation effectué par la firme. Enfin, l'ISQ a procédé à des validations sur la cohérence des données, par le biais d'une série de croisements complexes entre les questions, ainsi qu'à une validation interinstruments.

1.2.2 Pondération

Les données obtenues ont été ensuite pondérées. Cela consiste à attribuer à chaque répondant un

poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Pour chaque instrument de collecte de l'étude, on attribue donc à chaque répondant des facteurs de pondération différents pour le QRI et pour le QAA.

Le calcul du poids du répondant à un questionnaire tient compte de deux éléments : la probabilité de sélection et la non-réponse totale. La pondération est établie de façon consécutive : on définit d'abord la pondération pour le QRI, puis celle pour le QAA.

La pondération pour le QRI tient compte de la probabilité de sélection et de la non-réponse totale au QRI, intégrées en une seule étape appelée probabilité de sélection et de réponse. Dans les enquêtes usuelles, ces deux étapes se suivent habituellement dans l'établissement de la pondération. La particularité de cette étude vient du fait que le ménage est indirectement échantillonné par la sélection d'un point de contact du ménage, qui est l'une ou l'autre des personnes visées du ménage, et que l'information contenue dans la base de sondage porte sur ces points de contact, et non sur les ménages. La pondération ménage est déterminée par l'inverse de la probabilité de sélection et de réponse du ménage, qui est une fonction des probabilités de sélection et de réponse de chaque individu du ménage de même que de leurs probabilités conjointes de sélection et de réponse. On attribue ensuite la pondération ménage à chaque individu visé du ménage, leur fixant ainsi une pondération individuelle pour cet instrument.

L'utilisation de la probabilité de sélection permet de considérer la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la distribution de la population (tableau 1.2). Ainsi, les unités appartenant à des strates sous-représentées ont des poids initiaux plus élevés que celles provenant de strates surreprésentées. La variable « période d'immigration », nécessaire au calcul de la probabilité de sélection des individus mais non fournie pour tous dans la base de sondage (seulement pour les individus points de contact) ni par les questionnaires de l'étude, a dû être imputée pour ce faire. Il est

important de noter que cette variable n'est pas nécessairement équivalente à la variable « période d'établissement », de par leur définition et leurs valeurs respectives; la période d'établissement peut être construite à partir de l'année d'établissement demandée dans le QRI.

L'ajustement pour la non-réponse totale permet de minimiser les biais dans les estimations, qui sont causés par une représentation inadéquate de la population lorsque les non-répondants ont des caractéristiques différentes de celles des répondants. Les résultats de la collecte sur les ménages échantillonnés ont permis d'analyser la non-réponse totale au QRI à l'aide de modèles de régression logistique. Les classes formées par le croisement de variables explicatives au seuil de 5 % et les taux de réponse ainsi obtenus de ces modèles ont permis de fixer une probabilité de réponse à chaque individu.

La pondération pour le QAA se base sur la pondération pour le QRI. Ces poids sont corrigés pour la non-réponse totale au QAA grâce à des classes d'ajustement définies à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de réponse. Pour ce faire, on a employé l'algorithme CHAID (Chi-Square Automatic Interaction Detection/ détection automatique d'interactions du khi carré) mis au point par Kass (1980). Les variables expliquant le mieux la réponse de chaque communauté pouvant différer, la construction des classes d'ajustement pour la non-réponse totale au QAA a été faite séparément pour ces quatre populations. La correction consiste à multiplier le poids du QRI par l'inverse de la proportion pondérée de répondants au QAA parmi les individus admissibles, observée au sein de chaque classe d'ajustement créée. Les variables telles que le type de répondant (informateur clé ou non), si c'est la personne échantillonnée (point de contact du ménage) ou non, la classe d'âge, le sexe, la catégorie d'immigrants et la période d'immigration ont été liées au fait de répondre ou non dans l'une ou l'autre des communautés. Finalement, les poids sont ajustés à l'estimation de la population adulte visée selon la communauté, l'âge et le sexe, à l'aide d'un simple

facteur d'ajustement comme multiplicateur pour les poids de tous les répondants appartenant à un même groupe d'âge et de sexe à l'intérieur d'une communauté donnée. L'ajustement selon le sexe n'a cependant pas été fait chez les 65 ans et plus en raison des petits effectifs.

À toutes les étapes de pondération, des précautions ont été prises relativement aux poids extrêmes afin de ramener le plus possible les valeurs jugées aberrantes ou extrêmes à l'intérieur de limites raisonnables.

1.2.3 Méthodes d'analyse

À l'instar de plusieurs enquêtes de santé, la présente étude a sollicité la participation de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé, des services sociaux et des universités. On a mis sur pied des groupes d'analyse, composés en général d'une à trois personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'étude. Ils ont proposé un plan d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces derniers ont été produits par l'ISQ et analysés par les groupes. Le tout a ensuite été vérifié par l'ISQ.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont descriptives et elles sont essentiellement univariées et bivariées. Cette orientation a été retenue pour que les analyses demeurent simples et plus facilement compréhensibles tout en espérant de rendre les résultats accessibles dans des délais raisonnables aux planificateurs, aux décideurs et aux chercheurs. Quelques analyses multivariées ont aussi été réalisées. L'ensemble des analyses de ce rapport portent principalement sur des variables catégoriques quoique certaines variables continues ont également été étudiées. Par ailleurs, le recours aux données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

Dans la majorité des enquêtes statistiques, les estimations produites comportent des erreurs d'échantillonnage, c'est-à-dire qu'elles sont dues au fait que seulement une partie de la population visée

est interrogée. La complexité du plan de sondage utilisé pour produire l'échantillon de *l'Étude auprès des communautés culturelles* influence grandement la précision des résultats; une mesure de la précision de chaque estimation est donc nécessaire à l'inférence, à l'analyse et à l'interprétation juste des résultats.

Le coefficient de variation permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Il a été calculé pour chaque estimation de proportion effectuée. Par ailleurs, une autre mesure de précision, l'effet de plan, renseigne sur la perte ou le gain de précision associés à une estimation attribuable au plan de sondage par rapport à la précision qui aurait été obtenue avec un échantillon aléatoire simple de même taille. Étant donné le très grand nombre d'estimations produites dans ce rapport, des effets de plan moyens ont été calculés sur des proportions pour quelques catégories de variables homogènes par rapport à la variance. De plus, puisque les estimations peuvent porter sur chaque communauté tout comme sur l'ensemble des communautés, ces effets de plan moyens ont été évalués pour chacune de ces populations.

En ce qui concerne le QRI, pour les estimations portant sur les personnes, quatre catégories de variables ont été nécessaires et les quatre effets de plan moyens correspondants ont été produits, par communauté et globalement. L'effet de plan moyen principal associé à la catégorie de variables regroupant la majorité des phénomènes étudiés s'élève à 2,0 pour l'ensemble des communautés. Cela signifie que les 4 162 répondants au QRI permettent d'établir des estimations ayant une précision équivalente à celle qu'un échantillon aléatoire simple de 2 081 personnes aurait fournie. Pour les estimations provenant du QAA et portant sur les personnes, seulement deux catégories de variables ont suffi et deux effets de plan moyens ont été déterminés par communauté et globalement. Pour la majorité des caractéristiques étudiées, un effet de plan moyen global de 2,1 est obtenu. Par ailleurs, des effets de plan spécifiques supplémentaires ont aussi

été calculés pour certains indices : 1) pour les estimations d'indices du QRI utilisant les ménages ou les médicaments comme unités d'analyse au lieu des individus, 2) lorsqu'un indice du QRI ou du QAA utilise dans sa construction des variables ayant des effets de plan différents (ex. : une variable avec l'effet de plan général et une variable avec un effet de plan particulier).

Des intervalles de confiance ont également servi à l'analyse des données. On les a calculés en tenant compte du plan de sondage de *l'Étude auprès des communautés culturelles*. Ces intervalles ne sont pas indiqués dans ce rapport, à l'exception de ceux calculés lors des analyses multivariées et de ceux pour les estimations de moyennes du chapitre 11; on leur a préféré le coefficient de variation pour indiquer la précision des estimations de proportions.

En ce qui a trait aux analyses bivariées, des tests globaux du khi carré ont été effectués, soit sur l'association de deux variables dans une population ou sous-population donnée, soit sur un contraste linéaire de paramètres. Lorsqu'un test global était significatif à un seuil de 5 %, on pouvait poursuivre en effectuant un test de comparaison de proportions ou de moyennes, également à un seuil de 5 %. Dans tous les cas, on a procédé à un ajustement du test usuel pour tenir compte de la complexité du plan de sondage³. Notez par ailleurs qu'aucun test global sur l'association d'une variable d'intérêt avec la communauté n'a été fait puisqu'il a été décidé de ne pas comparer les communautés entre elles en raison de leur hétérogénéité d'origines et de cultures. Tout au plus, on a comparé une communauté particulière avec les autres communautés prises ensemble.

Lorsque cela était pertinent, une analyse de régression multiple, logistique ou linéaire, a pu être entreprise de façon exploratoire; son but n'était cependant pas de modéliser parfaitement la variable dépendante d'intérêt. Ces régressions ont été réalisées en fonction des résultats provenant des

3. Le cahier technique de l'étude (à paraître) donnera de plus amples détails sur les tests utilisés et leurs corrections.

analyses bivariées : les associations observées avec la variable d'intérêt, en l'occurrence la variable dépendante du modèle, ont permis de choisir des variables indépendantes à conserver pour l'analyse en plus de certaines variables de contrôle. L'impact de la non-réponse partielle globale de chaque modèle n'a pas été étudié mais les taux de non-réponse partielle des variables en jeu ont été vérifiés afin de la contrôler le plus possible. Généralement, les modèles finaux sont constitués d'interactions doubles ou de variables significatives à un seuil de 5 % en plus de variables confondantes. Lorsqu'un test global sur un effet (variable ou interaction) était significatif à ce seuil, l'analyse pouvait alors se poursuivre par l'étude des coefficients de régression estimés. Pour la régression logistique, l'estimation de rapports de cotes a plutôt été privilégiée pour effectuer l'interprétation.

Afin d'effectuer les comparaisons de la population immigrante récente visée par l'*Étude auprès des communautés culturelles* avec la population du Québec en général, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000) ont été standardisées selon l'âge et le sexe. Sans cela, étant donné que cette population est notamment différente sur le plan de sa structure d'âge, la population du Québec en général étant plus âgée que la population immigrante visée (tableau 2.9, chapitre 2), aucune comparaison de statistiques portant sur l'ensemble de la population n'aurait été intéressante, ce qui aurait limité grandement les comparaisons⁴. La méthode de standardisation directe (Bogue, Arriaga et Anderton, 1993) a été privilégiée et la population de référence est la population immigrante visée. Plus précisément, cinq populations de référence sont disponibles pour les analyses, soit celle de l'ensemble des communautés culturelles ou encore celle d'une communauté en particulier lors d'une comparaison avec une seule d'entre elles (populations chinoise, haïtienne, arabophone ou hispanophone). Les tests de comparaison ont été effectués en tenant compte des plans de sondage complexes de ces enquêtes. Ils ont

tous été réalisés à un seuil de 5 %, sans toutefois être ajustés pour les comparaisons multiples.

1.3 Présentation des résultats

Cette section présente quelques indications générales s'appliquant à l'ensemble des résultats concernant notamment leur formulation générale et la présentation des estimations.

Toutes les estimations présentées dans les tableaux de ce rapport portent sur la population des communautés culturelles de 18 ans et plus et leurs enfants mineurs résidant dans les régions de Montréal-Centre, de Laval ou de la Montérégie, ayant immigré entre 1988 et 1997 et appartenant à l'un des quatre groupes de pays de naissance visés, sauf indication contraire. Ainsi, malgré que l'ensemble des personnes des ménages soient interrogées pour l'étude, seules les données des personnes visées sont employées pour effectuer les estimations des caractéristiques individuelles de la population visée, comme l'estimation de la proportion de buveurs actuels dans la population de 15 ans et plus. Les données des individus non visés des ménages ont été utilisées seulement dans le but de créer des variables portant sur le ménage.

Les statistiques fournies dans ce rapport sont établies à partir d'un échantillon et comportent donc des erreurs d'échantillonnage. La présentation des résultats en rend généralement compte en utilisant des expressions montrant qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes. Dans les tableaux, une mesure de précision, le coefficient de variation, a été calculée pour chaque proportion ou moyenne. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations dont le coefficient de variation est inférieur ou égal à 15 % sont présentées sans commentaire; celles dont le coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le coefficient de variation est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être

4. Dans ce cas, seules des comparaisons par groupe d'âge auraient été alors acceptables mais les petits effectifs pour certains groupes d'âge restreignaient les analyses.

utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Lorsque le coefficient de variation n'était pas employé, un intervalle de confiance à 95 % a plutôt été présenté.

L'interprétation des coefficients de régression est faite uniquement de façon qualitative. Les paramètres de régression linéaire et les rapports de cotes sont tout de même présentés dans les tableaux, accompagnés d'intervalles de confiance à 95 % comme mesure de précision. En aucun cas les rapports de cotes ne doivent être interprétés sous l'angle de rapport de prévalences (connu aussi sous l'appellation de risque relatif) car ce type d'interprétation n'est valable que lorsque la proportion à estimer représente un événement rare.

Les estimations présentées ont été arrondies à l'unité quand elles sont mentionnées dans le texte, et à une décimale dans les tableaux, à l'exception de celles inférieures à 10 % pour lesquelles une décimale a aussi été conservée dans le texte. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont mentionnés dans le texte. Il peut par ailleurs arriver que deux estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. Dans ce cas, le texte indique qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'étude ne permet pas de noter de différence entre ces estimations. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs au seuil de 5 % mais situés près de cette limite peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé; ils sont alors exprimés sous forme de « tendances ».

Lorsqu'un indicateur est « mesuré » sur une période de référence donnée, celle-ci est précisée dans les aspects méthodologiques du chapitre où l'indicateur est analysé. Par exemple, la question 18 du QRI est

énoncée comme suit : « Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un médecin généraliste? » La période de référence est les deux semaines précédentes. Cependant, puisque la collecte des données de *l'Étude auprès des communautés culturelles* a duré environ sept mois, les répondants ne renvoient pas tous aux mêmes deux semaines. Ainsi, les estimations n'ont pas été présentées en désignant les deux semaines ayant précédé l'étude mais plutôt en faisant état de résultats pour une période de deux semaines.

Les estimations standardisées portant sur la population québécoise peuvent être différentes de celles qui sont publiées dans le rapport de *l'Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000). En effet, les estimations standardisées québécoises dont il est question dans ce rapport ne renseignent pas exactement sur les caractéristiques de la population québécoise. Cependant, elles permettent une comparaison adéquate avec les données des communautés culturelles étudiées ici. Les estimations standardisées québécoises publiées dans ce rapport ont comme population de référence l'ensemble des communautés culturelles et ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés. Pour des fins d'analyse comparative, on a également calculé des estimations québécoises standardisées ayant comme population de référence chacune des communautés visées. Ces estimations ne sont pas incluses dans les tableaux; les résultats des analyses sur ces dernières peuvent cependant être mentionnés dans le texte.

1.4 Portée et limites de l'étude

Tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de *l'Étude auprès des communautés culturelles*. Plusieurs entrevues, de groupe de même qu'individuelles, ont été réalisées pour mettre cette étude sur pied et la raffiner à diverses étapes. Les instruments ont été élaborés à partir de ceux de l'ESS 1998, enquête bien rodée qui en était à sa troisième répétition, en prenant soin de les adapter aux expériences et aux problèmes plus spécifiques

aux populations immigrantes à l'étude grâce, entre autres, à la collaboration d'intervenants du milieu et d'assistants coordonnateurs et assistantes coordonnatrices qui appartiennent aux communautés visées. Ces instruments ont été par la suite traduits dans les diverses langues prévues pour l'étude dans le but de contrecarrer les barrières linguistiques possibles.

Paradoxalement, c'est lorsqu'on a confié le travail sur le terrain à des interviewers issus de chacune des communautés à l'étude qu'on a rencontré davantage de problèmes. Les taux de réponse demeuraient assez faibles à ce stade de la collecte des données et les interviewers et les coordonnatrices de terrain étaient découragés et démotivés; il a donc fallu compléter la collecte en ayant recours à des interviewers plus âgés et très expérimentés, assistés au besoin d'un interprète, plus particulièrement pour récupérer les refus. Cette nouvelle approche a permis d'obtenir des taux de réponse tout de même acceptables, considérant ceux habituellement obtenus dans des enquêtes portant sur cette population difficile à joindre et les difficultés éprouvées lors de la première partie de la collecte.

Du point de vue statistique, l'étude utilise un échantillon de taille relativement considérable permettant de décrire adéquatement l'ensemble de la population visée. Cependant, une fois ventilé par communauté, il limite parfois les analyses à l'intérieur de ces sous-groupes. Sur le plan de la réponse totale, la collecte a permis d'atteindre un taux de réponse au QRI de 53,6 % et une proportion de 63,5 % de répondants au QAA parmi les individus de 15 ans et plus répondants au QRI. Ainsi, quelque 1 200 ménages ont été interrogés, ce qui correspond à plus de 4 000 immigrants récents de tous âges pour les données provenant du QRI, et à environ 2 000 immigrants récents pour les données provenant du QAA. Par ailleurs, la présence de l'interviewer pour le QRI a permis d'éviter le plus possible la non-réponse partielle; cette dernière a été plus importante pour le QAA. La non-réponse partielle a cependant été examinée pour chaque variable étudiée dans le présent rapport, et les chapitres fournissent des

indications sur le sens des biais potentiels à considérer dans l'analyse.

Une attention particulière a été accordée aux procédures inférentielles utilisées dans *l'Étude auprès des communautés culturelles*. Premièrement, des pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte de façon à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée et à minimiser les biais potentiels associés à la non-réponse totale; ces pondérations sont utilisées dans les analyses des données de l'étude. Deuxièmement, toutes les mesures de précision ainsi que les tests ont été produits en prenant en considération la complexité du plan de sondage de l'étude.

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et des tests de même que pour minimiser les biais, il est impossible, comme dans toutes les enquêtes de population, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. De plus, les renseignements portant sur les membres du ménage qui sont recueillis dans le QRI peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne.

Une enquête transversale comme *l'Étude auprès des communautés culturelles* permet d'observer des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Cependant, ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien statistique de causalité entre les caractéristiques étudiées.

De plus, comme la plupart des analyses présentées dans ce rapport s'appuient sur des méthodes bivariées, la prudence est de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le contrôle de certains facteurs exogènes aurait été nécessaire et rendu possible par le recours à la standardisation ou à l'analyse multivariée. L'approche retenue a néanmoins

l'avantage de permettre une bonne description, fort utile en soi, qui constitue par ailleurs une excellente exploration des données recueillies en plus de suggérer des pistes de recherche ultérieure. Quelques analyses multivariées ont toutefois pu être réalisées aux chapitres 8 et 11. Ces analyses ne sont pas exhaustives mais elles apportent de l'information supplémentaire aux analyses bivariées habituelles.

Finalement, la comparabilité des données de l'*Étude auprès des communautés culturelles* avec les données québécoises de l'*Enquête sociale et de santé 1998* a nécessité une attention particulière. Plusieurs questions et indicateurs de cette dernière ont été repris dans la présente étude afin de pouvoir comparer les groupes culturels étudiés avec l'ensemble de la population québécoise dans le but de voir comment ils se situent dans leur nouveau contexte de vie. On a également pris soin de standardiser les données de l'enquête québécoise selon l'âge et le sexe d'après les cinq populations de référence possibles (population de l'ensemble des communautés, populations chinoise, haïtienne, arabophone et hispanophone) pour effectuer adéquatement les comparaisons désirées.

Bibliographie

CLARKSON, M., N. AUDET, R. TREMBLAY, R. COURTEMANCHE et autres (à paraître). *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999, Cahier technique*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

BOGUE, D. J., E. E. ARRIAGA et D. L. ANDERTON (1993). *Readings in population research methodology*, Chicago, Illinois, Social Development Center, vol. 1, pages multiples.

COX, B. G. et S. B. COHEN (1985). *Methodological Issues for Health Care Surveys*, New York, Marcel Dekker, 446 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 342 p.

KASS, G. V. (1980). « An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data », *Applied Statistics*, vol. 29, p. 119-127.

KORN, E. L., et B. I. GRAUBARD (1999). *Analysis of Health Surveys*, New York, John Wiley & Sons Inc., 382 p.

LEHTONEN, R., et E. J. PAHKINEN (1996). *Practical Methods for Design and Analysis of Complex Surveys*, Chichester, England, John Wiley & Sons, Ltd, 344 p.

LOHR, S. L. (1999). *Sampling: Design and Analysis*, Pacific Grove, California, Duxbury Press, 494 p.

Chapitre 2

Description de la population et des familles

Serge Chevalier

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Anne Quéniart

Département de sociologie
Université du Québec à Montréal

Introduction

Dans la population québécoise en général, les liens et associations entre les caractéristiques de la population et des familles et la santé, autant physique que mentale, ne sont plus à démontrer (Chevalier et Sauvageau, 2000; DSP de Montréal-Centre, 1998). La plupart des thèmes abordés dans le rapport feront l'objet d'analyses selon les variables décrites et analysées dans le présent chapitre. Dans un tel contexte, l'objectif ici visé est de familiariser le lecteur avec ces variables. Il importe aussi de mettre en lumière les relations qui existent entre les variables sociales et culturelles, celles qui font l'objet du présent chapitre, pour ainsi permettre au lecteur de faire des mises en contexte plus complètes dans les chapitres suivants.

Trois thèmes sont abordés : l'immigration, les considérations sociales et linguistiques (incluant l'âge et la scolarité) et la description des familles. Pour autant que les données le permettent, on a produit des analyses pour la population visée en entier et par communauté. Lorsque cela est possible, des comparaisons avec la population de l'ensemble du Québec sont présentées.

2.1 Aspects méthodologiques

2.1.1 Indicateurs

Pour les fins de ce chapitre, on a effectué des analyses à partir de variables générales relatives à l'immigration. Les analyses sont faites sur la base des

communautés ethniques, du pays spécifique d'origine, de la période d'arrivée ainsi que du statut d'immigrant de la personne. On utilise aussi les variables sociales et démographiques générales que sont le sexe et l'âge. Ensuite des analyses sont produites sur la base de variables socioculturelles, soit la langue d'usage à la maison, l'intégration linguistique ainsi que la conjugalité. Finalement, on traite de la scolarité.

Les variables relatives à l'immigration ont toutes, sauf une, été décrites au chapitre portant sur les considérations méthodologiques. Pour mémoire, on utilise un indicateur de la région d'origine; la population appartient à l'une ou l'autre des communautés chinoise, haïtienne, originaire du Maghreb ou du Moyen-Orient ou hispanophone des Amériques. On considère aussi le pays de naissance des personnes composant la population à l'étude. La population a été répartie selon la date d'arrivée : certains sont arrivés au Canada depuis moins de cinq ans, d'autres depuis cinq ans et plus et finalement, il y a ceux qui sont nés au Canada (soit des enfants ou d'autres personnes qui font partie du ménage). La population a aussi été subdivisée en deux catégories d'immigrants, les immigrants indépendants et les autres (réfugiés, étudiants, parrainés, etc.). La taille de l'échantillon ne permet pas de mener des analyses plus fines encore. Les analyses incluant la variable statut d'immigrant portent uniquement sur les personnes qui ont immigré au Canada.

La répartition selon l'âge comporte quatre ou trois catégories selon que les données visent à décrire l'ensemble de la population (données du questionnaire rempli par l'intervieweur – QRI) ou seulement les personnes âgées de 15 ans et plus (données du questionnaire autoadministré – QAA). Les catégories retenues sont celles utilisées habituellement dans les enquêtes menées par Santé Québec. On a dû, cependant, en raison d'une taille échantillonnaire relativement restreinte et du fait qu'il s'agit dans l'ensemble d'une population assez jeune, regrouper l'ensemble des personnes âgées de 45 ans et plus. Cela signifie qu'on ne peut produire d'analyses sur les personnes âgées de 65 ans et plus. Les catégories retenues sont : 0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans et 45 ans et plus.

Les aspects culturels sont abordés sous l'angle de la langue d'usage à la maison ainsi que de l'intégration linguistique (QAA). La langue d'usage à la maison est celle que chaque répondant estime utiliser le plus souvent dans ses communications avec les autres membres du ménage (fiche d'identification). L'intégration linguistique est un indice construit spécifiquement pour la présente étude à partir de questions portant sur la maîtrise de la langue française ou de la langue anglaise. Une personne est réputée intégrée à la société d'accueil sur le plan linguistique si elle affirme qu'elle comprend et parle, bien ou très bien, le français ou l'anglais. L'intégration linguistique selon la définition retenue permettrait, entre autres, un accès plus facile aux services sociaux et de santé et au marché du travail.

Au chapitre de la conjugalité (QAA), on a retenu un indicateur d'état matrimonial de fait où la population est regroupée selon trois catégories : a) les personnes sont mariées ou vivent avec un conjoint de fait, b) les personnes sont séparées, divorcées ou veuves et c) les personnes sont célibataires (elles n'ont jamais été mariées). Cette variable ne sert à décrire que les personnes âgées de 15 ans et plus.

Pour la scolarité (QAA), la population a été regroupée selon trois catégories : a) les personnes qui n'ont aucune scolarité ou qui n'ont atteint que le niveau

primaire ou l'équivalent, b) les personnes qui ont atteint le niveau secondaire ou postsecondaire ou l'équivalent et c) les personnes qui ont atteint le niveau universitaire. À cause de la multiplicité des systèmes scolaires dans lesquels les personnes ont fait leur scolarité (selon le pays, voire selon les époques à l'intérieur d'un même pays), la catégorie la plus robuste pour mener les analyses demeure la proportion de personnes ayant atteint le niveau universitaire (avec ou sans diplôme).

2.1.2 Comparaisons avec la population du Québec en général

Partout où cela est possible, des comparaisons sont faites avec la population de l'ensemble du Québec. Parce que la population visée est tellement spécifique, les données concernant les variables telles que le pays de naissance ou la période d'immigration ne sont pas comparées avec celles de la population québécoise en général. On peut toutefois établir des comparaisons sur la base des variables suivantes : sexe, âge, état matrimonial de fait et scolarité. Pour toutes ces variables les questions utilisées auprès de la population visée et auprès de la population globale du Québec sont en effet comparables.

2.1.3 Portée et limites des données

Pour chacune des variables décrites, le taux de non-réponse est inférieur à 10 %. On ne suppose donc pas de biais dans les résultats présentés. L'indice d'intégration linguistique affiche le taux de non-réponse partielle le plus élevé soit 7,0 %.

2.2 Résultats

2.2.1 Pays de naissance et période d'immigration

La population visée est celle des immigrants récents (1988-1997), habitant, au moment de l'étude, dans la région métropolitaine de Montréal et en provenance d'une des quatre régions considérées. Toutefois, l'étude porte sur tous les membres du ménage de la personne sélectionnée, qu'ils appartiennent ou non à la communauté d'origine. Dans ces conditions, les personnes sélectionnées peuvent avoir des conjoints

nés ailleurs et elles peuvent avoir donné naissance à des enfants au Canada. La population couverte par l'étude comprend donc des personnes qui sont nées au Canada. Ces personnes représentent environ le quart de la population à l'étude pour les communautés originaires d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient et des pays hispanophones, et environ 14 % de la communauté chinoise (tableau 2.1). Les Chinois nés hors Canada proviennent surtout de la Chine continentale (49 % d'entre eux) et de Hong Kong (32 %) (tableau 2.2). Les Haïtiens immigrants arrivent pour la plupart directement d'Haïti. Les personnes en provenance de pays arabophones

arrivent en majorité du Liban. Les hispanophones des Amériques proviennent d'une vingtaine de pays; le El Salvador fournit le plus grand nombre d'entre eux (23 %).

La population immigrante visée s'est établie, pour la majeure partie, au Canada plus de cinq ans avant l'étude. Pour 7 à 14 % de la population, selon la communauté, l'arrivée est plus récente, soit moins de cinq ans avant l'étude (tableau 2.3). Par ailleurs, dans la population à l'étude, les personnes qui sont nées au Canada sont en grande majorité âgées de moins de 15 ans.

Tableau 2.1

Pays de naissance selon la région d'origine, population totale, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones
	%			
Canada	13,6	27,6	22,4	26,3
Autres	86,4	72,4	77,6	73,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.2

Pays de naissance selon la région d'origine, personnes nées hors Canada, communautés culturelles 1998-1999

Chine		Haïti	
	%		%
Chine	49,4	Haïti	98,5
Hong Kong	32,3	Autres	1,5 **
Taiwan	16,6		
Autres	1,7 **		
Maghreb et Moyen-Orient		Pays hispanophone	
	%		%
Liban	39,5	El Salvador	23,0
Syrie	15,2	Pérou	15,9
Algérie	12,0	Chili	11,9
Maroc	12,0	Autres pays (16)	50,8
Égypte	10,3		
Autres pays (12)	11,0		

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.3

Période d'arrivée au Canada selon la région d'origine, population totale, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones
	%			
Moins de 5 ans	14,3	12,2	10,5	6,9
5 ans et plus	72,0	58,7	66,8	65,9
Né au Canada	13,7	29,1	22,7	27,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Les personnes qui ont immigré plus récemment — il y a moins de cinq ans — se répartissent également selon le statut d'immigrant; 52 % sont des immigrants indépendants, et 48 % déclarent un autre statut (tableau 2.4). Les immigrants de plus longue date — de cinq à dix ans — s'avèrent plus nombreux à déclarer un statut d'immigrant indépendant (61 %) qu'un autre statut (39 %). Les immigrants récents sont aussi plus jeunes que les autres immigrants (tableau 2.5).

Le statut d'immigrant varie notablement d'une communauté à une autre. Les immigrants de la communauté chinoise et ceux originaires du Maghreb et du Moyen-Orient sont majoritairement des immigrants indépendants (respectivement 65 % et

60 %, tableau 2.6). Les immigrants en provenance d'Haïti et des pays hispanophones des Amériques sont immigrants indépendants dans une proportion bien moindre (environ 25 % pour les uns et les autres).

Tableau 2.4

Statut d'immigrant selon la période d'arrivée au Canada, personnes nées hors Canada, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 ans et plus
	%	
Indépendants	52,0	60,8
Autres	48,0	39,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.5

Sexe et âge selon l'arrivée (et pour les personnes nées au Canada), population totale, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 ans et plus	Né au Canada
	%		
Sexe			
Masculin	49,3	49,5	50,6
Féminin	50,7	50,5	49,4
Âge			
0-14 ans	20,2	11,4	99,4
15-24 ans	21,9	18,4	0,7 **
25-44 ans	40,7	46,5	0,0 **
45 ans et plus	17,2	23,8	0,0 **

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.6

Statut d'immigrant selon la région d'origine, personnes nées hors du Canada, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones
	%			
Indépendant	65,0	24,9	59,8	25,3
Autres	35,0	75,1	40,2	74,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

On observe une association entre le sexe et le statut d'immigrant (tableau 2.7). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer un statut d'immigrant indépendant, les femmes proportionnellement plus nombreuses à afficher un statut autre. Des différences significatives sont aussi constatées selon l'âge. Les immigrants indépendants sont plus âgés que ceux qui ont un autre statut; 68 % des premiers sont âgés de 25 ans et plus contre seulement 39 % des seconds.

2.2.2 Sexe et âge

La répartition des personnes selon le sexe est comparable à celle observée pour l'ensemble du Québec (données non standardisées). Les populations se répartissent à peu près également entre les sexes (tableau 2.8).

Au chapitre de l'âge (tableau 2.9), la population visée par l'étude s'avère sensiblement plus jeune que la population du Québec dans son ensemble (ESS 1998, données non standardisées). En effet, environ le tiers (33 %) des personnes appartenant aux communautés culturelles visées sont âgées de moins de 15 ans, comparativement à 19 % environ pour l'ensemble du Québec, et 17 % seulement de ces immigrants récents (contre 35 % pour le Québec dans son ensemble) sont âgés de 45 ans et plus. C'est pourquoi, comme on l'a vu au chapitre 1, les données de l'ESS 1998 ont dû être standardisées selon l'âge et le sexe afin de permettre les comparaisons subséquentes, avec comme population de référence soit l'ensemble des communautés visées, soit l'une ou l'autre des quatre communautés. Parmi les groupes à l'étude, la communauté chinoise compte la plus forte proportion de personnes de 45 ans et plus (environ 29 % c. 17 % pour l'ensemble des communautés).

Tableau 2.7

Sexe et âge selon le statut d'immigrant, personnes nées hors du Canada, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendant		Autres
	%		
Sexe			
Masculin	52,5		47,4
Féminin	47,5		52,6
Âge			
0-14 ans	13,3		49,6
15-24 ans	18,6		11,1
25-44 ans	44,8		26,8
45 ans et plus	23,3		12,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.8

Sexe selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Hàiti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Québec 1998 (données non standardisées)
	%				
Masculin	51,0	45,1	50,7	50,6	49,5
Féminin	49,0	54,9	49,3	49,4	50,5

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 2.9

Âge selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998 (données non standardisées)

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total - Communautés culturelles	Québec 1998 (données non standardisées)
	%					
0-14 ans	20,6	38,3	32,0	37,2	33,0	18,8
15-24 ans	17,0	13,4	14,5	14,0	14,5	13,6
25-44 ans	33,9	34,1	36,0	34,5	35,1	32,4
45 ans et plus	28,6	14,2	17,4	14,3	17,4	35,3

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Globalement, dans la population à l'étude, la distribution de l'âge est la même pour les hommes que pour les femmes (tableau 2.10).

Tableau 2.10

Âge selon le sexe, communautés culturelles 1998-1999

	Masculin	Féminin
	%	
0-14 ans	34,5	31,5
15-24 ans	14,1	15,0
25-44 ans	34,6	35,6
45 ans et plus	16,9	17,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

2.2.3 Considérations linguistiques

Dans la population à l'étude, chez les personnes de 15 ans et plus, il est loisible d'observer des différences d'importance quant à la langue que les personnes utilisent tous les jours à la maison selon l'âge de ces personnes. Pour les plus jeunes (15-24 ans), l'usage du français ou de l'anglais est quasi généralisé puisque 96 % d'entre eux affirment que leurs échanges oraux quotidiens à la maison s'effectuent surtout dans ces langues (tableau 2.11). Chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, cette même proportion est également élevée, puisque 86 % déclarent le français ou l'anglais comme langue la plus usitée quotidiennement. Pour les plus vieux, la situation diffère notablement puisque 59 % seulement des personnes âgées de 45 ans et plus indiquent que la majorité des conversations qu'elles tiennent s'effectuent en français ou en anglais. Il faut, bien sûr, interpréter ces résultats en fonction de la

provenance des personnes de la population visée. Un certain nombre d'entre elles, soit environ 8 %, déclarent que leur langue maternelle est le français.

Tableau 2.11

Langue d'usage à la maison selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%		
Français ou anglais	96,2	86,3	58,6
autres	3,8**	13,8	41,4

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'intégration linguistique représente une autre manière d'appréhender la situation linguistique au sein des communautés immigrantes. La maîtrise autodéclarée du français ou de l'anglais diffère selon la communauté ethnique. La moitié de la population chinoise estime bien maîtriser le français ou l'anglais oral (tableau 2.12). Dans la communauté haïtienne, on observe une proportion importante de personnes qui indiquent le français comme langue maternelle. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, d'y trouver trois personnes sur quatre (75 %) qui estiment maîtriser le français ou l'anglais. Dans la population en provenance de pays arabophones, on trouve aussi une proportion substantielle de personnes pour qui le français est la langue maternelle, et 77 % d'entre elles estiment maîtriser le français ou l'anglais. Les deux tiers des hispanophones possèdent une bonne maîtrise du français ou de l'anglais.

Tableau 2.12

Intégration linguistique selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones
	%			
Français ou anglais	50,3	75,0	77,4	67,8
Ni français, ni anglais	49,7	25,0	22,6	32,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'intégration linguistique varie significativement selon le statut d'immigrant (tableau 2.13). Les indépendants sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à maîtriser le français ou l'anglais oral. L'intégration linguistique ne semble pas, dans les données, fluctuer selon la date d'arrivée au Canada. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer une bonne maîtrise du français ou de l'anglais. En regard de la date d'arrivée, on aurait pu croire que l'intégration linguistique des immigrants de plus longue date serait différente et meilleure que celle des immigrants plus récents (tableau 2.14). Le devis transversal de l'étude ne permet pas de conclure en ce sens, mais suggère une hypothèse alternative, tout aussi plausible, selon laquelle les immigrés de plus longue date différencieraient des immigrés plus récemment arrivés quant à la provenance et donc quant aux aspects linguistiques.

L'intégration linguistique varie significativement selon l'âge, les plus jeunes (les 15-24 ans ainsi que les 25-44 ans) maîtrisant le français ou l'anglais dans une plus grande proportion que les plus vieux (45 ans et plus) (tableau 2.16). Environ quatre personnes de 15-44 ans sur cinq affirment être à l'aise pour comprendre et parler le français ou l'anglais alors que seulement une personne sur deux âgée de 45 ans et plus s'estime de même.

Tableau 2.13

Intégration linguistique selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendant	Autres
	%	
Français ou anglais	74,7	65,5
Ni français ni anglais	25,4	34,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.14

Intégration linguistique selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 ans et plus
	%	
Français ou anglais	70,7	70,8
Ni français ni anglais	29,4 *	29,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.15

Intégration linguistique selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Masculin	Féminin
	%	
Français ou anglais	75,1	66,9
Ni français ni anglais	24,9	33,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.16

Intégration linguistique selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%		
Français ou anglais	83,3	75,6	50,0
Ni français ni anglais	16,7	24,4	50,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

2.2.4 État matrimonial de fait

Le tableau 2.17 décrit l'état matrimonial de fait dans la population de 15 ans et plus visée par l'étude. La proportion de célibataires (jamais été mariés) est assez semblable d'une communauté à l'autre. Chez les personnes originaires de Chine, du Maghreb et du Moyen-Orient, deux personnes sur trois sont mariées ou vivent avec un conjoint de fait; la proportion de personnes vivant actuellement avec un conjoint est plus faible chez les Haïtiens (45 %) et les hispanophones (55 %), et on trouve dans ces deux groupes une proportion relativement élevée de personnes séparées, divorcées ou veuves (soit respectivement 26 % et 17 %).

L'état matrimonial de fait ne diffère pas significativement selon la date d'arrivée au Canada (tableau 2.18). On note cependant une différence pour les personnes mariées ou en union de fait, qui sont proportionnellement plus nombreuses parmi les immigrants indépendants que parmi ceux des autres catégories d'immigrants (tableau 2.19). On observe aussi une association entre l'état matrimonial de fait et le sexe, alors que plus de femmes, en proportion, sont séparées, divorcées ou veuves (tableau 2.20).

L'état matrimonial de fait varie significativement selon l'âge (tableau 2.21). La proportion de personnes mariées ou en union de fait est relativement peu élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans (15 %) mais est plusieurs fois supérieure chez les personnes âgées de 25 ans et plus (de l'ordre de 70 %). La proportion de célibataires diminue avec

l'âge et la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves augmente avec l'âge.

La relation qui existe entre l'âge et l'état matrimonial est bien connue et est la même que celle observée dans la population québécoise en général. En tenant compte de cette relation entre les deux variables, la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves de la communauté haïtienne est d'autant plus notable. La communauté haïtienne est plus jeune que la population du Québec en général et pourtant on y retrouve une proportion largement plus élevée que celle mesurée pour l'ensemble du Québec. Des analyses plus approfondies de ce phénomène seraient souhaitables.

La relation observée entre l'état matrimonial et le statut d'immigrant pose le même problème d'interprétation. Les immigrants indépendants sont plus âgés que ceux des autres statuts et on note là aussi une tendance à une proportion plus faible de personnes séparées, divorcées ou veuves.

Tableau 2.17

État matrimonial de fait selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones
	%			
Marié ou conjoint de fait	65,4	44,9	65,9	55,1
Séparé, divorcé ou veuf	8,3 *	26,0	9,8 *	17,4
Célibataire	26,3	29,1	24,3	27,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.18

État matrimonial de fait selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 ans et plus
	%	
Marié ou conjoint de fait	65,1	60,3
Séparé, divorcé ou veuf	10,6 **	14,1
Célibataire	24,3 *	25,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.19

État matrimonial de fait selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendant	Autres
	%	
Marié ou conjoint de fait	63,9	54,8
Séparé, divorcé ou veuf	10,2	19,0
Célibataire	25,9	26,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.20

État matrimonial de fait selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Masculin	Féminin
	%	
Marié ou conjoint de fait	62,1	58,4
Séparé, divorcé, veuf	9,8	17,5
Célibataire	28,0	24,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.21

État matrimonial de fait selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%		
Marié ou conjoint de fait	16,0 *	72,2	72,3
Séparé, divorcé ou veuf	2,0 **	13,9	22,9
Célibataire	82,0	13,8	4,8 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

2.2.5 Scolarité

En ne tenant pas compte des effets de génération, la proportion de personnes ayant atteint le niveau universitaire représente un indicateur intéressant du niveau de scolarité d'une population. Dans la population en général, 22 % des Québécois déclarent avoir complété au moins une année de scolarité universitaire (tableau 2.22). Cette proportion est supérieure dans la communauté chinoise d'immigration récente où 36 % de cette population est détentrice d'une telle scolarité ainsi que dans la communauté originaire de pays arabophones, où 39 % détiennent une scolarité universitaire. La communauté hispanophone visée par l'étude déclare avoir fréquenté l'université dans une même proportion que celle de l'ensemble du Québec. Dans la communauté haïtienne, la proportion de personnes déclarant une scolarité universitaire atteint les 12 %.

Les immigrants indépendants sont significativement plus scolarisés que les autres alors que 36 % d'entre eux disent avoir fréquenté l'université contre seulement 23 % pour l'ensemble des immigrants des autres catégories d'immigration (tableau 2.23).

La scolarité reste équivalente selon la date d'arrivée au Canada (tableau 2.24) mais on observe une plus grande fréquentation des universités par les hommes (tableau 2.25). Dans la population québécoise en général, la fréquentation universitaire est équivalente selon le sexe (données non présentées).

La relation entre la scolarité et l'âge est moins valide pour les 15-24 ans qui, pour bon nombre, n'ont pas

encore complété leur parcours scolaire. Les plus jeunes de ce groupe n'ont pas eu accès encore au niveau universitaire. Comparativement aux jeunes du même âge de la population québécoise en général, la proportion des personnes qui ont atteint le niveau universitaire est quasi identique (données non présentées).

Les personnes âgées de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir fréquenté l'université et, de manière générale, sont plus scolarisées que les personnes âgées de 45 ans et plus (tableau 2.26).

Tableau 2.22

Scolarité selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haiti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Québec 1998 (données standardisées)
	%				
Aucune ou primaire	10,7 **	19,2	13,2	15,1 *	8,0
Secondaire et postsecondaire	53,6	68,9	47,5	64,3	70,2
Universitaire	35,7	11,9 *	39,4	20,6	21,8

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 2.23

Scolarité selon le statut d'immigrant, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendant	Autres
	%	
Aucune ou primaire	11,0	19,0
Secondaire et postsecondaire	53,3	58,5
Universitaire	35,8	22,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.24

Scolarité selon la date d'arrivée au Canada, population immigrante de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 ans et plus
	%	
Aucune ou primaire	12,1 **	14,7
Secondaire et postsecondaire	53,0	55,0
Universitaire	34,9	30,3

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.25

Scolarité selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Masculin	Féminin
	%	
Aucune ou primaire	11,3	17,0
Secondaire et postsecondaire	54,0	56,8
Universitaire	34,7	26,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 2.26

Scolarité selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%		
Aucune ou primaire	10,1 *	7,4 *	31,1
Secondaire et postsecondaire	79,1	52,9	41,1
Universitaire	10,9 *	39,7	27,9

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

2.3 Famille

La famille, au Québec comme dans la plupart des sociétés occidentales, a aujourd'hui un visage diversifié : familles dont les deux parents vivent ensemble, familles monoparentales, familles recomposées, familles dont les parents sont non cohabitants. Ce qu'on connaît moins, en revanche, c'est la réalité familiale des communautés culturelles du Québec. C'est pourquoi, avec cette étude, on a voulu décrire les types de famille que l'on retrouve au sein des groupes visés et les comparer avec ceux de la population québécoise en général.

Afin d'éviter d'imposer un modèle de famille *a priori*, on a demandé au répondant principal (la personne qui répond pour l'ensemble d'un ménage) de faire la liste de la totalité des membres du ménage et de décrire les liens de parenté existant entre les différentes personnes. Cela permet, entre autres, de tenir compte par exemple de la présence de diverses générations au sein d'un même ménage, aussi bien que de l'absence de l'un ou l'autre parent dans une famille. On a d'abord distingué les familles avec enfants mineurs

(biparentales et monoparentales) des autres ménages (couples sans enfants, personnes seules). Quant à la variable type de famille avec enfants mineurs, elle a été décrite, dans un premier temps, selon deux modalités, soit : biparentale (deux parents vivant ensemble avec leurs enfants ou les enfants de l'un ou l'autre) et monoparentale (un parent vivant avec ses enfants). Par la suite, on a spécifié les modalités de cette variable en introduisant les valeurs suivantes : biparentale intacte, biparentale recomposée, monoparentale mère, monoparentale père.

2.3.1 Résultats

Faisant l'hypothèse que les immigrants récents pouvaient se distinguer des immigrants de longue date quant au type de famille, on a croisé la variable type de famille avec celle de la date d'arrivée au Québec.

On va ici dégager les résultats des analyses, à la fois par communauté culturelle et en comparant chacune des communautés avec l'ensemble de la population du Québec.

- Famille avec enfants mineurs, personne seule et couple sans enfants

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (standardisées) montrent qu'au Québec, il y a près de 39 % de familles biparentales, 11 % de familles monoparentales, 22 % de couples sans enfants et 24 % de personnes seules.

Si l'on regarde la répartition des familles par communauté culturelle, on constate que, dans le cas des communautés originaires de Chine et des pays arabophones, il y a proportionnellement beaucoup plus de familles biparentales (57 % et 58 %) que dans la population du Québec (37 % pour la comparaison avec la communauté chinoise, 39 % pour celle avec les pays arabophones), une différence qui est statistiquement significative. On note aussi une proportion de personnes seules dans la population québécoise comparable à celles de la population chinoise et de la communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient. Pour la communauté hispanophone des

Amériques, on note une proportion comparable de familles biparentales (44 % comparativement à 40 % pour les Québécois) et de personnes seules (20 % et 22 %) mais une différence significative en ce qui a trait aux familles monoparentales qui sont environ le double (24 %) de celles de la population québécoise (11 %). Pour ce qui est de la communauté haïtienne, on note une proportion plus faible de familles biparentales (30 %) et de couples (6 %), mais une plus forte proportion de familles monoparentales (31 %).

- Famille avec enfants mineurs

Les communautés chinoise et du Maghreb et du Moyen-Orient affichent un taux beaucoup plus élevé de familles biparentales intactes et recomposées (96 % et 92 %) que la population québécoise en général (80 %). Dans la communauté hispanophone, on note une proportion moindre de familles biparentales intactes et recomposées (69 %) mais un taux très supérieur de familles monoparentales (29 %). Dans la communauté haïtienne, on compte une proportion de 49 % de familles biparentales intactes et recomposées, et 48 % environ de familles monoparentales.

Si l'on précise le type de famille, on voit que les communautés chinoise et des personnes originaires des pays arabophones se distinguent de la population québécoise totale (données standardisées) par leur taux élevé de familles biparentales intactes (96 % et 91 % comparativement à 69 % et 69 %). Pour la communauté hispanophone, il y a peu de différences au chapitre des familles biparentales intactes (65 % et 70 %) mais beaucoup en ce qui concerne les familles monoparentales dirigées par des mères (29 % comparativement à 17 %). Quant à la communauté haïtienne, elle se distingue par une proportion plus faible de familles biparentales intactes (44 % c. 70 %) et une proportion plus élevée de familles monoparentales dirigées par des mères (43 % c. 17 %).

Par ailleurs, les immigrants récents ne se distinguent pas des immigrants de plus longue date selon la répartition des types de ménages. Deux explications

sont possibles : ou bien les ménages sont arrivés selon la structure que l'on observe et n'ont pas changé, ou bien la composition des ménages était différente il y a plus de cinq ans mais a évolué vers ce que l'on observe aujourd'hui.

Comme on l'a vu au cours des pages précédentes, Chinois et immigrants en provenance de pays arabes sont très similaires en ce qui concerne le type de famille. Ils semblent également l'être sur le plan de certaines valeurs. En effet, l'enquête qualitative auprès de ces deux communautés (Clarkson et Dahan, 1997; Clarkson et Tran, 1997) montre une préoccupation identique en regard de l'éducation des enfants. On exprime notamment la difficulté à préserver chez les enfants la culture et les valeurs d'origine dans un monde perçu comme étant très différent.

Par ailleurs, les communautés hispanophone et haïtienne se distinguent de la population québécoise par leur proportion plus élevée de familles monoparentales dirigées par des mères. Diverses explications peuvent être envisagées pour comprendre ces résultats. On peut notamment poser l'hypothèse que plusieurs pères sont restés dans le pays d'origine et continuent à subvenir de loin aux besoins de la famille, mais on peut aussi proposer qu'une combinaison de facteurs ferait en sorte que ces familles divorcent ou se séparent plus que les familles québécoises, soit : le stress de l'immigration qui entraînerait des difficultés dans la vie de couple, un accès légal plus facile au divorce combiné à un affaiblissement de la morale religieuse et un contrôle moins grand de la famille élargie, etc.

Les communautés culturelles visées par l'étude n'ont donc pas toutes un modèle familial homogène : il commence à y avoir de la diversité, surtout en fait chez les Haïtiens et les hispanophones. Avec le multiculturalisme, le lien social serait en mutation (Dyke et Saucier, 2000) et donc on verrait apparaître une diversité des familles du point de vue des structures et des valeurs dans plusieurs des communautés culturelles.

Tableau 2.27

Distribution des ménages selon la communauté, total des ménages, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Biparentale	Monoparentale	Couple	Personne seule	Autres
	%				
Chine	57,0	4,9**	9,7*	22,7	5,7**
Haiti	29,8	31,4	6,2*	25,9	6,7*
Maghreb et Moyen-Orient	57,5	6,8**	6,9**	25,1	3,7**
Pays hispanophones	44,1	23,6	9,8*	20,0	2,4**
Total – Communautés culturelles	49,3	15,1	7,8	23,7	4,1*
Québec 1998 (données standardisées)	38,9	11,3	22,4	23,6	3,8

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 2.28

Distribution des ménages avec enfants selon la communauté, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Biparentale intacte	Recomposée	Monoparentale (mère)	Monoparentale (père)	Autres
	%				
Chine	95,9	0,5**	1,0**	0,0	2,5**
Haiti	44,4	4,9**	42,9	5,2**	2,6**
Maghreb et Moyen-Orient	91,4	0,8**	6,5**	0,0	1,3**
Pays hispanophones	65,0	4,4**	28,7	0,7**	1,2**
Total – Communautés culturelles	76,1	2,5**	18,6	1,1**	1,6**
Québec (données standardisées)	69,5	10,5	16,6	3,0	0,5**

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Bibliographie

BERNIER, L., R. BUJOLD, R. CHOINIÈRE, R. LESSARD ET D. ROY (1998). *Les inégalités sociales de la santé : rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 p.

CHEVALIER, S., et Y. SAUVAGEAU (2000). « Caractéristiques de la population » dans DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMACHE et F. LAPOINTE (sous la direction de), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Québec, Institut de la Statistique du Québec, 642 p.

DYKE, N., et J.-F. SAUCIER (2000). *Cultures et paternités : impact de l'immigration*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 143 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

Chapitre 3

Usage du tabac

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Les effets négatifs du tabagisme sur l'état de santé sont bien connus. On attribue à l'usage de la cigarette environ 40 000 à 45 000 décès par année au Canada, dont environ 10 000 au Québec (Aubin et autres, 1996; Duchesne, 1994). Divers problèmes de santé majeurs sont associés à la cigarette, parmi lesquels on retrouve la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, divers types de cancers (particulièrement ceux du poumon, du larynx, de la bouche et de l'œsophage), ainsi que des problèmes cardiaques et cérébrovasculaires. Les taux de mortalité par cancer augmentent en fonction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement; les fumeurs de plus d'un paquet de cigarettes par jour auraient un taux de mortalité par cancer trois fois plus élevé que les non-fumeurs (Aubin et autres, 1996).

On reconnaît également de plus en plus les effets nocifs de la fumée secondaire, ou fumée dans l'environnement. On entend par ces termes à la fois la fumée expirée par les fumeurs et la fumée des cigarettes, cigares ou pipes qui se consomment par exemple dans un cendrier. Au Canada, plus de 3 000 non-fumeurs meurent chaque année, surtout de problèmes cardiovasculaires ou du cancer du poumon, parce qu'ils ont été exposés à la fumée secondaire de façon répétée et intensive, que ce soit à domicile ou dans des lieux publics. À une moindre échelle, la fumée secondaire peut irriter les yeux, le nez et la gorge, donner des maux de tête, aggraver les problèmes d'asthme et augmenter les risques d'infection respiratoire (Santé Canada, 1999).

Par ailleurs, dans chacune des enquêtes générales réalisées jusqu'à maintenant par Santé Québec auprès de la population québécoise, on a pu constater que les membres des « communautés culturelles » étaient

proportionnellement moins nombreux à fumer, et, en outre, que la consommation quotidienne de cigarettes était moins élevée chez eux, que dans le reste de la population. On a observé ce phénomène en 1987, en comparant le sous-groupe « des personnes ayant immigré au Canada ou des personnes nées au Canada et de langue maternelle autre que le français ou l'anglais » avec celui de « la population québécoise née au Canada, de langue maternelle française ou anglaise » (Cousineau, 1989). On l'observe également en 1992 (Bernier, 1995) et en 1998 (Bernier et Brochu, 2000), lorsqu'on compare le groupe des personnes d'origine ou de descendance française ou britannique avec celui des immigrants d'autre origine et des allophones. La présente étude permettra de vérifier ces observations pour les quatre sous-groupes d'immigrants récents visés par cette étude.

Dans ce chapitre, on présente l'usage de la cigarette selon le sexe, l'âge, la communauté culturelle, et on compare les données avec celles obtenues pour l'ensemble du Québec (*Enquête sociale et de santé 1998*, données standardisées). On aborde brièvement l'usage du cigare, de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser. Enfin, on traite de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), toujours en comparant les données obtenues dans la présente étude auprès de ces communautés culturelles avec celles obtenues pour l'ensemble du Québec (1998).

3.1 Aspects méthodologiques

3.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées dans l'analyse sont celles de la section VI du questionnaire autoadministré (QAA), soit les questions 28 à 40 inclusivement. On a également créé un indice qui permet de classer la population de 15 ans et plus selon le profil d'usage de la cigarette. Cet indice comporte quatre catégories : les personnes qui n'ont jamais fumé, les anciens fumeurs, les fumeurs occasionnels (qui ne fument pas tous les jours) et les fumeurs réguliers (qui fument tous les jours). Pour certaines analyses, par ailleurs, on utilise plutôt une variable dichotomique, soit : fumeurs (en regroupant occasionnels et réguliers) et non-fumeurs (qui regroupe ceux qui n'ont jamais fumé et les anciens fumeurs). Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers (QAA31) est classé en trois catégories, soit 1 à 10, 11 à 25, et 26 cigarettes ou plus par jour. Sur le plan de la fumée de tabac dans l'environnement (QAA37), on considère pour les fins de l'analyse l'exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la fumée des cigarettes *des autres* à la maison, et l'exposition globale à la fumée des autres (y inclus dans le lieu d'activité principale et les autres lieux publics). La QAA37 spécifie d'ailleurs, pour les fumeurs, qu'ils doivent exclure la fumée de leur propre cigarette et ne considérer que leur exposition à la fumée des cigarettes des autres. Afin de faciliter la comparaison, les questions et les indices utilisés dans cette section sont identiques à ceux de l'enquête sociale et de santé de 1998. Il faut évidemment tenir compte du fait que les données de cette dernière enquête, telles que présentées ici, ont été standardisées afin de permettre la comparaison (voir chapitre 1); elles peuvent donc différer de celles qui ont été publiées dans le rapport de *l'Enquête sociale et de santé 1998*.

3.1.2 Portée et limites des données

Comme dans les autres études de ce type, la consommation de tabac présentée ici est autodéclarée; il est donc possible qu'il y ait une

certaine sous-déclaration, en raison de facteurs de désirabilité sociale.

En ce qui concerne les immigrants originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, on doit aussi souligner que bon nombre d'entre eux, surtout chez les hommes, fument du tabac dans des pipes à eau (narguilés). La formulation des questions, qui portent sur l'usage de la cigarette, du cigare, de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser, ne permet pas d'identifier et de comptabiliser les fumeurs qui utilisent le narguilé. Il est donc probable que la proportion d'usagers du tabac chez les immigrants originaires de pays arabophones est de ce fait sous-estimée.

Par ailleurs, on observe un taux de non-réponse partielle de 10,3 % en ce qui concerne le profil d'usage de la cigarette. D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classes d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, ces non-répondants partiels ne sont pas caractérisés; on ne s'attend donc pas à ce que les estimations portant sur cet indice soient biaisées.

Cependant, les non-répondants partiels à l'indice d'exposition à la fumée de tabac à la maison (taux de non-réponse partielle de 19,2 %) de même qu'à l'indice d'exposition globale à la fumée de tabac dans l'environnement (taux de non-réponse partielle de 29,8 %) sont plus souvent, en proportion, des personnes de 45 ans et plus, appartenant à la communauté haïtienne, ayant tenu maison au cours des 12 derniers mois et étant également non-répondants partiels à l'indice sur le profil d'usage de la cigarette. De plus, les non-répondants partiels à l'indice d'exposition à la fumée de tabac à la maison proviennent aussi plus fréquemment de la communauté hispanophone, et ceux à l'indice d'exposition globale à la fumée de tabac dans l'environnement sont souvent des femmes.

En supposant que les non-répondants partiels auraient répondu de la même façon que les répondants, il y aurait surestimation des expositions quotidienne ou quasi quotidienne à ces deux derniers indices.

3.2 Résultats

3.2.1 Usage de la cigarette

Le tableau 3.1 décrit le profil d'usage de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, dans les groupes concernés par la présente étude, ainsi que pour l'ensemble du Québec (données standardisées, 1998). Comparativement à l'ensemble du Québec, les membres de l'ensemble des communautés culturelles visées sont significativement moins nombreux, en proportion, à fumer régulièrement la cigarette (17 % contre 32 %), et on trouve également chez eux une proportion plus élevée de personnes qui n'ont jamais fumé (55 % c. 33 %). Pour chacun des sous-groupes, que ce soient les

Chinois, les Haïtiens, les hispanophones ou les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, ces différences par rapport à l'ensemble du Québec demeurent significatives.

Le tableau 3.2 décrit l'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge. Dans la population visée par l'étude, environ deux femmes sur trois (66 %), comparativement à 44 % des hommes, disent n'avoir jamais fumé la cigarette, et environ 11 % des femmes (contre 24 % des hommes) fument régulièrement. Par ailleurs, tant chez les hommes que chez les femmes, on trouve proportionnellement moins de fumeurs réguliers dans les groupes d'immigrants récents visés par l'étude que pour l'ensemble du Québec (24 % c. 33 % chez les hommes, et 11 % c. 31 % chez les femmes). On retrouve également pour les deux sexes une différence significative entre les communautés culturelles considérées et le Québec quant à la proportion de personnes qui disent n'avoir jamais fumé (43 % c. 31 % pour les hommes, et 66 % c. 35 % pour les femmes).

Tableau 3.1

Profil d'usage de la cigarette selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Non-fumeur		Fumeur actuel	
	Jamais fumé	Ancien fumeur	Occasionnel	Régulier
	%			
Chine	69,7	20,2	3,3 **	6,8 *
Haiti	80,6	10,4 *	3,1 **	5,9 **
Maghreb et Moyen-Orient	45,8	21,4	7,5 *	25,4
Pays hispanophones	49,6	28,0	7,7 *	14,6
Total – Communautés culturelles	55,1	21,2	6,3	17,4
Québec 1998 (données standardisées)	32,8	31,1	4,0	32,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 3.2

Profil d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Non-fumeur		Fumeur actuel	
	Jamais fumé	Ancien fumeur	Occasionnel	Régulier
	%			
Communautés culturelles				
Hommes	43,9	24,1	8,0 *	24,0
Femmes	66,1	18,4	4,7 *	10,8
Québec (données standardisées)				
Hommes	30,7	32,2	4,0	33,1
Femmes	34,9	30,0	4,0	31,2
Communautés culturelles				
15-24 ans	65,7	17,0 *	7,7 **	9,6 *
25-44 ans	53,2	20,6	7,7 *	18,5
45 ans et plus	50,0	26,0	2,3 **	21,7
Québec (données standardisées)				
15-24 ans	42,8	21,3	7,7	28,2
25-44 ans	31,4	29,3	3,5	35,8
45 ans et plus	27,1	43,3	1,9 *	27,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Dans les groupes visés par l'étude, la proportion de fumeurs réguliers augmente avec l'âge, d'environ 9,6 % chez les 15-24 ans à 22 % chez les 45 ans et plus. Par ailleurs, il y a proportionnellement moins de fumeurs réguliers chez les 15-24 ans des communautés culturelles étudiées que dans le même groupe d'âge pour l'ensemble du Québec (9,6 % c. 28 %), et on observe aussi une différence significative entre les deux populations chez les 25-44 ans (19 % c. 36 %). Chez les 45 ans et plus, la différence dans la proportion de fumeurs réguliers n'est pas significative, ce qui peut être lié au fait que 43 % des Québécois de 45 ans et plus disent avoir cessé de fumer, comparativement à 26 % des personnes appartenant à la population à l'étude. Par contre, dans chacun des groupes d'âge, la proportion de personnes n'ayant jamais fumé est plus élevée dans les groupes visés d'immigration récente que dans l'ensemble du Québec (soit 66 % c. 43 % chez les 15-24 ans, 53 % c. 31 % chez les 25-44 ans et 50 % c. 27 % chez les 45 ans et plus).

Le tableau 3.3 porte sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers et

l'âge auquel la personne a commencé à fumer, toujours en comparant la population visée par cette étude à l'ensemble du Québec. On constate que les personnes de ces communautés culturelles ont une consommation quotidienne de cigarettes moins élevée que celle des Québécois dans leur ensemble. En effet, 52 % d'entre elles, comparativement à 23 % pour l'ensemble du Québec, disent fumer entre une et dix cigarettes par jour; par ailleurs, deux fumeurs réguliers québécois sur trois (67 %), comparativement à 44 % seulement des fumeurs appartenant aux communautés à l'étude, fument quotidiennement entre 11 et 25 cigarettes. Chez les fumeurs réguliers visés par l'étude, la consommation moyenne est de 12,9 cigarettes par jour, alors qu'elle est de 18,9 cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers pour l'ensemble du Québec (données non présentées).

Si l'on considère l'âge auquel la personne a commencé à fumer, on constate que pour la population québécoise dans son ensemble, 47 % des fumeurs réguliers avaient déjà commencé à fumer avant l'âge de 16 ans, comparativement à 13 %

seulement dans les groupes d'immigrants récents visés par l'étude. En outre, chez les immigrants récents, 48 % des fumeurs réguliers (c. 14 % pour l'ensemble du Québec) n'ont commencé à fumer qu'à 20 ans ou plus.

Tableau 3.3

Nombre de cigarettes fumées quotidiennement et âge auquel la personne a commencé à fumer, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Communautés culturelles	Québec (données standardisées)
	%	
Nombre de cigarettes		
1-10	51,6	22,6
11-25	43,5	67,1
26 et plus	5,0 **	10,3
Âge		
12 ans ou moins	2,5 **	10,0
13-15 ans	10,3 **	36,9
16-19 ans	39,4	39,2
20-24 ans	27,4	9,5
25 ans ou plus	20,4 *	4,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On observe souvent que des individus tendent à adopter en parallèle plusieurs comportements à risque, par exemple la consommation d'alcool et de

tabac. Le tableau 3.4 porte sur le profil d'usage de la cigarette selon le comportement de consommation d'alcool. On constate que 73 % environ des personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool disent n'avoir jamais fumé la cigarette; chez les buveurs actuels, par contre, 38 % seulement n'ont jamais fumé. Par ailleurs, 12 % seulement des personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool sont des fumeurs réguliers, alors que la proportion de fumeurs réguliers atteint 22 % chez les buveurs actuels.

Le tableau 3.5 considère la perception de l'état de santé, selon que l'on est fumeur ou non-fumeur. Chez les non-fumeurs, 16 % jugent qu'ils sont en « excellente » santé, comparativement à 6,6 % chez les fumeurs actuels (occasionnels ou réguliers).

3.2.2 Usage de la pipe, du cigare ou du tabac à chiquer ou à priser

L'usage du tabac sous ces diverses formes est plutôt rare dans la population visée par l'étude. En effet, 1 % seulement disent fumer la pipe, soit à l'occasion (0,5 %) ou tous les jours (0,5 %). Quant au cigare, il est fumé par 4,8 % des membres des communautés culturelles étudiées, que ce soit occasionnellement (3,1 %) ou tous les jours (1,7 %). Enfin, environ 1 % utilisent du tabac à priser ou à chiquer, que ce soit occasionnellement (0,3 %) ou tous les jours (0,7 %) (données non présentées). En raison des faibles effectifs et d'un coefficient de variation élevé, ces proportions sont fournies à titre indicatif seulement.

Tableau 3.4

Profil d'usage de la cigarette selon le comportement de consommation d'alcool, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Non-fumeur		Fumeur actuel	
	Jamais fumé	Ancien fumeur	Occasionnel	Régulier
	%			
Abstinent	73,2	11,4	3,8 **	11,7
Ancien buveur	40,0 *	32,0 *	5,1 **	23,0 **
Buveur actuel	38,3	30,4	9,1 *	22,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 3.5

Perception de l'état de santé selon que l'on fume ou non la cigarette, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Non-fumeur	Fumeur
	%	
Excellente	15,8	6,6 **
Très bonne	29,2	33,9
Bonne	36,9	47,3
Moyenne ou mauvaise	18,2	12,3 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Environ 25 % des personnes visées par cette étude (tableau 3.6) se disent exposées de façon quotidienne ou quasi quotidienne à la fumée de cigarette à la maison, alors que pour le Québec dans son ensemble, cette proportion atteint environ 38 %. Les Chinois, les Haïtiens et les personnes en provenance des pays hispanophones se distinguent significativement des Québécois par une moindre exposition à la fumée à la maison, ce qui n'est pas le cas toutefois des personnes en provenance du Maghreb et du Moyen-Orient, qui présentent sur ce plan un profil assez semblable à celui des Québécois.

Dans le cas de l'exposition globale à la fumée de tabac dans l'environnement, ce qui inclut le lieu d'activité principale et les autres lieux publics, il n'est toutefois pas possible de comparer les données obtenues ici à celles de l'ensemble du Québec car il semble que dans l'enquête générale de 1998, la sous-question sur la présence de la fumée de cigarette dans le lieu d'activité principale avait été mal comprise et n'a par conséquent pas permis ce type d'analyse.

Dans les groupes visés par l'étude, environ 55 % des personnes de 15 ans et plus se disent exposées quotidiennement ou quasi quotidiennement à la fumée de cigarette dans leur environnement. Cette

proportion varie d'environ 31 %, pour les immigrants récents d'origine chinoise, à environ 62 %, chez les personnes originaires du Maghreb ou du Moyen-Orient.

Tableau 3.6

Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE à la maison et exposition totale selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Maison	Totale
	%	
Région d'origine		
Chine	8,4 *	30,5
Haïti	13,4 *	52,1
Maghreb et Moyen-Orient	36,4	62,1
Pays hispanophones	18,6	56,3
Total – Communautés culturelles	25,2	54,6
Québec 1998 (données standardisées)	37,8	...

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

De façon générale, les personnes appartenant aux groupes d'immigrants récents visés par cette étude sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette, que lorsqu'on considère l'ensemble des Québécois (données standardisées). En outre, les fumeurs des communautés visées commencent à fumer à un âge plus avancé, et leur consommation quotidienne de cigarettes est proportionnellement moindre que chez les fumeurs de l'ensemble du Québec. Ces données vont dans le même sens que les observations faites auprès des membres des « communautés culturelles » lors des enquêtes générales de 1987, 1992-1993 et 1998. S'il doit y

avoir un jour convergence entre les deux groupes en ce qui concerne l'usage de la cigarette, on ne peut qu'espérer qu'elle s'exerce dans le sens d'une moindre consommation chez les Québécois dans leur ensemble, et non d'une consommation accrue chez les immigrants.

En ce qui concerne la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), l'exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la fumée de cigarette à la maison est significativement moindre que pour l'ensemble du Québec dans trois des quatre communautés étudiées. Quant à l'exposition totale à la FTE, elle devrait être appelée à diminuer, en raison de l'entrée en vigueur en 1999 de la Loi sur le tabac, qui restreint de façon notable l'usage du tabac dans les lieux publics.

Dans une perspective de promotion de la santé, il serait intéressant de considérer, dans une prochaine étude, les facteurs qui sous-tendent les comportements d'usage ou de non-usage du tabac dans les diverses communautés. En outre, dans le cas des immigrants originaires de pays arabophones, il serait important de tenir compte de l'usage du narguilé et de vérifier ce mode de consommation de tabac.

Éléments de réflexion pour la planification

Les différences que l'on observe, sur le plan du tabagisme, entre les immigrants récents de diverses origines et le Québec dans son ensemble, donnent à croire que des facteurs socioculturels jusqu'à maintenant peu explorés auraient un impact sur les comportements d'usage du tabac. Des études qualitatives, relativement peu coûteuses, permettraient sans doute d'examiner ces dimensions, de mieux connaître les facteurs sociaux et culturels qui influencent ces comportements et, peut-être, d'agir de façon diversifiée et adaptée aux divers milieux afin de réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée.

Bibliographie

- AUBIN, J., L. CAQUETTE. et J. GRATTON (1996). *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : analyse d'enquêtes multiples, Monographie no 4*, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 142 pages.
- BERNIER, S. (1995). « Usage de la cigarette » dans *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, volume 1, chapitre 5, p. 87-95.
- BERNIER, S. et D. BROCHU. (2000). « Usage du tabac » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p. 97-122.
- COUSINEAU, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?* Monographie no 5, Québec, Santé Québec, Les Publications du Québec, 54 pages.
- DUCHESNE, L.; BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1994). *La situation démographique au Québec*, Québec, Les Publications du Québec.
- SANTÉ CANADA (1999). [en ligne] <http://reseau-canadien-sante.ca/faq-faq/tobacco-tabagisme//8f.html>.

Chapitre 4

Consommation d'alcool

Jorge Vasco

Bourdages, Trempe, Vasco, psychologues

Introduction

La consommation de boissons alcoolisées diverses est depuis longtemps connue dans de nombreuses sociétés (Cardinal, 1988) et est considérée dans certains cas comme un problème de santé publique (Commission on Narcotic Drugs, 1995; Fauske et autres, 1996). Il va sans dire que les modes de consommation d'alcool varient d'un pays à l'autre ainsi que parmi les groupes ethniques d'une même société (Bennett et autres, 1998), parfois autant en ce qui concerne les contextes d'usage que les produits bus. Si la consommation d'alcool, dans le pays d'origine ou une fois dans la société d'accueil, était traditionnellement modérée et perçue comme acceptable dans le cadre de repas ou de festivités par les membres de certaines communautés culturelles, il arrive cependant qu'une consommation plus importante ait lieu et que cela soit alors source de difficultés et d'inquiétudes (Perreault et Vasco, 1998). On sait de plus que l'usage tend à se transformer et à s'uniformiser à travers le processus d'acculturation au contact des pratiques en vigueur dans la société d'accueil, à mesure que les immigrants et leurs descendants s'intègrent à la nouvelle collectivité (Cardinal, 1986). Toutefois, les minorités ethno-culturelles sont souvent sous-représentées dans les études menées sur la consommation d'alcool, que ce soit aux États-Unis (Caetano et autres, 1998), au Québec ou ailleurs. Cette sous-représentation est attribuable aux faibles effectifs dans les études classiques et au fait que ces minorités sont passablement différentes les unes des autres quant aux comportements vis-à-vis de l'alcool. La présente étude tente dès lors de tracer un profil de la consommation d'alcool de quatre groupes ethno-culturels d'immigration récente puis de la situer vis-à-vis de l'ensemble de la population québécoise.

L'analyse des données obtenues devra être considérée avec prudence étant donné la proportion relativement faible de la population visée ayant déclaré consommer de l'alcool ainsi que la multiplicité des facteurs et des cadres conceptuels impliqués dans la gestion et la définition des usages (*Comments on Room et autres*, 1996).

Il est clair que certains modes de consommation sont davantage susceptibles d'engendrer des comportements ou des situations à risque et d'être associés à des problèmes de santé ou d'ordre psychologique et social. Alors que l'on sait de mieux en mieux comment l'alcool affecte la santé de l'ensemble de la population québécoise, il devient important d'étudier et de saisir les différents profils de consommation au sein des communautés culturelles minoritaires qui en font également partie. Cette étude permettra de contribuer à la réflexion quant aux besoins et stratégies susceptibles d'encourager la réduction de la consommation d'alcool et de favoriser une diminution du nombre de problèmes qui s'y rattachent.

Comme dans *l'Enquête sociale et de santé 1998*, qui poursuivait entre autres l'étude des comportements en matière de consommation d'alcool pour l'ensemble de la population québécoise, on s'intéresse dans la présente étude à l'exploration des profils de consommation des personnes de 15 ans et plus appartenant à la population visée. Le texte qui suit présentera ces données et, lorsque possible et pertinent, les situera par rapport à l'ensemble de la population québécoise.

4.1 Aspects méthodologiques

4.1.1 Indicateurs

La consommation d'alcool est ici étudiée entre autres selon les trois indicateurs utilisés dans les enquêtes sociales et de santé précédentes de Santé Québec auprès de la population québécoise dans les ménages privés : le type de buveur, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. Dans le même esprit que celui de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, on a examiné la prévalence de trois types de buveurs (QAA41 et QAA42) : les abstinentes, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool de leur vie; les anciens buveurs, ou ceux et celles qui n'ont pas consommé d'alcool au cours de l'année ayant précédé l'entrevue; et les buveurs actuels, soit les personnes qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours de ces mêmes 12 mois. La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée uniquement pour les buveurs actuels, en fonction du nombre déclaré de consommations prises au cours des sept jours qui ont précédé la collecte des données (QAA52).¹ La fréquence de consommation d'alcool a été étudiée seulement chez les buveurs actuels selon trois indicateurs : le nombre de fois par semaine où il y a eu consommation d'alcool (QAA44); ensuite le nombre de fois, durant une période d'un an, où la consommation d'alcool par occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA45), un seuil fréquemment utilisé pour identifier les grands buveurs (Room et autres, 1996); et enfin le nombre de fois, au cours de la même période de 12 mois, où une personne estime s'être enivrée (QAA48).

Dans la présente étude, on a eu recours à un indicateur additionnel afin de vérifier le contexte de consommation jugé acceptable (QAA53 à QAA61). Le répondant était invité à indiquer, selon chacune de neuf situations typiques dans lesquelles l'on peut se

trouver, jusqu'à quel point une personne, partageant ses convictions, pourrait se sentir libre de consommer de l'alcool. Ces situations incluent la consommation par un homme ou une femme dans un bar; chez soi seul, en couple ou avec des amis; lors du repas du midi avec des collègues ou après le travail et avant de rentrer à la maison; ou encore lors d'une célébration chez quelqu'un d'autre ou lors d'une sortie avec des amis.

4.1.2 Comparaisons avec la population du Québec en général

Étant donné l'usage des mêmes indicateurs que ceux de l'enquête de 1998, on tentera, lorsque possible, de situer les résultats obtenus dans la présente étude par rapport à ceux de l'ensemble de la population du Québec (données standardisées selon l'âge et le sexe).

4.1.3 Portée et limites des données

La consommation d'alcool estimée par le biais de questionnaires autoadministrés est susceptible d'être sous-déclarée en raison de facteurs tels que la désirabilité sociale, tant sur le plan public que privé. La déclaration personnelle des répondants quant à la fréquence ou à la quantité d'alcool consommé peut en effet être particulièrement influencée par les facteurs socioculturels qui s'y associent. Cela est à considérer spécialement quand il s'agit de personnes originaires de communautés culturelles, qui risquent d'être sensibles à la question de la discrimination fondée sur une perception inexacte des comportements existants. En outre, il est important de demeurer prudent quant aux conclusions à tirer de la présente étude, relativement aux modes de consommation de ces groupes, sans analyser celle-ci à la lumière d'études comparables menées au sein de l'ensemble de la population des sociétés d'origine.

Les réserves avancées par Chevalier et Lemoine (2000) s'appliquent ici aussi. La validité et la fiabilité des réponses fournies semblent davantage garanties quand il s'agit de personnes qui consomment peu (Webb et autres, 1991), et seraient moins assurées

1. À l'instar des enquêtes précédentes, le questionnaire spécifiait qu'une consommation consistait en une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces, ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie : le répondant était informé que la bière à 0,5 % ne devait pas être incluse dans le calcul des consommations.

dans le cas de répondants dont la consommation est très élevée (Webb et autres, 1991; Seppä et autres, 1991). Ces chercheurs signalent d'ailleurs que « les grands consommateurs d'alcool sont souvent peu accessibles ou refusent de répondre soit à l'enquête elle-même, soit aux questions concernant la consommation d'alcool », ce qui risque de se produire indépendamment de l'origine culturelle des répondants. Les renseignements fournis peuvent en plus être biaisés par la difficulté de se rappeler avec précision la fréquence d'un comportement tel que la consommation d'alcool, ou la quantité consommée (Burton et Blair, 1991; Presser, 1984).

Par ailleurs, les questions QAA53 à QAA61 et les indices portant sur le nombre de fois où on a pris cinq consommations ou plus par occasion et le nombre de fois où on s'est enivré sur une période de douze mois ont des taux de non-réponse partielle supérieurs à 10 %. Leur non-réponse partielle a été étudiée selon les variables de communauté, de classe d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois. L'indice type de buveur a également été utilisé pour étudier la non-réponse partielle aux questions QAA53 à QAA61. Les résultats obtenus montrent que les non-répondants partiels à ces questions et indices présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants.

La non-réponse partielle aux questions QAA53 à QAA61 est associée significativement à la communauté, au statut d'activité au cours des 12 derniers mois de même qu'au type de buveur. Elle est également liée à la classe d'âge - tout comme les deux indices mentionnés plus haut - à l'exception de la question QAA56. Enfin, la non-réponse partielle aux questions QAA54 et QAA55 est liée au sexe.

Certaines caractéristiques de ces non-répondants partiels ont pu être dégagées pour les questions QAA53 à QAA61. En général, on remarque que ce sont des personnes qui proviennent en plus grande proportion de la communauté haïtienne, qui sont âgées plus fréquemment de 45 ans et plus, qui tenaient maison au cours d'une période de 12 mois et

qui sont également non-répondants partiels à l'indice « type de buveur ». Aussi, on retrouve une plus grande proportion de femmes chez les non-répondants partiels à la question QAA54 tandis que chez les non-répondants partiels à la question QAA55, ce sont les hommes qui se retrouvent en plus grande proportion. Chez ces derniers, on note également qu'ils sont plus fréquemment âgés de 25 ans et plus.

En supposant que les non-répondants partiels aient répondu de la même façon que les répondants d'après le type de buveur qu'ils sont, il y aurait alors sous-estimation de la modalité « Aucune consommation » pour les questions QAA53 à QAA61.

4.2 Résultats

D'une communauté à l'autre, approximativement entre 37 % et 58 % des répondants se disent abstinents (n'ayant jamais consommé d'alcool) (tableau 4.1) alors que les proportions varient de 39 % à 56 % en ce qui concerne les buveurs actuels dans ces mêmes groupes. Ces données rejoignent les impressions retenues par Perreault et Vasco (1998) selon lesquelles l'alcool serait consommé au moins par une proportion, fut-elle variable, des membres de certaines communautés (les communautés italienne, grecque, portugaise, vietnamienne, ainsi que les diverses communautés noires ou latino-américaines, étaient étudiées dans le cadre de cette dernière recherche). Il est intéressant de constater que l'alcool est consommé par plusieurs communautés, certainement là où la tradition vinicole existe depuis longtemps. Par ailleurs, alors qu'une proportion d'environ 48 % des personnes des quatre communautés culturelles étudiées se disent abstinentes (tableau 4.1), elles sont seulement 11 % à se définir ainsi dans l'ensemble de la population du Québec (ESQ 1998, données standardisées). Quant aux buveurs actuels, ils constituent une proportion de 47 % dans les groupes d'immigrants récents visés par l'étude, contre 84 % pour l'ensemble du Québec. Enfin, les données (non présentées) sur le nombre de consommations par les buveurs actuels au cours des sept jours précédant l'étude, selon le sexe ou selon

l'âge, ne sont pas significatives. On remarque cependant que pendant cette même période, 51 % des buveurs actuels originaires des communautés culturelles visées par l'étude déclarent n'avoir pris aucune consommation, alors que 5 % affirment avoir pris entre 7 et 13 consommations et 1,3 % seulement indiquent avoir pris 14 consommations et plus.

Au chapitre des répondants abstinents comme à celui des buveurs actuels, l'on remarque des différences intéressantes entre les deux études en ce qui concerne les pourcentages selon le sexe (tableau 4.2). Dans l'ensemble des communautés visées par l'étude, 58 % des femmes sont abstinentes (n'ayant jamais consommé d'alcool) comparativement à 38 % des hommes. Quand on considère l'ensemble du Québec (données standardisées), 7 % seulement des hommes et 14 % des femmes déclarent être abstinents. Les écarts sont aussi intéressants en ce qui concerne la

proportion de buveurs actuels, puisque 56 % des hommes et 38 % des femmes des communautés culturelles, comparativement à 87 % des hommes et 81 % des femmes (données standardisées) pour l'ensemble du Québec, se situent dans cette catégorie. Par ailleurs, la consommation d'alcool des femmes des communautés étudiées se distingue de la consommation faite par les hommes de ces mêmes communautés et du Québec en général, ainsi que de celle des femmes de l'ensemble de la population québécoise. Ces différences selon le sexe sont conformes aux perceptions exprimées par les répondants à l'étude de Perreault et Vasco (1996), où l'on signalait souvent que la consommation d'alcool par une femme était traditionnellement moins bien acceptée que celle chez l'homme. Les données de la présente étude ne permettent pas par ailleurs d'avoir une idée claire des modes de consommation selon le groupe d'âge.

Tableau 4.1

Mode de consommation d'alcool selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Abstinentes	37,3	57,7	53,2	38,7	48,2	10,8
Anciens buveurs	7,0 *	3,3 **	4,1 **	6,0 *	4,8 *	5,0
Buveurs actuels	55,7	39,0	42,7	55,3	47,0	84,2

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 4.2

Mode de consommation d'alcool selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Communautés culturelles 1998-1999			Québec 1998 (données standardisées)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	%					
Abstinentes	38,3	57,8	48,2	7,1	14,4	10,8
Anciens buveurs	5,4 *	4,3 *	4,8	5,6	4,5	5,0
Buveurs actuels	56,3	37,9	47,0	87,3	81,1	84,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le fait de prendre cinq consommations et plus lors d'une même occasion est souvent considéré au Québec comme un seuil important signalant une consommation d'alcool à risque. Il importe alors de vérifier quelle est la fréquence d'une telle consommation, lors d'une seule occasion, par les immigrants des communautés approchées comparativement à l'ensemble des Québécois. Le tableau 4.3 permet de constater qu'autant les hommes que les femmes des communautés culturelles étudiées se distinguent de leurs homologues de l'ensemble de la population québécoise eu égard au nombre de fois qu'ils ont pris 5 consommations ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête. En effet, 72 % des hommes et 87 % des femmes des communautés visées déclarent qu'ils n'ont pris cinq consommations en aucune occasion, pendant cette période, alors que dans l'ensemble de la population québécoise, 28 % des hommes et 52 % des femmes se disent dans la même situation. Si un élément de conformité à des critères de désirabilité sociale peut contribuer à une sous-déclaration de la consommation personnelle, et en dépit des cas de consommation abusive et fréquente discrètement reconnus dans plusieurs communautés (Perreault et Vasco, 1998), les tendances obtenues vont dans le même sens que l'hypothèse selon laquelle une consommation modérée d'alcool est généralement privilégiée parmi les nouveaux arrivants.

Des différences significatives entre les communautés culturelles visées et l'ensemble de la population québécoise (tableau 4.4) sont aussi observées selon le groupe d'âge. En effet, pour chaque groupe d'âge, une proportion élevée des immigrants visés par l'étude affirment avoir toujours pris moins de cinq consommations par occasion au cours d'une période de 12 mois : chez les 15-24 ans, environ 72 % contre 25 %; chez les 25-44 ans il s'agit d'approximativement 78 % contre 40 %; et chez les 45 ans et plus, 83 % contre 54 %. Le fait de prendre cinq consommations et plus en une seule occasion, au moins cinq fois au cours de l'année précédant l'étude, est proportionnellement plus fréquent au sein de l'ensemble de la population québécoise, particulièrement chez les 15-24 ans (environ 41 % contre 9 % de la population visée par l'étude). Les jeunes de 15-24 ans ont pris plus d'une fois cinq consommations ou plus en une seule occasion que les autres groupes d'âge, toute proportion gardée, et ce, chez les communautés culturelles et chez les Québécois. Cela incite à penser à l'importance d'étudier l'évolution ultérieure de leur usage d'alcool, au fil de leur processus d'acculturation à la société québécoise et à mesure qu'ils vieillissent, afin de déterminer si la consommation d'alcool de ce groupe tendra à se rapprocher des profils ici remarqués chez les aînés de leurs communautés ou si, au contraire, cela ressemblera à la consommation remarquée au sein de l'ensemble de la population québécoise.

Tableau 4.3

Fréquence de 5 consommations et plus par occasion au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Hommes		Femmes	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%			
Aucune fois	72,2	27,7	86,9	52,2
1-4 fois	19,5	30,5	11,5 *	29,2
5 fois et plus	8,4 *	41,8	1,6 **	18,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 4.4

Nombre de fois de 5 consommations et plus au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	15-24 ans		25-44 ans		45 ans et plus	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Aucune fois	72,4	25,0	78,3	40,3	83,4	53,9
1-4 fois	19,1 *	33,5	16,1 *	31,1	13,7 **	22,6
5 fois et plus	8,5 **	41,4	5,6 **	28,6	3,0 **	23,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les quatre groupes étudiés se démarquent aussi de l'ensemble de la population québécoise en ce sens qu'au sein de ces groupes, environ 74 % des hommes et 84 % des femmes disent ne jamais s'être enivrés comparativement à 53 % des hommes et 68 % des femmes dans l'ensemble du Québec (tableau 4.5). Perreault et Vasco (1998) ont remarqué chez les répondants qu'ils ont rencontrés lors de leur étude une conscience et une inquiétude face à l'ampleur de la consommation d'alcool et face aux comportements et problèmes que cela peut engendrer, incluant les impacts des préjugés à leur endroit, envers leur famille ou leur communauté d'origine. Le fait de

s'enivrer, et en particulier les comportements dénotant une perte de contrôle de soi (plutôt que le fait de consommer comme tel), n'est en aucun cas publiquement encouragé, sauf entre copains, et cela dépend encore des gestes posés sous l'effet de l'intoxication. Il est possible que les estimations obtenues dans la présente étude soient biaisées par les tentatives de minimiser l'ampleur de la consommation personnelle, afin de préserver l'image de soi et pour se conformer aux critères d'acceptabilité sociale en vigueur dans la communauté d'origine ou dans la société d'accueil.

Tableau 4.5

Fréquence de l'enivrement au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Hommes		Femmes	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%			
Jamais	73,7	53,1	84,3	67,7
Une fois ou plus	26,3	46,9	15,7 *	32,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 4.6

Fréquence de l'enivrement au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, buveurs actuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	15-24 ans		25-44 ans		45 ans et plus	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Jamais	56,6	29,4	83,2	64,3	85,6	83,4
1 fois ou plus	43,4	70,6	16,8 *	35,7	14,4 **	16,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si l'on considère la fréquence de l'enivrement selon l'âge (tableau 4.6), alors que l'on observe une similitude des proportions entre les deux enquêtes pour les 45 ans et plus, il y a quelques différences plus marquées en ce qui a trait aux plus jeunes. En effet, dans le cas des 15-24 ans issus des quatre communautés visées, ils sont approximativement 57 % à ne jamais s'être enivrés, comparativement à 29 % pour l'ensemble de la population québécoise. Il faut se rappeler que dans plusieurs communautés la permission de consommer de l'alcool accordée aux plus jeunes (Perreault et Vasco, 1998) est traditionnellement réservée à l'occasion des repas sous la surveillance parentale et souvent limitée aux garçons qui ont atteint l'adolescence et/ou qui ont commencé à travailler. Par ailleurs, le fait de s'enivrer est souvent davantage retenu, voire condamné, quand les comportements qui s'y associent sont problématiques – les tabous concernant un tel comportement continuent d'être très forts au sein des diverses communautés au point que, si l'on reconnaît l'existence de problèmes sérieux associés à l'enivrement fréquent, l'on pourrait être porté à minimiser l'ampleur et la fréquence de telles situations. Quant aux personnes de 25-44 ans des communautés visées par l'étude, l'on constate qu'approximativement 17 % d'entre elles reconnaissent s'être enivrées une fois ou plus dans l'année qui a précédé l'entrevue, comparativement à 36 % pour le même groupe d'âge dans l'ensemble de la population québécoise.

Le tableau 4.7 porte sur la quantité d'alcool jugée acceptable dans différents contextes. Sur ce plan, dans les communautés culturelles visées, les personnes abstinentes se démarquent des buveurs actuels à plus d'un égard, comme il était possible de prévoir.

Les abstinentes sont proportionnellement plus nombreux à considérer préférable de ne rien consommer, peu importe le contexte proposé. Les buveurs actuels, quant à eux, sont proportionnellement plus nombreux à juger relativement acceptable de prendre un ou deux verres lorsqu'il s'agit de situations comme celle de consommer lors d'une soirée ou d'une célébration chez quelqu'un d'autre, celle d'un homme ou d'une femme qui se trouve au bar avec des amis, ou même quand il est question d'un souper, en couple ou entre amis, à la maison. La consommation de un ou deux verres leur semble proportionnellement plus acceptable dans deux cas en particulier, soit pour 70 % « lors d'une soirée ou célébration chez quelqu'un d'autre », et pour 63 % lorsqu'on fait référence à la consommation de boissons alcoolisées « chez soi avec des amis ».

Tableau 4.7

Quantité d'alcool consommé jugée acceptable selon le contexte proposé, selon le type de buveur, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Abstinentes	Anciens buveurs	Buveurs actuels
	%		
À une soirée ou à une célébration chez quelqu'un d'autre			
Aucune consommation	64,9	46,1*	11,7
1 ou 2 verres	27,2	36,2*	69,6
Effet sensible	2,1**	10,0**	13,8
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,8*	7,7**	4,8*
Un homme au bar avec des amis			
Aucune consommation	65,5	41,0*	15,9
1 ou 2 verres	21,5	32,9**	51,2
Effet sensible	4,5**	18,0**	24,3
Ne sait pas (pas d'opinion)	8,6*	8,2**	8,6*
Une femme au bar avec des amis			
Aucune consommation	68,9	48,3*	24,3
1 ou 2 verres	19,0	36,2*	53,1
Effet sensible	3,3**	5,7**	12,5
Ne sait pas (pas d'opinion)	8,8*	9,8**	10,1*
Un couple qui soupe à la maison			
Aucune consommation	69,2	50,4*	24,1
1 ou 2 verres	23,2	33,9*	54,5
Effet sensible	2,4**	7,3**	16,1
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,2*	8,3**	5,4*
Au restaurant pour le repas de midi avec des collègues			
Aucune consommation	78,7	67,8	57,7
1 ou 2 verres	13,6	26,8**	37,4
Effet sensible	1,3**	0,7**	1,4**
Ne sait pas (pas d'opinion)	6,4*	4,7**	3,6**
Chez soi avec des amis			
Aucune consommation	68,3	53,8*	14,5
1 ou 2 verres	23,0	25,4**	62,9
Effet sensible	3,4**	16,6**	20,2
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,3*	4,2**	2,5**
Après le travail, avant de rentrer à la maison			
Aucune consommation	89,8	87,2	82,0
1 ou 2 verres	3,8**	6,7**	14,7
Effet sensible	0,8**	0	0,5**
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,7*	6,0**	2,8**
Seul chez soi			
Aucune consommation	85,7	70,6	59,3
1 ou 2 verres	7,5*	17,9**	32,4
Effet sensible	1,3**	5,7**	5,7*
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,6*	5,9**	2,6**
Lors d'une sortie avec des amis pour un événement sportif ou des activités de loisir			
Aucune consommation	81,5	70,1	52,0
1 ou 2 verres	11,7	21,9**	39,3
Effet sensible	1,8**	3,3**	6,1*
Ne sait pas (pas d'opinion)	5,1*	4,7**	2,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Par ailleurs, les personnes correspondant à chacun des trois profils de consommation (abstinents, anciens buveurs, buveurs actuels) jugent pour la majorité qu'il est mieux de ne rien consommer dans les contextes suivants : « au restaurant pour le repas du midi avec des collègues » (79 %, 68 % et 58 %), « après le travail, avant de rentrer à la maison » (90 %, 87 % et 82 %), « seul chez soi » (86 %, 71 %, et 59 %), ou encore « lors d'une sortie avec des amis pour un événement sportif ou lors d'activités de loisir » (81 %, 70 % et 52 %).

Parmi l'ensemble des communautés culturelles visées, ce sont encore les buveurs actuels qui sont proportionnellement les plus nombreux à croire qu'un effet sensible est acceptable quand il s'agit d'un « homme au bar avec des amis » (24 %) ou quand cela résulte d'une consommation d'alcool qui a eu lieu « chez soi avec des amis » (20 %). La population visée est presque unanime à trouver un tel niveau de consommation inacceptable dans la grande majorité des autres situations explorées, en particulier quand il est question de boire « après le travail, avant de rentrer à la maison ». Remarquons aussi que, au sein des communautés culturelles interrogées, l'on accepte généralement beaucoup moins la consommation d'alcool chez les femmes, et ce, particulièrement chez les buveurs actuels et les anciens buveurs. Une certaine proportion des anciens buveurs et des buveurs actuels considère préférable qu'un homme ne consomme aucun alcool quand il se trouve au bar avec des amis (41 % et 16 %, respectivement), mais ils sont encore plus nombreux à le penser quand il s'agit d'une femme dans la même situation (48 % et 24 %). Ces différences sont encore plus marquées quand il s'agit d'une consommation qui peut être associée à un « effet sensible » : seulement 6 % des anciens buveurs et 12 % des buveurs actuels jugent acceptable qu'une femme consomme au point de ressentir un tel effet lorsqu'elle se trouve au bar avec des amis, alors qu'ils sont, respectivement, 18 % et 24 % à trouver cela acceptable quand il s'agit d'un homme. Il semble que la consommation d'alcool des jeunes et des femmes soit perçue comme moins socialement acceptable, une hypothèse qui mériterait

d'être davantage étudiée autant pour préciser les mécanismes en jeu que pour suivre l'évolution au fil du processus d'acculturation.

Encore une fois, ces données vont en général dans le sens des renseignements fournis par les répondants interrogés par Perreault et Vasco (1996). Une consommation très modérée est donc généralement acceptée chez des amis ou chez soi en leur compagnie (Perreault et Vasco, 1998).

Conclusion

Selon les données de cette étude, la consommation de boissons alcoolisées serait moins répandue chez les personnes issues des communautés culturelles étudiées qu'au sein de l'ensemble des Québécois. Le pourcentage d'hommes abstinents y est significativement plus élevé que pour la population québécoise en général. Les femmes des communautés culturelles sont elles aussi proportionnellement plus nombreuses que les Québécoises à être abstinentes, ce qui pourrait s'expliquer entre autres par les codes de conduite culturels des sociétés d'où elles sont originaires. Par ailleurs, la proportion des hommes et celle des femmes des groupes d'immigrants récents étudiés à avoir pris cinq consommations et plus, à plus de cinq occasions au cours des 12 mois qui ont précédé l'étude, est moins élevée que celle qu'on observe pour l'ensemble du Québec. Toute proportion gardée, les jeunes de 15-24 ans des communautés culturelles, comme ceux du même groupe d'âge dans la population québécoise en général, sont ceux qui auraient le plus souvent pris cinq consommations et plus en une seule occasion, mais ils sont moins nombreux en proportion que les Québécois à l'avoir fait. Plus des trois quarts des hommes et des femmes des communautés culturelles à l'étude considèrent ne jamais s'être enivrés, alors que cela est le cas pour moins des deux tiers de l'ensemble des Québécois. Ce sont en particulier les jeunes de 15-24 ans qui se seraient enivrés au moins une fois au cours de la période de référence mais ceux originaires des communautés culturelles sont proportionnellement moins nombreux à le faire que l'ensemble des jeunes

du Québec. Il est par ailleurs intéressant de constater que seulement une consommation modérée, voire minimale, est jugée acceptable par la vaste majorité des répondants indépendamment des situations de consommation proposées. Ces constats permettent de croire que la consommation d'alcool est un phénomène moins important pour les immigrants récemment arrivés que pour l'ensemble de la société québécoise. Trois facteurs sont cependant à considérer et invitent à la prudence quant aux interprétations que l'on pourrait être tenté de faire à partir des données ici présentées, ou encore quand on fait des comparaisons avec ce qui se passe pour l'ensemble de la population du Québec. Il est important de se rappeler 1) qu'il s'agit de communautés d'origine et aux caractéristiques différentes; 2) le petit nombre de répondants; 3) le fait qu'il y a une sous-déclaration probable de la consommation. Il serait intéressant de vérifier quels sont néanmoins les impacts que la consommation d'alcool peut avoir sur la vie des gens des communautés culturelles.

Les facteurs, les codes et les mécanismes socioculturels qui favorisent les profils de consommation ici explorés peuvent varier d'une culture à l'autre et présenteront certainement quelques ressemblances avec ceux qui balisent les modes de consommation d'alcool de la société québécoise. Une meilleure compréhension de ces variables pourrait aider à envisager de nouvelles manières d'encourager une consommation modérée d'alcool au Québec.

Il est toutefois important de continuer d'approfondir la compréhension des facteurs culturels et des problèmes qui sont associés à la consommation abusive d'alcool, pour l'ensemble de la population. Cela est particulièrement important quand il s'agit de personnes issues des groupes minoritaires dont les expériences singulières sont encore aujourd'hui peu abordées et mal comprises. De nombreux stéréotypes et tabous, ainsi que plusieurs barrières culturelles et linguistiques, colorent encore la vision de ce qui contribue à l'usage et à l'abus d'alcool par les

personnes issues de ces groupes. Nombreux sont ceux qui s'entendent sur le besoin de poursuivre et d'approfondir les connaissances en ces matières par le biais d'études quantitatives et qualitatives. Une meilleure compréhension des expériences des immigrants de diverses origines aux prises avec un problème d'alcool pourrait contribuer à la planification d'une plus grande accessibilité aux services d'aide existants pour tous les groupes de la société québécoise.

Bibliographie

BENNETT, L. A., C. CAMPILLO, C. R. CHANDRASHEKAR et O. GUREJE (1998). « Alcohol Beverage Consumption in India, Mexico, and Nigeria: a Cross-Cultural Comparison », *Alcohol Health & Research World*, vol. 22, n° 4, p. 243-252.

BURTON, S., et E. BLAIR (1991). « Task conditions, response formulation processes, and response accuracy for behavioral frequency questions in surveys », *Public Opinion Quarterly*, vol. 55, n° 1, p. 50-79.

CAETANO, R.; C. L. CLARK et T. TAM (1998). « Alcohol Consumption Among Racial/Ethnic Minorities: Theory and Research », *Alcohol Health and Research World*, vol. 22, n° 4, p. 233-241.

CARDINAL, N. (1988). « Dimension culturelle et historique de l'usage des psychotropes » dans BRISSON, P. (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 21-34.

CARDINAL, N. (1986). « Les Italiens de Montréal et leur vin. Une dimension culturelle de la consommation alcoolique », *Anthropologia medica*, vol. 1, n° 2, p. 13-17.

CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000). « Consommation d'alcool » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 117-133.

COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS (1995). *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Notes du Secrétariat, préparées pour la 38^{ème} session de la Commission.

FAUSKE, S.; A. WILKINSON et M. SHAIN (1996). « Communicating Alcohol and Drug Prevention Strategies and Models across Cultural Boundaries: Preliminary Report on an International Labour Office/World Health Organization/United Nations Drug Control Program », Interagency Program, *Substance Use and Misuse*, 31 (11&12), p. 1599-1617.

PERREAULT, M., et J. VASCO (1998). *Usages, abus et interventions : la question de l'alcool et des drogues dans six ensembles culturels montréalais (Synthèse)*, Montréal, Centre Dollard-Cormier, 38 p.

PRESSER, S. (1984). « Is inaccuracy on factual survey items-specific or respondent specific? », *Public Opinion Quarterly*, vol. 48, n° 1b, p. 344-355.

ROOM, R., A. JANCA, L. A. BENNETT, L. SCHMIDT et N. SARTORIUS (1996). « WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results », *Addiction*, vol. 91, n° 2, p.199-220.

Comments on ROOM, R. et autres (1996). *Addiction*, vol. 91, n° 2, p.221-230 :

Batel, P., The difficulties of building a lift in the Babel tower

Saxena, S., Towards studying the real cross-cultural similarities and differences

Helzer, J. E., A wealth of data and experience on which it will be essential to capitalize

Partanen, J., Why alcohol and drug research remains a marginal activity

Woody, G. E., Present difficulties, future possibilities

Allamani, A., Translators and traitors

Room, R.; Jancar, A.; Bennette, L. A.; Schmidt, L. & Sartorius, N., Back to the drawing board?

SEPPA, K., P SILLANAUKEE et T. KOIVULA (1991). « The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 85, n° 12, p. 1639-1645.

WEBB, G. R., S. REDMAN, R. W. GIBBERD et R. W. SANSON-FISCHER (1991). « The reliability and stability of a quantity-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 27, n° 3, p. 223-231.

Chapitre 5

Alimentation et poids corporel

Bryna Shatenstein
Sylvie Nadon

Centre de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Introduction

Les habitudes alimentaires reflètent les attitudes, les croyances et les expériences qui contribuent à la vie collective d'une population. Elles sont influencées par le coût et la disponibilité des aliments, l'identité ethnique et culturelle et parfois, les croyances religieuses. Les immigrants arrivent avec leur propre culture alimentaire. Cette dernière est parfois perturbée par des changements sociaux, économiques ou personnels reliés à l'immigration.

Les objectifs, pour ce volet de l'étude, étaient les suivants :

1. connaître les perceptions des populations visées par l'étude sur la qualité de leur alimentation;
2. connaître les perceptions sur la suffisance alimentaire;
3. connaître les perceptions sur le poids corporel;
4. explorer, à titre indicatif et de manière qualitative, certaines pratiques alimentaires qui font l'objet d'une attention particulière dans les programmes de nutrition au Québec.

L'alimentation pourrait se voir comme un élément culturel influencé par des facteurs nombreux qui agissent seuls ou ensemble (Nichter, 1986), ainsi reflétant leur développement au cours de la vie selon les expériences acquises (Barer-Stein, 1979; Dorais, 1994). L'appui et le renforcement mutuel de l'identité culturelle et ethnique et des habitudes alimentaires sont d'ailleurs bien connus (Carlsson et autres, 1984). Par exemple, historiquement, chaque culture a eu ses propres aliments de base, généralement un féculent tel que le riz, le maïs ou la

farine de blé. Dans la plupart des cultures, des modes d'alimentation traditionnels sont transmis aux enfants de la communauté pour que chaque génération subséquente connaisse ce que l'on considère comme un « aliment » (Jenner, 1973). Pour leur part, les restrictions alimentaires religieuses sont apparues graduellement dans un esprit visant la prévention du mal moral, psychologique et physique. Lorsqu'il y a des interdictions sur la consommation de certains aliments, les aliments proscrits sont généralement d'origine animale (Shatenstein et Ghadirian, 1998).

L'alimentation sert donc à beaucoup plus que la simple survie. Les aliments offrent du plaisir, du réconfort et de la sécurité et ils jouent un rôle symbolique par rapport à l'état social. Ce qu'on décide de manger, comment on le prépare et le sert, et même *comment* on le mange (avec une fourchette, des baguettes ou les doigts), sont tous des facteurs déterminés par l'héritage culturel de chaque individu.

Toutefois, adhérer aux croyances spécifiques dans le cadre d'un contexte culturel donné pourrait être relié à des caractéristiques de santé positives ou négatives. Les habitudes alimentaires des groupes culturels sont associées aux différences de prévalence, d'incidence et de mortalité liées aux maladies observées dans des populations différentes (Armstrong et autres, 1983; Keys et autres, 1984; Kromhout et Coulander, 1984; McGee et autres, 1984; Shaper, 1987; Thouez et Ghadirian, 1988; Whittemore et autres, 1990; Savage et Harlan, 1991; Ghadirian et autres, 1992). De cette façon, des facteurs alimentaires et nutritionnels contribuent à plusieurs conditions médicales associées à des différences dans l'état de santé des populations. Bien que la capacité à clarifier ces facteurs et leurs rôles respectifs soit encore limitée parce que peu

d'études en épidémiologie nutritionnelle ont comparé des groupes spécifiques sur des attributs similaires (Kumanyika, 1993), de telles études contribueraient grandement à la compréhension de l'importance et de l'interaction des facteurs donnant lieu aux risques accrus de maladie (Savage et Harlan, 1991; Sheth et autres, 1999).

- Migration

Très souvent, des changements de mode de vie suivent la migration. Des changements alimentaires accompagnés d'une prise de poids pourraient en outre être associés aux variations dans les taux de maladies (Savage et Harlan, 1991). Puisqu'il est bien connu que parmi les immigrants les schémas de mortalité sont influencés par ceux de leur pays natal et de leur pays d'adoption, l'étude des déterminants des comportements alimentaires et sanitaires fournira des données permettant de comprendre les conséquences interactives des influences sociales, environnementales et biologiques sur la prévalence et les conséquences des maladies chez les immigrants (Sheth et autres, 1999). En Amérique du Nord comme en Europe, il y a eu des vagues de migration accélérées au cours des 20 à 25 dernières années, où on voit des groupes culturels provenant des pays d'Afrique, de l'Inde, de l'Asie du sud-est et du Proche-Orient, parmi d'autres, migrant dans les pays occidentaux. La prolifération et la consommation des aliments dits « ethniques », de même que les mets plus typiques dans la plupart des villes d'Amérique du Nord, témoignent de l'influence culinaire de plusieurs cultures dans la société occidentale actuelle (Mauger, 1994). Toutefois, des études alimentaires en Amérique du Nord viennent tout juste de commencer à explorer systématiquement les attributs alimentaires des groupes minoritaires, tels que les Noirs, les Hispanophones ou les peuples autochtones (Murphy et autres, 1990; Kant et autres, 1991; Wein et autres, 1992; Santé Québec, 1994; Wein, 1994).

- Acculturation alimentaire

Puisque les aliments ont un potentiel symbolique comme identificateur ethnique, les schémas alimentaires des membres d'un groupe culturel tendent

vers le conservatisme; les aliments particuliers servant à les identifier restent vraisemblablement le dernier vestige de leur identité culturelle (Goode et autres, 1984a; Shatenstein et autres, 1992; 1993a, b). Lorsque les membres d'un groupe ethnique sont relativement fermés à la migration vers l'extérieur du groupe ou au mariage mixte avec un non-membre, la transmission et le renforcement du système alimentaire continuent par le biais des enfants et des interactions sociales (Goode et autres, 1984b).

À l'inverse, le phénomène de modification ou d'acculturation alimentaire postmigratoire comprend des substitutions, des ajouts, ou des choix d'aliments différents de ceux consommés traditionnellement. La plupart des immigrants retiennent toutefois certains aliments traditionnels, bien que d'autres soient exclus et d'autres, non traditionnels, adoptés. Très souvent, le repas du soir est le dernier repas à se modifier puisqu'il reste le plus traditionnel des repas. Les changements alimentaires sont reliés à la durée d'exposition de l'immigrant à son nouvel environnement, à sa connaissance de la nouvelle langue, à ses contacts sociaux avec des gens de la nouvelle culture, à son degré d'implication dans les activités et les programmes éducatifs. Les plus jeunes immigrants et les hommes (les femmes ayant plus d'expérience dans la préparation des plats traditionnels) changent plus rapidement leurs habitudes alimentaires (Kronld, 1989; Kronld et Lau, 1993; Pan et autres, 1999).

- Poids corporel

L'anthropométrie nutritionnelle se base sur les mesures des variations des dimensions physiques chez l'humain ainsi que sur la composition corporelle à des niveaux d'âge et de nutrition différents (Jelliffe, 1966). De telles mesures servent fréquemment dans l'évaluation de l'état nutritionnel puisqu'elles s'avèrent des techniques simples et non effractives, facilement appliquées par un personnel formé utilisant des procédures standardisées; en même temps elles s'appliquent à de grands groupes de sujets (Gibson, 1990). Le poids corporel et la taille sont les deux mesures les plus fréquemment obtenues. Bien que des maladies ou des facteurs génétiques puissent réduire la sensibilité ou la spécificité de ces

mesures, elles s'avèrent très utiles dans la surveillance de la composition corporelle chez des individus et des groupes (Gibson, 1990).

Ainsi, la surveillance de la composition corporelle des groupes permet de détecter la proportion d'individus ayant un poids acceptable pour la santé. La présence de surplus de poids et d'obésité est préoccupante parce qu'elle augmente le risque de souffrir de plusieurs maladies, particulièrement les maladies cardiovasculaires et le diabète (Santé et bien-être social Canada, 1988). Des problèmes de santé sont aussi associés à l'insuffisance de poids, à la perte de poids et à l'observance de régimes amaigrissants non appropriés car des carences alimentaires, de la fatigue chronique, de l'hypertension et des troubles du rythme cardiaque peuvent en résulter (Santé et bien-être social Canada, 1988).

L'indice de masse corporelle (IMC), une mesure éprouvée de la relation entre le poids et la santé, se calcule en utilisant le poids corporel et la taille (Santé et bien-être social Canada, 1988). L'IMC est une mesure directe de l'adiposité pour la majorité de la population (Calle et autres, 1999). Un IMC élevé est associé à une augmentation du risque de mortalité, surtout chez les gens qui n'ont jamais fumé et ceux qui n'ont pas d'antécédents médicaux (Calle et autres, 1999; Stevens et autres, 1998). Cependant, cette relation entre l'IMC et la mortalité diminue avec l'augmentation de l'âge (75 ans et plus) (Stevens et autres, 1998). Aussi, un IMC faible est associé à une augmentation de la mortalité parmi les fumeurs et les gens ayant des antécédents médicaux (Calle et autres, 1999).

Étant donné que l'Organisation mondiale de la santé (1997) rapporte une évolution pondérale ascendante dans toutes les régions du monde, il s'avère intéressant de vérifier où se situe le poids corporel des populations d'immigrants récents au Québec.

▪ Perception du poids

Selon Santé et bien-être social Canada (1988), « les exigences sociales relatives au poids ont entraîné une condamnation systématique de l'excès de poids dans notre culture. » C'est pourquoi des femmes et des jeunes filles en particulier sont obsédées par leur poids et des normes morphologiques irréalistes. Cette obsession de la minceur peut avoir de graves conséquences, soit une image corporelle négative ou déformée, des restrictions et des troubles de comportement alimentaires (Santé et bien-être social Canada, 1988). Des questions sur le désir de changer de poids sont pertinentes dans le cadre d'une étude sur les communautés culturelles, car plusieurs chercheurs mentionnent que la perception de l'image corporelle varie d'un groupe ethnique à un autre (Altabe, 1998; Ogden et Elder, 1998; Miller et autres, 2000; Demarest et Allen, 2000; Fitzgibbon et autres, 2000). D'ailleurs, Demarest et Allen (2000) font remarquer qu'il y a une plus faible incidence de problèmes de comportement alimentaires parmi les femmes de communautés culturelles ayant une image corporelle plus réaliste et positive.

5.1 Aspects méthodologiques

5.1.1 Indicateurs

Les questions et indices utilisés dans le présent chapitre proviennent de la section II du questionnaire autoadministré (QAA) portant sur le poids et l'image corporelle (QAA2 à QAA5) et de la section III, portant sur la consommation alimentaire, la perception des habitudes alimentaires, l'influence de la religion sur l'alimentation et la consommation de repas « commerciaux » préparés à l'extérieur de la maison (QAA6 à QAA10). Ils relèvent aussi de la section IX du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), couvrant les aspects reliés à l'insécurité alimentaire, les perceptions concernant l'accès aux aliments « convenables » et les gras utilisés dans l'alimentation habituelle (QRI72 à QRI76). Les questions du QAA s'adressent aux personnes de 15 ans et plus et celles du QRI portent sur l'ensemble des individus visés du ménage.

▪ Consommation alimentaire

L'étude du schéma total de consommation alimentaire permet de tenir compte des facteurs alimentaires interreliés et s'avère plus utile que l'examen de la contribution des éléments ou composantes nutritifs individuels aux maladies chroniques (Huijbregts et autres, 1997). Le Guide alimentaire canadien (GAC) recommande une alimentation équilibrée et variée basée sur la consommation journalière des aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC : pains et céréales, viandes et substituts, fruits et légumes, produits laitiers (Santé et bien-être social Canada, 1992). Un questionnaire de fréquence alimentaire (QF) non quantitatif a été développé pour l'étude (QAA10), suivant un modèle de questionnaire général de type « Block » (Block et autres, 1986), afin de permettre de connaître la fréquence habituelle de consommation de neuf regroupements d'aliments ciblés. Six catégories de fréquence de consommation possible ont été employées, allant de « jamais » à des fréquences par semaine (soit moins de 1 fois, de 1 à 3 fois, de 4 à 6 fois par semaine) ou par jour (soit 1 fois par jour, 2 fois par jour ou plus). La liste des aliments a été construite à partir de catégories d'aliments généralement connus dans l'alimentation typique de chacune des communautés visées par l'étude, afin de repérer la consommation d'items provenant de tous les groupes alimentaires, ainsi que des aliments « autres » (soit les sucreries). Il s'agit de différents pains et céréales, des viandes et de leurs substituts, des fruits et légumes et de différents produits laitiers. Pour faciliter la compréhension, quelques exemples d'aliments types ont été fournis dans chaque catégorie d'aliments. Il faudrait toutefois noter que puisqu'un QF « générique » devait être complété dans chacune des quatre communautés visées, la liste alimentaire ne pouvait pas préciser des aliments ou plats culturels particuliers à chacune des communautés culturelles.

Ensuite, la consommation d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC a été déterminée par la création de quatre indices portant sur chacun des groupes alimentaires du GAC, soit les pains et céréales; les viandes et substituts; les fruits et légumes

et les produits laitiers. Les indices ont été construits en additionnant les fréquences rapportées (par jour ou par semaine) de consommation des aliments faisant partie d'un même groupe du GAC. Lorsque la fréquence rapportée était moins de 1 fois par jour, la valeur de l'indice pour ce groupe alimentaire était de 0. Chacun de ces quatre indices était donc dichotomique (0 : consommation < 1fois/jour, 1 : consommation \geq 1 fois par jour).

Ces renseignements alimentaires n'ont pas d'équivalent dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Caractériser la complexité de la consommation alimentaire implique une description de la variété d'aliments, des combinaisons d'aliments, de la fréquence et de la quantité d'aliments consommés ainsi que des éléments nutritifs et non nutritifs qui composent cette alimentation. La qualité de l'alimentation est parfois évaluée selon sa suffisance en certains éléments nutritifs, en la comparant avec les recommandations sur la nutrition (apports adéquats en nutriments, équilibre en lipides et glucides, variété d'aliments, éviter les excès de sel et d'alcool) ou en vérifiant son association avec les risques de maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires). Puisque l'on s'attend à ce que l'alimentation de différents groupes culturels soit basée sur une variété d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC, il a été jugé pertinent d'examiner la qualité globale de l'alimentation chez les populations visées par l'étude. Cette stratégie avait déjà été utilisée dans une évaluation de la qualité alimentaire des écoliers palestiniens âgés de 10 à 18 ans vivant à Gaza au Moyen-Orient (Shatenstein et autres, 1996). Pour ce faire, l'indice de diversité alimentaire (IDA) a été adapté (de Kant et autres, 1991). Il a été construit en additionnant les quatre indices représentant la consommation de chacun des quatre groupes alimentaires et varie entre 0 et 4. Pour obtenir un score de 4, il faut consommer au moins un aliment provenant de chacun des quatre groupes alimentaires du GAC chaque jour. Finalement une version dichotomique de l'indice a été créée en recodant l'IDA selon deux niveaux : adéquat (score 4/4) ou inadéquat (score 0-3/4).

Les matières grasses utilisées ont été déterminées par le biais de la question suivante : « Dans votre alimentation habituelle de tous les jours, quelle(s) sorte(s) de gras utilisez-vous? » (QR176). Après avoir examiné la distribution des réponses à la question, certains gras similaires ont été regroupés et recodés en cinq catégories : huiles monoinsaturées (inclut l'huile d'olive et l'huile d'arachide), autres huiles (inclut l'huile de maïs et les autres huiles végétales), margarine molle, gras durs (inclut la margarine dure, le beurre, le shortening, le saindoux, le gras de bacon et le ghee), vinaigrettes commerciales.

- Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Comme dans l'ESS 1998, la question « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes, moyennes ou mauvaises? » (QAA6) a fait l'objet de regroupements, laissant ainsi trois catégories pour l'analyse : excellentes/très bonnes, bonnes, moyennes/mauvaises. Cet indice a été examiné pour les populations âgées de 15 ans et plus, ainsi que par sexe et par groupe d'âge; les estimations standardisées pour l'ESS ont permis de comparer les communautés culturelles avec la population québécoise.

D'autres questions ont été posées afin de connaître les perceptions des populations ciblées en ce qui concerne la consommation de sucre, de gras, de sel. Il s'agit de trois questions posées dans le QAA sous la rubrique « Concernant vos habitudes alimentaires... considérez-vous que vous mangez trop sucré pour votre santé? (QAA7a), trop gras pour votre santé? (QAA7b), trop salé pour votre santé? » (QAA7c). Les réponses possibles étaient oui, non, ne sait pas. Ces questions n'avaient pas d'équivalent dans l'ESS 1998.

- Provenance des repas

Tout comme dans l'ESS 1998, afin d'évaluer la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des sept jours ayant précédé la collecte de données, trois questions, l'une portant sur le fait d'avoir consommé des repas achetés congelés (QAA9a), la deuxième sur les repas livrés à la maison ou à emporter chez soi (QAA9b) et la dernière

sur les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte – excluant les repas apportés de la maison (QAA9c) – ont été posées. Un indice portant sur la consommation de repas commerciaux a été construit à partir des réponses affirmatives à ces trois questions afin d'examiner les estimations provenant des communautés culturelles et de l'ESS 1998, standardisées.

- Influence de la religion sur les choix alimentaires

Puisque la religion se retrouve parmi les facteurs culturels pouvant influencer l'alimentation, une question visant le lien entre la religion et l'alimentation a été posée : « Vos habitudes alimentaires sont-elles influencées par votre religion? » (QAA8). Compte tenu des faibles fréquences aux valeurs positives de l'indice (beaucoup, un peu), les réponses à ces deux catégories ont été regroupées en « oui », contre « non » et « ne s'applique pas ».

- Insécurité alimentaire

Puisque l'insécurité alimentaire des ménages est une problématique préoccupante par rapport à l'alimentation, et vu que cette dernière est parfois étroitement liée aux moyens financiers (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), la question suivante a été posée (QR172) : « Estimez-vous que les revenus de votre ménage sont suffisants pour vous assurer une bonne alimentation (en quantité et en qualité)? » Compte tenu des faibles fréquences aux extrémités de l'indice, les réponses « toujours » ou « généralement » ont été recodées en « oui » et celles « parfois » ou « jamais » ont été recodées en « non ». Lors de l'ESS 1998, des questions différentes ont été posées afin d'examiner l'ampleur de l'insécurité alimentaire, ce qui ne permet pas de comparaisons entre les communautés culturelles et le Québec.

- Perception sur l'accès alimentaire

On a également exploré les perceptions des immigrants récents quant à leur capacité de se procurer facilement des aliments acceptables dans leur pays d'accueil, pour ce qui est du coût, du goût et de la santé. Ces trois questions ont été posées sous la rubrique générale

« Trouvez-vous **facilement** ce qu'il faut pour assurer, à vous et à votre famille... » (QRI73 : Une alimentation à coût raisonnable? QRI74 : Une alimentation qui correspond à vos goûts? et QRI75 : Une alimentation qui favorise la santé?). Les réponses « toujours, généralement » ont été regroupées en « oui », tandis que les réponses « parfois, jamais » ont été regroupées en « non ». Afin d'examiner le nombre de perceptions sur l'accès alimentaire qui seraient problématiques au sein des populations visées par l'étude, un indice sommaire a été créé, en additionnant les trois réponses préalablement recodées en valeurs dichotomiques (0 = non, 1 = oui). Cet indice peut varier entre 0 et 3 où un score de 3 indique une capacité de se procurer des aliments nettement acceptables.

- Poids corporel

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en faisant le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille (en mètres) [poids (kg)/taille (m²)]. Le poids (QAA3) et la taille (QAA2) sont des mesures autorapportées.

Par la suite, l'IMC a été comparé avec les normes suggérées par Santé et bien-être social Canada (1988). Ces normes ont été développées pour classer le poids des individus de 20-64 ans en bonne santé. Elles ne s'appliquent pas aux individus en stade de croissance (enfants, adolescents), ni aux femmes enceintes ou allaitant. Les résultats portant spécifiquement sur l'IMC sont donc présentés pour les immigrants âgés de 18 ans et plus; de plus, les femmes enceintes ou allaitant ont été exclues de l'ensemble des résultats portant sur l'IMC. L'IMC comporte des limites, il ne permet pas de distinguer les personnes qui font de l'embonpoint des personnes à forte musculature. Quatre catégories d'IMC ont été produites : IMC inférieur à 20 (poids faible), IMC entre 20 et 25 (poids santé), IMC entre 26 et 27 (embonpoint) et IMC supérieur à 27 (obésité).

- Image corporelle

Un indice a été produit à partir du poids corporel, du désir de changer de poids et du poids désiré. Cet indice

a été examiné par sexe et par catégorie d'IMC. Comme l'image corporelle des adolescentes est parfois problématique, les résultats portent sur la population âgée de 15 ans et plus. Puisqu'il y avait peu d'effectifs au sein des communautés culturelles dans la catégorie de la distribution de IMC supérieur à 27, elle a été regroupée avec la catégorie IMC entre 26 et 27, pour en faire IMC plus grand ou égal à 26. L'IMC est comparable avec l'ESS 1998 et les estimations provenant des communautés culturelles sont comparées avec les estimations pour le Québec standardisées.

5.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Les questions portant sur les perceptions de la qualité des habitudes alimentaires, la consommation de repas commerciaux et le poids corporel permettent d'effectuer des comparaisons avec l'Enquête sociale et de santé 1998. Les autres questions n'ont pas d'équivalent dans l'ESS.

5.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 10 % sauf pour les questions QAA7A (13,5 %), QAA7B (13,7 %) et QAA7C (14,4 %), ainsi que l'IDA (15,3 %). D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classe d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, les non-répondants partiels à la question QAA7B ne sont pas différemment caractérisés des répondants de façon significative.

Cependant, toute proportion gardée, les non-répondants partiels à l'IDA sont plus souvent des gens de 45 ans et plus et appartiennent à une communauté autre que celle originaire des pays arabophones. Quant aux non-répondants partiels aux questions QAA7A et QAA7C, ce sont plus souvent des hommes; en ce qui concerne la question QAA7A, ils sont aussi plus fréquemment âgés de 25-44 ans.

5.2 Résultats

5.2.1 Consommation alimentaire habituelle

- Alimentation usuelle : groupes d'aliments consommés

Le tableau 5.1 porte sur la fréquence de consommation des regroupements alimentaires. Dans l'ensemble, environ 39 % de la population visée consomme des céréales à grains entiers de 1 à 6 fois par semaine, tandis que près de 35 % le font au moins 1 fois par jour. Une proportion plus élevée consomme des grains provenant des céréales raffinées au moins 1 fois par jour, par rapport aux grains entiers (quelque 44 % c. 35 %). Parmi les communautés culturelles visées dans leur ensemble, quelque 13 % rapportent une consommation journalière de légumineuses. En ce qui concerne les protéines animales, environ 36 % de la population visée rapporte une consommation journalière, et près de 55 % en consomment de 1 à 6 fois par semaine. Dans l'ensemble, environ 58 % mangent des fruits et légumes au moins 1 fois par jour. Quelque 43 % boivent du lait (de vache ou de chèvre, excluant le lait de soja) au moins 1 fois par jour, tandis que 30 % en prennent à raison de 1 à 6 fois par semaine et 27 % n'en consomment que très peu fréquemment, soit moins de 1 fois par semaine. Près de 42 % des membres des communautés étudiées consomment du yogourt entre 1 et 6 fois par semaine. Dans l'ensemble, environ 47 % consomment des fromages de 1 à 6 fois par semaine.

Le tableau 5.1 indique aussi que les aliments sucrés ne semblent pas être consommés très fréquemment par les populations visées par cette étude. Dans l'ensemble, environ 50 % mangent des sucreries moins de 1 fois par semaine et environ 14 % seulement en consomment au moins 1 fois par jour. Lorsqu'on examine les réponses concernant cette catégorie d'aliments, il faut tenir compte du fait que les gens ont tendance à sous-rapporter les aliments qu'ils considèrent moins bons pour la santé.

En examinant les estimations dans chaque catégorie de regroupements alimentaires, on peut constater que les

divers sous-groupes ont des schémas alimentaires qui leur sont propres.

Parmi les Chinois, une proportion élevée mange des céréales raffinées (78 %), des protéines animales (62 %), des fruits et légumes (79 %) au moins 1 fois par jour; près des deux tiers consomment des légumineuses (protéines végétales) de 1 à 6 fois par semaine. Les yogourts (68 % en prennent moins d'une fois par semaine) et les fromages (76 % en consomment moins d'une fois par semaine) ne sont pas fréquemment consommés par la majorité, bien que le lait semble régulièrement consommé (1 fois par jour ou plus) par environ 38 % d'entre eux.

Chez les Haïtiens, la plupart des aliments couverts par les regroupements sont consommés de 1 à 6 fois par semaine par près de la moitié de la population. Une proportion significativement plus restreinte a indiqué une consommation quotidienne pour chacun des groupes d'aliments faisant l'objet du questionnaire.

Selon les réponses au questionnaire de fréquence alimentaire, la population provenant du Maghreb et du Moyen-Orient a présenté un portrait alimentaire plus difficile à cerner. Pour une forte proportion, on constate une consommation de fruits et légumes (63 %) et de lait (44 %) au moins d'une fois par jour, et de protéines animales (60 %), de yogourts (48 %) et de fromages (55 %) de 1 à 6 fois par semaine. Près de 79 % des membres de cette communauté consomment des céréales raffinées, soit à tous les jours ou de 1 à 6 fois par semaine. Il est surprenant de constater qu'environ 50 % de cette communauté a indiqué consommer des légumineuses moins d'une fois par semaine, compte tenu des plats typiques de ces régions.

Chez la population originaire de pays hispanophones, 45 % à 50 % environ ont rapporté une consommation quotidienne de grains entiers, de fruits et légumes et de lait et entre 43 % et 58 % ont une fréquence de consommation variant de 1 à 6 fois par semaine de céréales raffinées, de légumineuses, de protéines animales et de fromages.

Tableau 5.1

Fréquence de consommation de différents groupes d'aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins d'une fois par semaine	1 à 6 fois par semaine	1 fois ou plus par jour
%			
Chine			
grains entiers	40,6	34,3	25,1
céréales raffinées	2,6**	19,7	77,7
légumineuses	24,5	63,9	11,6*
protéines animales	6,7*	31,6	61,7
fruits et légumes	1,9**	19,1	79,0
laits	29,4	32,4	38,2
yogourts	67,6	25,4	7,0*
fromages	76,2	19,9	3,8**
sucrieries	43,5	45,3	11,2*
Haïti			
grains entiers	31,2	46,8	22,1
céréales raffinées	13,9*	53,6	32,4
légumineuses	22,2	50,5	27,3
protéines animales	7,3*	56,0	36,7
fruits et légumes	6,4*	55,4	38,2
laits	19,8	43,2	37,0
yogourts	36,9	40,5	22,6
fromages	37,9	44,0	18,1
sucrieries	58,9	30,8	10,3*
Maghreb et Moyen-Orient			
grains entiers	28,5	35,6	35,9
céréales raffinées	21,1	37,1	41,8
légumineuses	50,2	41,6	8,2*
protéines animales	10,9*	59,8	29,3
fruits et légumes	3,4**	33,8	62,8
laits	30,0	26,1	43,9
yogourts	21,5	48,2	30,3
fromages	12,3*	54,9	32,7
sucrieries	45,8	35,8	18,4
Pays hispanophones			
grains entiers	13,0	42,3	44,7
céréales raffinées	16,0	46,1	37,9
légumineuses	43,4	43,0	13,6
protéines animales	7,8*	57,9	34,3
fruits et légumes	5,0*	45,6	49,4
laits	22,5	28,8	48,8
yogourts	41,3	37,4	21,3
fromages	26,7	47,8	25,5
sucrieries	57,9	35,3	6,8*
Total			
grains entiers	26,7	38,7	34,6
céréales raffinées	16,3	39,4	44,3
légumineuses	40,9	46,3	12,8
protéines animales	9,1	54,8	36,1
fruits et légumes	4,0*	37,6	58,4
laits	26,6	30,1	43,2
yogourts	34,6	41,5	23,9
fromages	28,1	46,9	25,0
sucrieries	50,2	36,3	13,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Diversité alimentaire

Le tableau 5.2 présente la consommation journalière des aliments provenant des quatre groupes du GAC. Ainsi, pour l'ensemble des communautés environ 64 % consomment des produits céréaliers au moins 1 fois par jour. Cette proportion varie entre environ 81 % chez les Chinois et près de 48 % chez les Haïtiens. Environ 44 % de la population visée consomme des viandes et substituts au moins 1 fois par jour, soit près de 69 % chez les Chinois. Pour ce qui est des fruits et légumes, environ 58 % de l'ensemble des communautés visées par l'étude disent en consommer à raison d'une fois par jour ou plus, soit quelque 79 % des Chinois et seulement 38 % des Haïtiens. Dans l'ensemble, près de 61 % rapportent une consommation quotidienne de produits laitiers, mais environ 41 % seulement de la population chinoise visée en fait autant.

- Indice de diversité alimentaire (IDA)

La distribution des scores à l'IDA est présentée dans le tableau 5.3. Moins du quart de la population visée (22 %) a obtenu un score de 4 sur 4 indiquant une alimentation adéquate sur le plan de la diversité. Cette proportion est d'environ 28 % chez les Chinois. Près de 20 % de l'ensemble de la population visée n'a obtenu qu'un score de 2 sur 4, ce qui indique des lacunes potentielles pour ce qui est de la diversité dans l'alimentation quotidienne. Environ 78 % de la population visée aurait donc une alimentation possiblement inadéquate (score entre 0 et 3) sur le plan de la diversité alimentaire, dont 14 % avec un score de 0. Le calcul des indices faisant partie du score à l'IDA reflète donc des fréquences de consommation rapportées par ces répondants qui sont inférieures ou supérieures au seuil établi de « au moins 1 fois par jour ». L'étude n'a pas observé de différences significatives lorsque ce score a été examiné pour chaque population par groupe d'âge et par sexe.

Tableau 5.2

Consommation 1 fois par jour ou plus des aliments provenant des quatre groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Groupes alimentaires			
	Produits céréaliers	Viandes et substituts	Fruits et légumes	Produits laitiers
	%			
Chine	81,2	68,7	79,0	40,8
Haïti	48,3	51,1	38,2	54,5
Maghreb et Moyen-Orient	65,0	34,1	62,8	68,8
Pays hispanophones	61,1	43,7	49,4	59,6
Total	63,6	43,7	58,4	60,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.3

Indice de diversité alimentaire (IDA) selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Score à l'IDA				
	0	1	2	3	4
	%				
Chine	9,7 *	6,7 *	16,4	39,7	27,5
Haïti	22,5	20,6	18,8	16,8 *	21,3
Maghreb et Moyen-Orient	12,6 *	14,9 *	20,6	29,9	21,9
Pays hispanophones	16,1	18,5	21,2	23,1	21,0
Total	14,4	15,5	20,0	27,7	22,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

▪ Matières grasses utilisées

Les communautés visées rapportent l'utilisation de différents types de matières grasses dans des proportions variant de l'une à l'autre (tableau 5.4). Ce résultat n'est pas surprenant lorsque l'on considère les différences entre ces communautés pour ce qui est de l'alimentation traditionnelle et des modes préférés de préparation des aliments. Par exemple, par rapport à l'ensemble des communautés culturelles visées, une proportion plus élevée de personnes en provenance

des pays arabophones rapporte l'utilisation des huiles monoinsaturées (88 % c. 66 %) tandis qu'une proportion plus faible de Chinois utilise la margarine molle (27 % c. 46 %) ou les gras durs (40 % c. 65 %). Les matières grasses consommées par une forte majorité de la population visée (89 %) sont les « autres huiles », suivies par les huiles monoinsaturées (environ 66 %) et les gras durs (65 %), la margarine molle (46 %) et les vinaigrettes commerciales (33 %).

Tableau 5.4

Matières grasses utilisées selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Matières grasses utilisées				
	Huiles monoinsaturées	Autres huiles	Margarine molle	Gras durs	Vinaigrettes commerciales
	%				
Chine	39,5	91,1	26,8	40,4	35,8
Haïti	35,6	86,2	59,5	58,5	30,1
Maghreb et Moyen-Orient	87,9	89,5	40,6	77,8	32,5
Pays hispanophones	57,5	88,3	57,0	59,5	33,8
Total	66,0	89,0	45,5	65,3	32,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Consommation de repas commerciaux

Le tableau 5.5 présente la consommation de repas commerciaux par les quatre communautés visées par l'étude. Dans l'ensemble, il y a une proportion moins élevée des immigrants visés qui consomment des repas préparés à l'extérieur de la maison, comparativement aux estimations standardisées pour le Québec (34 % c. 49 %). Cette assertion se confirme lorsqu'on compare les estimations de chacune des communautés culturelles visées avec les estimations pour le Québec standardisées en fonction de la population en question (données non présentées).

Tableau 5.5
Consommation de repas commerciaux selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	%
Chine	25,6
Haïti	29,9
Maghreb et Moyen-Orient	35,6
Pays hispanophones	38,3
Total – Communautés culturelles	34,0
Québec 1998 (données standardisées)	48,9

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.6

Autoévaluation des habitudes alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Opinion de ses habitudes alimentaires		
	Excellentes/ très bonnes	Bonnes	Moyennes/ mauvaises
	%		
Chine	29,4	28,2	42,4
Haïti	38,8	40,4	20,7
Maghreb et Moyen-Orient	38,6	44,1	17,3
Pays hispanophones	34,8	51,6	13,6
Total – Communautés culturelles	36,4	43,1	20,5
Québec 1998 (données standardisées)	37,9	45,7	16,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

5.2.2 Perceptions

- Qualité des habitudes alimentaires

Le tableau 5.6 présente l'opinion des groupes visés par l'étude quant à leurs propres habitudes alimentaires. Dans l'ensemble, ces groupes sont proportionnellement plus nombreux à avoir une moins bonne opinion de leur alimentation que l'ensemble des Québécois (données standardisées). On constate que 21 % considèrent avoir de moyennes/mauvaises habitudes alimentaires comparativement à 16 % au sein de la population québécoise en général. Cette constatation est surtout évidente lorsque l'on compare l'estimation pour les Chinois avec les estimations pour le Québec standardisées pour cette communauté : seulement 29 % d'entre eux considèrent leurs habitudes alimentaires excellentes ou bonnes comparativement à 39 % au Québec, et 42 % c. 16 % (Québec, données standardisées) jugent que leurs habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Parmi les Haïtiens, quelque 21 % rapportent que leur alimentation est d'une qualité moyenne ou mauvaise alors que les estimations pour le Québec standardisées pour cette communauté sont de 16 %.

▪ Certains aspects de l'alimentation

Les proportions de réponses affirmatives aux questions portant sur les perceptions de certaines pratiques alimentaires sont présentées au tableau 5.7. Une proportion à tendance plus élevée de personnes originaires des pays arabophones considère manger trop sucré en comparaison de l'ensemble des communautés visées (24 % c. 20 %), tandis qu'une proportion plus faible de la population haïtienne juge que son alimentation comprend trop de sucre comparativement à l'ensemble des communautés (11 % c. 20 %). En ce qui concerne la perception reliée à la consommation de corps gras, on observe que les estimations sont similaires au sein de chacune

des communautés, soit environ 18 % dans l'ensemble qui considèrent leur alimentation trop grasse. Finalement, comparativement à l'ensemble des communautés visées, une proportion plus élevée de Chinois considèrent qu'ils mangent trop salé (20 % c. 15 %), tandis qu'une proportion plus faible d'Haïtiens sont du même avis (environ 10 % des Haïtiens c. 15 % pour l'ensemble).

5.2.3 Religion et alimentation

La religion semble influencer les choix alimentaires d'environ 39 % des personnes en provenance des pays arabophones (tableau 5.8), comparativement à 24 % pour l'ensemble des communautés visées.

Tableau 5.7

Perceptions de certaines pratiques alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	« Concernant vos habitudes alimentaires, considérez-vous que vous mangez trop... pour la santé? »		
	sucré	gras	salé
	%		
Chine	17,0	17,9	20,2
Haïti	11,0 *	16,4	10,0 *
Maghreb et Moyen-Orient	24,2	17,0	14,0 *
Pays hispanophones	17,6	19,0	15,0
Total	19,6	17,5	14,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.8

Influence perçue de la religion sur l'alimentation selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	« Vos habitudes alimentaires sont-elles influencées par votre religion? »		
	Oui	Non	Ne s'applique pas
	%		
Chine	13,4 *	50,3	36,3
Haïti	12,1 *	70,0	17,9
Maghreb et Moyen-Orient	39,2	48,2	12,6 *
Pays hispanophones	6,1 *	66,7	27,3
Total	23,7	56,1	20,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

5.2.4 Insécurité alimentaire

Dans l'ensemble de la population visée, environ 81 % considèrent avoir un revenu suffisamment élevé pour bien s'alimenter (tableau 5.9) et environ 81 % estiment qu'ils obtiennent facilement des aliments à coût raisonnable (tableau 5.10); quelque 84 % disent qu'il est facile de trouver des aliments qui correspondent à leur goût. Enfin, en ce qui concerne leur capacité de trouver facilement des aliments qui favorisent la santé, environ 88 % mentionnent que c'est généralement ou toujours facile.

Selon l'indice global servant à quantifier le nombre de problèmes perçus concernant l'accès alimentaire (tableau 5.11), environ 76 % dans l'ensemble ne perçoivent généralement pas de problèmes pour se procurer des aliments qui leur conviennent. Toutefois, près de 19 % des Haïtiens et environ 14 % des immigrants provenant des pays hispanophones

obtiennent un score de 0 à cet indice : ils estiment donc ne pas avoir d'accès facile à des aliments comblant leurs besoins sur les plans du coût, du goût ou de la santé.

Tableau 5.9
Insécurité alimentaire selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Réponse affirmative %
Chine	97,6
Haïti	62,6
Maghreb et Moyen-Orient	88,0
Pays hispanophones	70,9
Total	81,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.10
Perceptions quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Peut facilement trouver des aliments...		
	À coût raisonnable	Qui correspondent aux goûts	Qui favorisent la santé
	%		
Chine	93,8	89,7	96,6
Haïti	59,5	69,2	76,8
Maghreb et Moyen-Orient	90,6	91,0	93,0
Pays hispanophones	66,9	75,0	80,1
Total	80,8	83,7	88,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.11
Perception globale quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Score ¹ des répondants			
	0	1	2	3
	%			
Chine	1,5 **	3,8 *	7,8 *	86,9
Haïti	19,1	10,6	15,9	54,3
Maghreb et Moyen-Orient	5,5 *	1,1 **	6,6 *	86,8
Pays hispanophones	14,0	10,5	15,0	60,6
Total	9,0	5,1	10,2	75,6

1. Indice construit en additionnant les trois réponses aux questions sur la capacité de se procurer facilement des aliments acceptables dans leur pays d'accueil, sur les plans du coût, du goût et de la santé; il peut varier entre 0 et 3 où un score de 3 indique une capacité de se procurer des aliments nettement acceptables.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

5.2.5 Poids corporel

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant) est présenté dans le tableau 5.12. Lorsqu'on compare les données pour l'ensemble des communautés, selon le sexe, avec les données québécoises standardisées, on observe une différence significative chez les femmes, celles des communautés culturelles présentant un IMC moyen un peu plus élevé que celui des Québécoises dans leur ensemble (soit environ 24,62 c. 24,14).

Tableau 5.12
Indice de masse corporelle (IMC) selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	IMC moyenne
Chine	
Hommes	22,41
Femmes	21,37
Haïti	
Hommes	24,48
Femmes	26,19
Maghreb et Moyen-Orient	
Hommes	25,87
Femmes	24,75
Pays hispanophones	
Hommes	26,55
Femmes	25,42
Total – Communautés culturelles	
Hommes	25,35
Femmes	24,62
Québec 1998 (données standardisées)	
Hommes	25,61
Femmes	24,14

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Dans le tableau 5.13, lorsqu'on compare avec les données québécoises standardisées, on observe une proportion plus élevée de Chinois (33 % contre 12 %) ayant un IMC inférieur à 20 (poids faible) et une proportion plus faible parmi cette population avec un IMC plus grand ou égal à 28 (obésité) (4 % c. 20 %). Par rapport aux Québécois dans leur ensemble, on trouve chez les immigrants récents d'origine haïtienne une proportion plus élevée qui fait de l'obésité, ayant un IMC plus grand ou égal à 28 (26 % c. 19 %). Enfin, chez les hispanophones, on retrouve des proportions plus faibles dans les catégories IMC inférieur à 25 (poids faible : 8,1 % c. 12 % et poids santé : 48 % c. 57 %) et plus fortes dans les catégories IMC supérieur à 26 (embonpoint) par rapport à la population québécoise (20 % c. 12 % avec un IMC entre 26 et 27 et 25 % c. 19 % avec un IMC plus grand ou égal à 28).

Le tableau 5.14 présente les catégories de l'indice de masse corporelle pour la population de 18 ans et plus, selon le sexe et la région d'origine. Dans chacune des communautés culturelles visées par l'étude, on trouve des proportions plus élevées de femmes que d'hommes avec un IMC inférieur à 20 indiquant un poids faible. De façon générale, les différences entre les hommes et les femmes sont statistiquement significatives pour toutes les catégories d'IMC, sauf parmi les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient. On observe également une proportion plus élevée d'hommes ayant un IMC plus grand ou égal à 26 par rapport aux femmes dans les populations chinoise, originaire de pays arabophones et hispanophone, de même que dans l'ensemble du Québec (données standardisées). Chez la population haïtienne, par contre, il y a une proportion plus élevée de femmes que d'hommes avec un IMC plus grand ou égal à 26.

Tableau 5.13

Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC			
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC 26-27	IMC ≥ 28
	%			
Chine	32,6	58,0	5,6 *	3,8 **
Haïti	11,2 *	52,5	10,0 *	26,3
Maghreb et Moyen-Orient	9,5 *	57,6	11,1 *	21,9
Pays hispanophones	8,1 *	47,7	19,5	24,6
Total – Communautés culturelles	12,7	54,7	12,1	20,4
Québec 1998 (données standardisées)	12,1	56,3	12,3	19,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.14

Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC			
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC 26-27	IMC ≥ 28
	%			
Chine				
Hommes	23,6	62,3	9,0 **	5,2 **
Femmes	36,7	57,3	3,0 **	3,0 **
Haïti				
Hommes	7,4 **	68,3	7,9 **	16,5 **
Femmes	13,9	40,8	11,7 **	33,6
Maghreb et Moyen-Orient				
Hommes	6,1 **	56,1	14,1 *	23,8 *
Femmes	10,2 **	59,1	9,5 **	21,3 *
Pays hispanophones				
Hommes	2,3 **	45,0	24,7	28,1
Femmes	9,8 *	49,9	15,6 *	24,7
Total – Communautés culturelles				
Hommes	9,6	55,1	14,4	20,8
Femmes	15,8	54,4	9,8	20,0
Québec 1998 (données standardisées)				
Hommes	6,6	55,3	15,8	22,4
Femmes	17,5	57,3	8,9	16,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Image corporelle

La perception du poids est présentée au tableau 5.15 pour la population de 15 ans et plus. Les estimations pour l'ensemble des communautés culturelles visées ressemblent aux estimations pour le Québec standardisées, soit environ 42 % (c. 44 %) qui considèrent leur poids trop élevé, 51 % (c. 50 %) acceptable et 7,1 % (c. 5,4 %) trop faible. Lorsqu'on compare les estimations des Chinois avec les estimations du Québec standardisées pour la communauté chinoise, l'on observe des proportions plus faibles parmi ceux qui considèrent leur poids trop élevé (34 % c. 44 %) et plus grandes parmi ceux qui jugent leur poids trop faible (14 % c. 5,2 %). Chez les Haïtiens, en comparaison des estimations québécoises standardisées pour cette communauté, il y a des

proportions plus faibles considérant leur poids trop élevé (28 % c. 45 %) et des proportions plus grandes jugeant leur poids acceptable (64 % c. 49 %).

L'examen de la perception du poids selon le sexe (tableau 5.16) montre des différences significatives entre les hommes et les femmes de 15 ans et plus dans l'ensemble des communautés culturelles. Pour l'ensemble des communautés, plus de femmes que d'hommes jugent leur poids trop élevé (52 % contre 33 %) tandis que plus d'hommes que de femmes estiment que leur poids est trop faible (10 % contre 3,8 %).

Tableau 5.15

Perception du poids selon la région d'origine, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	trop élevé	acceptable %	trop faible
Chine	33,6	52,3	14,1
Haïti	27,9	63,9	8,2 *
Maghreb et Moyen-Orient	46,8	47,4	5,9 **
Pays hispanophones	47,3	47,8	4,9 *
Total – Communautés culturelles	42,4	50,5	7,1
Québec 1998 (données standardisées)	44,2	50,3	5,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.16

Perception du poids selon la région d'origine et le sexe, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	trop élevé	acceptable	trop faible
	%		
Chine			
Hommes	25,9	52,8	21,3 *
Femmes	40,9	51,8	7,3 **
Haïti			
Hommes	16,3 *	69,9	13,8 **
Femmes	36,3	59,6	4,1 **
Maghreb et Moyen-Orient			
Hommes	38,9	52,8	8,3 **
Femmes	55,8	41,2	3,0 **
Pays hispanophones			
Hommes	33,3	59,8	7,0 **
Femmes	60,3	36,8	2,9 **
Total – Communautés culturelles			
Hommes	33,2	56,4	10,4
Femmes	51,7	44,6	3,8 *
Québec 1998 (données standardisées)			
Hommes	33,5	57,9	8,5
Femmes	54,6	42,9	2,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, au tableau 5.17, on constate des associations statistiquement significatives entre l'image corporelle selon les catégories de l'IMC et les perceptions d'un « poids idéal » pour l'ensemble des communautés culturelles visées par l'étude. On peut observer qu'en général, les proportions de personnes (entre environ 60 % et 76 %) se considérant à un poids acceptable se situent effectivement dans la zone des IMC acceptables (20 à 25). L'image corporelle chez les Chinois semble moins correspondre à leur poids, puisque quelque

64 % se considèrent à un poids trop élevé, et il en va de même chez les Haïtiens, où une proportion d'environ 73 % se considérant à un poids trop faible se situent effectivement dans la zone des IMC acceptables.

Tableau 5.17

Perception du poids selon la région d'origine et la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC		
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC ≥ 26
	%		
Chine			
Poids trop élevé	14,5 *	63,9	21,6 *
Poids acceptable	37,0	59,7	3,4 **
Poids trop faible	60,7	39,3 *	0,0
Haïti			
Poids trop élevé	1,8 **	29,7 *	68,6
Poids acceptable	15,3 *	59,8	25,0 *
Poids trop faible	16,2 **	72,8 *	11,0 **
Maghreb et Moyen-Orient			
Poids trop élevé	4,8 **	39,5	55,7
Poids acceptable	9,6 **	76,4	13,9 *
Poids trop faible	46,0 **	54,0 *	0,0
Pays hispanophones			
Poids trop élevé	1,2 **	36,5	62,3
Poids acceptable	10,5 *	59,8	29,7
Poids trop faible	56,1 **	43,9 **	0,0
Total – Communautés culturelles			
Poids trop élevé	4,7 *	40,8	54,5
Poids acceptable	14,9	67,5	17,6
Poids trop faible	47,8	50,8	1,5 **
Québec 1998 (données standardisées)			
Poids trop élevé	2,7	43,7	53,6
Poids acceptable	17,1	67,5	15,3
Poids trop faible	42,7	53,3	4,1 *

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison entre l'ensemble des communautés culturelles et le Québec (données standardisées) ne permet pas de constater de différences marquées. Ce n'est qu'en examinant les proportions pour chacune des communautés, à la lumière des estimations pour le Québec standardisées pour chaque communauté culturelle, que l'on peut constater des différences dans les perceptions des poids selon la catégorie de l'IMC.

Parmi les Chinois, près de 15 % qui considèrent leur poids trop élevé ont un IMC inférieur à 20 (contre 2,7 % au Québec). À l'autre extrême, quelque 22 %

des Chinois considérant leur poids trop élevé ont un IMC supérieur ou égal à 26, comparativement à 54 % chez la population québécoise (données standardisées). On peut observer d'autres divergences entre la perception du poids et l'IMC au sein des autres communautés culturelles par rapport aux estimations pour le Québec standardisées pour la communauté en question. Par exemple, chez les Haïtiens qui estiment leur poids trop faible, 16 % seulement ont un IMC inférieur à 20, tandis que ce chiffre s'élève à 43 % chez la population québécoise. À l'inverse, près de 25 % des Haïtiens qui jugent leur poids acceptable ont un IMC

plus grand ou égal à 26 par rapport à 15 % dans la population québécoise (données standardisées). Parmi les immigrants provenant du Maghreb et du Moyen-Orient, environ 10 % considérant leur poids acceptable ont un IMC inférieur à 20, contre 17 % chez les Québécois. Dans la communauté hispanophone, des proportions plus élevées considérant leur poids trop élevé (près de 62 %) ou acceptable (quelque 30 %) ont un IMC supérieur ou égal à 26, comparativement aux Québécois (54 % et 15 % respectivement).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

- Consommation alimentaire habituelle

Certains aliments sont consommés en fonction d'habitudes alimentaires liées à l'origine culturelle. Ainsi, l'étude a révélé des habitudes alimentaires différentes au sein des quatre communautés culturelles ciblées, même si le questionnaire de fréquence alimentaire constitue un outil qualitatif portant sur des regroupements et non pas sur des aliments spécifiques. Puisque l'alimentation traditionnelle de chacun des groupes est particulière à ses origines, il s'avère peu utile de regarder les estimations portant sur le total des communautés culturelles.

Il a été possible de déduire que les immigrants récents d'origine chinoise restent encore assez fidèles à leurs habitudes alimentaires traditionnelles, ayant ainsi une alimentation variée, basée sur les céréales raffinées (le riz blanc), les protéines animales, les légumineuses (le tofu) ainsi que les fruits et légumes. Leur faible consommation de produits laitiers est typique à cette communauté; l'on peut croire qu'ils évitent ces aliments parce qu'ils sont intolérants au lactose (Chagnon-Decelles et autres, 1997).

Les données obtenues des autres communautés culturelles sont moins faciles à interpréter. Parmi la communauté haïtienne, les fruits et légumes se sont révélés le groupe d'aliments consommés quotidien-

nement par la plus forte proportion de cette population. Puisque de plus faibles proportions ont indiqué une consommation journalière des aliments des autres groupes, leur schéma alimentaire usuel reste difficile à cerner.

Les immigrants récents provenant du Maghreb et du Moyen-Orient ont vraisemblablement des habitudes alimentaires assez variées, reflétant les différentes régions géographiques et l'alimentation locale propre à chacune. C'est pourquoi les observations sur leur alimentation présentées ici ne peuvent pas être concluantes. De plus, il a été surprenant de constater les faibles taux rapportés de consommation quotidienne de légumineuses, ce qui laisse supposer que la question a été mal comprise ou que les aliments cités en exemple n'étaient pas suffisamment représentatifs de leur alimentation.

En ce qui concerne les immigrants récents des pays hispanophones, bien qu'il y ait une base commune quant à l'alimentation des populations vivant dans ces pays – soit les produits à base de maïs, de haricots et de légumes – il y a aussi de grandes différences entre les pays d'origine et même au sein de groupes ethniques différents vivant dans un même pays (Borrud et autres, 1989). Tout comme chez les immigrants provenant des pays arabophones, une variabilité alimentaire ressort des réponses au questionnaire de fréquence alimentaire.

Il est intéressant de constater que les repas provenant de l'extérieur de la maison sont moins consommés par les immigrants des quatre communautés visées par l'étude, comparativement aux estimations pour le Québec standardisées. Une telle observation pourrait signaler que les communautés culturelles préfèrent leur alimentation traditionnelle à des plats préparés par quelqu'un d'autre, ou encore que les ressources financières de certains immigrants sont trop limitées pour permettre l'achat de repas commerciaux, malgré le fait qu'ils déclarent dans l'ensemble avoir les moyens financiers suffisants pour se procurer de bons aliments. Il ne s'agit toutefois que d'hypothèses.

- Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Tout comme dans l'ESS 1998, la plupart (environ 80 %) des membres des communautés culturelles évaluent leurs habitudes alimentaires de manière favorable. Toutefois, malgré les habitudes alimentaires diversifiées des Chinois, cette communauté semble avoir une opinion nettement plus négative de son alimentation que la population québécoise (données standardisées). Il se peut que cette perception relève de leur opinion quant à la consommation de sel, puisque quelque 20 % ont répondu qu'ils considéraient leur alimentation trop salée, une proportion plus élevée que celle des communautés culturelles dans l'ensemble.

- Insécurité et accès alimentaire

Dans l'ensemble, la très forte majorité des immigrants récents visés par l'étude (81 %) rapportent avoir les moyens financiers suffisants pour se procurer de bons aliments. Les proportions diffèrent selon les groupes, de 98 % chez les Chinois à 63 % chez les Haïtiens. Les perceptions relatives à l'accès à des aliments à un coût raisonnable, qui correspondent aux goûts et qui favorisent la santé révèlent un certain degré d'insécurité alimentaire. Il est probable que l'insécurité alimentaire influe sur les opinions. Les divergences peuvent aussi refléter des différences culturelles dans la façon de répondre à ce type de question. Des études plus approfondies seraient nécessaires afin de déterminer les facteurs influençant les perceptions négatives et d'examiner l'impact de l'insécurité alimentaire.

- Poids corporel

L'image corporelle semble avoir une composante culturelle, qu'on observe en particulier chez les immigrants d'origine chinoise et d'origine haïtienne, lorsqu'on compare leurs perceptions à celles de la population québécoise. D'autres études seraient nécessaires afin de cerner la source de leurs opinions à ce sujet. Toutefois, il importe de tenir compte des attentes potentiellement différentes parmi les membres

de ces communautés lorsqu'on élabore des programmes de poids santé.

Limites de l'étude

Puisque l'étude n'était pas axée sur l'alimentation mais bien sur la santé en général, les questions portant sur des aspects alimentaires visaient à obtenir des renseignements généraux. À cet égard, on peut suggérer que le questionnaire de fréquence alimentaire utilisé, un outil qualitatif, rétrospectif et autoadministré, aurait possiblement produit de meilleures réponses s'il avait été administré par un intervieweur formé. Ce dernier aurait pu s'assurer de la compréhension des consignes et particulièrement de la « fréquence de consommation » par période spécifiée, une notion parfois problématique lors de l'évaluation de la consommation alimentaire (Willett, 1998; Hu et autres, 1999). Des données alimentaires prospectives et quantitatives, telles qu'obtenues par des journaux ou des rappels alimentaires, seraient potentiellement plus utiles dans une première évaluation d'habitudes alimentaires culturelles. Cette information permettrait par la suite le développement d'un questionnaire de fréquence dont la liste des aliments refléterait plus correctement les habitudes alimentaires de la communauté (Willett, 1998). De plus, il n'est pas clair que l'indice utilisé pour évaluer la diversité alimentaire soit approprié dans le cadre d'un questionnaire de fréquence non quantitatif appliqué à plusieurs groupes culturels ayant des habitudes alimentaires différentes. L'attribution d'un score de 1 à chacun des indices faisant partie du score à l'IDA était basée sur une fréquence de consommation minimale de 1 à 3 fois par semaine. Si une catégorie de fréquence inférieure à ce seuil avait été encerclée, une valeur de 0 aurait été attribuée à la consommation de l'aliment. La capacité de bien cerner la qualité alimentaire est donc possiblement réduite puisque cette dernière a été évaluée à partir de l'IDA, basé pour sa part sur la consommation d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC.

Éléments de réflexion pour la planification

Afin de comprendre et de travailler avec des communautés culturelles, un examen de leur système de valeurs s'avère nécessaire. Ainsi, pour étudier des schémas alimentaires, faire des évaluations alimentaires ou offrir des conseils diététiques, l'examen des facteurs influençant l'alimentation doit être effectué. Des études portant sur l'alimentation des personnes de diverses communautés culturelles aident les intervenants à identifier des facteurs pouvant influencer les changements des habitudes alimentaires, à mieux prévenir des maladies liées à l'alimentation, à planifier des programmes d'éducation en nutrition destinés aux groupes culturels, dans le but de les aider à faire des choix alimentaires avisés dans leur nouvel environnement tout en retenant les bonnes habitudes alimentaires relevant de leur propre culture (Kuhnlein, 1989; McLeod, 1993).

Bien que l'évaluation alimentaire des populations hétérogènes présente de nombreux défis sur les plans méthodologique, statistique et de l'interprétation au sein des enquêtes nationales (Kumanyika, 1993; Briefel, 1994), les professionnels de la santé œuvrant dans une société multiculturelle ont avantage à connaître la structure démographique de la population, les influences culturelles sur l'alimentation et l'utilisation du système de soins de santé par les groupes ethniques (Samolsky et Hynak-Hankinson, 1990). Ces considérations sont d'une importance croissante dans le monde occidental, s'avérant essentielles pour pouvoir comprendre certains aspects de la santé des groupes minoritaires.

Peu d'études ont été menées sur l'alimentation des groupes culturels une fois établis dans leur nouvel environnement, bien qu'il existe suffisamment de preuves historiques et actuelles du phénomène d'acculturation alimentaire parmi les enfants des migrants (Lowenberg et autres, 1974; Kalcik, 1984; Story et Harris, 1989). Dans un contexte de croissance rapide de la population multiculturelle au Québec, pour mieux comprendre les déterminants de l'alimentation des groupes culturels, il importe d'explorer *comment*

les habitudes alimentaires changent parmi les immigrants. Pour ce faire, il serait utile de mener des groupes de discussion au sein des communautés culturelles d'intérêt. Un tel exercice permettrait de déterminer les priorités alimentaires et nutritionnelles propres aux communautés ciblées, incluant des discours sur leur perception d'une bonne ou mauvaise alimentation. On pourrait les interroger sur les perceptions de leurs modifications alimentaires depuis leur arrivée au Québec et examiner l'impact de cette acculturation alimentaire et ses conséquences potentielles pour la santé, dans le cadre des études sur l'alimentation traditionnelle et sur la qualité nutritionnelle. Cette approche pourrait également contribuer au développement de connaissances sur les aliments typiquement consommés par les membres des communautés culturelles afin de pouvoir dresser une liste alimentaire ciblée à inclure dans un questionnaire de fréquence approprié au groupe. Une enquête alimentaire menée au sein des groupes culturels pourrait utiliser une autre méthode (soit l'histoire diététique, des rappels de 24 heures ou des journaux alimentaires) afin d'évaluer l'état alimentaire et nutritionnel du groupe. La méthode sélectionnée devrait être préalablement soumise à un prétest et validée dans une étude pilote du groupe visé avant d'être utilisée.

Les immigrants adoptent graduellement les valeurs et habitudes de leur nouveau pays. S'adapter aux schémas alimentaires nord-américains pourrait comporter des risques pour la santé (ex. : trop de sel, trop de gras, trop de sucre, augmentation dans les taux de carie dentaire et d'obésité). Les personnes qui travaillent en promotion de la santé doivent être sensibilisées aux notions et aux perceptions des groupes culturels. De plus, au lieu de travailler « pour » un groupe culturel, il faudrait plutôt travailler « avec » les membres du groupe. Par exemple, lors des foires de carrières au secondaire ou au cégep, on pourrait encourager les jeunes des différents groupes culturels à considérer la poursuite d'études en diététique et nutrition.

Pour permettre aux immigrants de prendre des décisions éclairées sur l'alimentation dans leur nouveau pays, l'éducation en nutrition qui leur est destinée devrait porter sur les notions générales en nutrition, la valeur nutritive et la préparation des aliments disponibles au Québec, en tenant compte de l'équivalence entre les aliments dits « culturels » et ceux sur le marché québécois, ainsi que de la qualité nutritionnelle des aliments particuliers, surtout ceux faisant l'objet des campagnes de promotion de la santé nutritionnelle (Kronld et Lau, 1993).

Une compréhension des comportements alimentaires ayant une origine culturelle pourrait permettre de mieux apprécier leurs bénéfices nutritionnels et sanitaires potentiels. De plus, afin d'assurer le succès des programmes d'éducation sanitaire, il s'avère essentiel d'identifier les pratiques et croyances des groupes ciblés (Kapil et autres, 1990). Les programmes d'intervention basés sur l'alimentation traditionnelle auraient vraisemblablement plus de chance de réussir à prévenir certaines maladies chroniques (Hughes et autres, 1996) ou à contrôler l'obésité (Shintani et autres, 1994). Par exemple, aux États-Unis, une approche se basant sur les principes culturels propres au groupe a été testée afin d'encourager les Indiens Pima, au sud-ouest du pays, à reprendre leur alimentation traditionnelle dans un effort visant la diminution de l'incidence excessivement élevée du diabète non insulino-dépendant (Boyce et Swinburn, 1993), puisqu'un mode de vie « traditionnel » semble protéger contre le risque de développer les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète non insulino-dépendant (Ravussin et autres, 1994).

L'évaluation de la consommation alimentaire et de la santé en général devrait alors comprendre des marqueurs de déterminants de comportements alimentaires culturels ainsi que d'autres comportements reliés aux choix alimentaires. Une telle approche aiderait dans l'évaluation de la qualité alimentaire et des pratiques sanitaires dans le contexte des valeurs socioculturelles du consommateur; des pratiques améliorées de conseil en résulteraient,

contribuant ainsi au but global d'une diminution du risque des maladies chroniques.

Bibliographie

ALTABE, M. (1998). « Ethnicity and body image: quantitative and qualitative analysis », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 23, n° 2, p. 153-159.

ARMSTRONG, B. K, B. M. MARGETTS, J. R. L. MASAREI et S. M. HOPKINS (1983). « Coronary risk factors in Italian migrants to Australia », *American Journal of Epidemiology*, vol. 118, p. 651-658.

BARER-STEIN, T. (1979). *You Eat What You Are, A Study of Ethnic Food Traditions*, Toronto, McLelland and Stewart Ltd, 624 p.

BLOCK, G., A. M. HARTMAN, C. M. DRESSER, M. D. CARROLL, J. GANNON et L. GARDNER (1986). « A data-based approach to diet questionnaire design and testing », *American Journal of Epidemiology*, vol. 124, p. 453-469.

BORRUD, L. G., P. C. PILLOW, P. K. ALLEN et autres (1989). « Food group contributions to nutrient intake in whites, blacks and Mexican-Americans in Texas », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 8, p. 1061.

BOYCE, V. L., et B. A. SWINBURN (1993). « The traditional Pima Indian diet », Composition and adaptation for use in a dietary intervention study, *Diabetes Care*, vol. 16, n° 1, p. 369-371.

BRIEFEL, R. R. (1994). « Assessment of the US diet in national nutrition surveys: national collaborative efforts and NHANES », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59 (suppl.), p. 164S-167S.

- CALLE, E. E, M. J. THUN, J. M. PETRELLI, C. RODRIGUEZ et C. W. HEATH (1999). « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 15, p. 1097-1105.
- CARLSSON, E., M. KIPPS et J. THOMSON (1984). « Influences on the food habits of some ethnic minorities in the United Kingdom », *Human Nutrition: Applied Nutrition*, 38A, p. 85-98.
- CHAGNON-DECELLES, D., M. D. GÉLINAS et L. LAVALLÉE CÔTÉ (1997). *Manuel de nutrition clinique*, 3^e éd., Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1. (pag. multiple).
- DEMAREST, J., et R. ALLEN (2000). « Body image: gender, ethnic, and age differences », *Journal of Social Psychology*, vol. 140, n° 4, p. 465-472.
- DORAIS, L.-J. (1994). « Nourritures terrestres et nourritures spirituelles : Alimentation et philosophies vietnamiennes au Québec » dans DORAIS, L.-J, S. GENEST et L. MAUGER (eds). *Autour des transferts Orient-Occident. Perspectives anthropologiques*, Groupe d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine, Université Laval, 119 p. (Documents du Gérard: 8).
- FITZGIBBON, M. L., L. R. BLACKMAN et M. E. AVELLONE (2000). « The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups », *Obesity Research*, vol. 8, n° 8, p. 582-589.
- GHADIRIAN, P., J.-M. EKOÉ et J.-P. THOUÉZ (1992). « Food habits and Esophageal cancer: An overview », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 16, n° 3, p. 163-168.
- GIBSON, R. (1990). *Principles of Nutritional Assessment*, New York, Oxford University Press, 691 p.
- GOODE, J., J. THEOPHANO et K. CURTIS (1984b). « A Framework for the Analysis of Continuity and Change in Shared Sociocultural Rules for Food Use: the Italian-American Pattern » dans BROWN, L. K., MUSSELL, K. (eds), *Ethnic and Regional Foodways in the United States; the performance of group identity*, Knoxville, University of Tennessee Pr., Chapter 3, p. 66-88.
- GOODE, J.G., K. CURTIS et J. THEOPHANO (1984a). « Meal Formats, Meal Cycles and Menu Negotiation in the Maintenance of an Italian-American Community » dans *Food in the Social Order: Studies of food and festivities in three American communities*, DOUGLAS, Mary (ed), New York, Russell Sage Foundation, Chapter 4, p. 143-218.
- HU, F. B., E. RIMM, S. A. SMITH-WARNER, D. FESKANICH, M. J. STAMPFER, A. ASCHERIO, L. SAMPSON et W. C. WILLETT (1999). « Reproducibility and validity of dietary patterns assessed with a food-frequency questionnaire », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, p. 243-249.
- HUGHES, C. K., J. A. TSARK et N. K. MOKUAU (1996). « Diet-related cancer in Native Hawaiians », *Cancer*, vol. 78 (7 Suppl), p. 1558-1563.
- HUIJBREGTS, P., E. FESKENS, L. RASANEN, F. FIDANZA, A. NISSINEN, A. MENOTTI et D. KROMHOUT (1997). *Dietary pattern and 20 year mortality in elderly men in Finland, Italy, and the Netherlands: longitudinal cohort study*, *British Medical Journal*, vol. 315, n° 7099, p. 13-17.
- JELLIFFE, D. B. (1966). *The Assessment of the Nutritional Status of the Community*, WHO Monograph n° 53, Geneva, World Health Organization.
- JELLIFFE, D. B. (1967). « Parallel food classifications in developing and industrialized countries », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 20, n° 3, p. 279-281.

JENNER, A. (1973). *Food: Fact and Folklore: Selected Sources*, Curriculum Resource Book Series #30, Toronto, McClelland and Stewart, 98 p.

KALCIK, S. (1984). « Ethnic Foodways in America: Symbol and the performance of identity » dans *Ethnic and Regional Foodways in the United States: the Performance of Group Identity*, BROWN, L. K., et K. MUSSELL (eds). Knoxville, University of Tennessee, Chapter 2, p. 37-65.

KANT, A. K., A. SCHATZKIN, R. G. ZIEGLER et M. NESTLE (1991). « Dietary diversity in the U.S. population », NHANES II, 1976-1980, *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 91, n° 12, p. 1526-1531.

KAPIL, U., A. K. SOOD et D. R. GAUR (1990). « Maternal beliefs regarding diet during common childhood illnesses », *Indian Pediatrics*, vol. 27, n° 6, p. 595-599.

KEYS, A., A. MENOTTI, C. ARAVANIS et autres (1984). « The Seven Countries Study: 2,289 Deaths in 15 Years », *Preventive Medicine*, vol. 13, p. 141-154.

KROMHOUT, D. et C. L. COULANDER (1984). « Diet, prevalence and 10- year mortality from coronary heart disease in 871 middle-aged men. The Zutphen Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 119, n° 5, p. 733-741.

KRONDL, M. (1989). « Development of food habits, the process of their acculturation and their impact on health », *Workshop: Culture, Nutrition and Health. First National Conference on Health Care and Multiculturalism*, Toronto.

KRONDL, M. M., et D. LAU (1993). « Acculturation of food habits » dans MASI, R, L. MENSAH, K. A. MCLEOD (eds). *Health and cultures. Exploring the relationships. Policies, professional practice and education. Volume I*, Mosaic Press. Oakville, Ontario, 345 p.

KUHNLEIN, H. V. (1989). « Culture and ecology in dietetics and nutrition », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 8, p. 1059-1060.

KUMANYIKA, S. K. (1993). « Diet and nutrition as influences on the morbidity/mortality gap », *Annales d'épidémiologie*, vol. 3, n° 2, p. 154-158.

LOWENBERG, M. E., E. N. TODHUNTER, E. D. WILSON, J. R. SAVAGE et J. L. LUBAWSKI (1974). *Food and Man* 2nd ed. New York, John Wiley and Sons, 459 p.

MAUGER, L. (1994). « Apprendre des autres : les transferts culturels à propos des cuisines orientales et leurs effets sur la culture francophone du Québec » dans DORAIS, L.-J, S. GENEST et L. MAUGER (eds). *Autour des transferts Orient-Occident. Perspectives anthropologiques*, Groupe d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine, Université Laval, 119 p. (Documents du Gérard: 8).

MCGEE, D. L, D. M. REED, K. YANO, A. KAGAN et J. TILLOTSON (1984). « Ten-year incidence of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program: Relationship to nutrient intake », *American Journal of Epidemiology*, vol. 119, n° 5, p. 667-676.

MCLEOD, K. A. (1993). « Cultures, people and health », dans MASI, R., L. MENSAH et K.A. MCLEOD (eds). *Health and cultures. Exploring the relationships. Programs, services and care. Volume II*, Mosaic Press, Oakville, Ontario, 345 p.

MILLER, K. J., D. H. GLEAVES, T. G. HIRSCH, B. A. GREEN, A. C. SNOW et C. C. CORBETT (2000). « Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 27, n° 3, p. 310-316.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MURPHY, S. P., R. O. CASTILLO et F. S. MENDOZA (1990). « An evaluation of food group intakes by Mexican-American children », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 90, n° 3, p. 388-393.

NICHTER, M. (1986). « Modes of food classification and the diet-health contingency: A South Indian case study » dans KHARE, R. S., M. S. A. RAO (eds). *Food, Society and Culture. Aspects in South Asian Food Systems*, Carolina Academic Press, Durham N. Carolina, chapter 7, p. 185-221.

OGDEN, J., et C. ELDER (1998). « The role of family status and ethnic group on body image and eating behavior », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 23, n° 3, p. 309-315.

OMS (WHO) (1997). *Consultation on obesity. Preventing and managing the global epidemic*, Geneva, World Health Organization, 276 p.

PAN, Y.-L., Z. DIXON, S. HIMBURG et F. HUFFMAN (1999). « Asian students change their eating patterns after living in the United States », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, n° 1, p. 54-57.

RAVUSSIN, E., M. E. VALENCIA, J. ESPARZA, P. H. BENNETT et L. O. SCHULZ (1994). « Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians », *Diabetes Care*, vol. 17, n° 9, p. 1067-1074.

SAMOLSKY, S., et M. T. HYNAK-HANKINSON (1990). « Feeding the Hispanic hospital patients: cultural considerations », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 90, n° 12, p. 1707-1710.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *Renseignements sur le Guide alimentaire canadien à l'intention des éducateurs et des communicateurs*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, cat. H39-253/11-1992F.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Le poids et la santé : document de travail*, Ottawa, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 94 p.

SANTÉ QUÉBEC et M. JETTÉ (sous la direction de) (1994). *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SAVAGE, P. J. et W. R. HARLAN (1991). « Racial and ethnic diversity in obesity and other risk factors for cardiovascular disease: implications for studies and treatment », *Ethnicity and Disease*, vol. 1, n° 2, p. 200-211.

SHAPER, A. G. (1987). « Environmental factors in coronary heart disease: diet », *European Heart Journal*, vol. 8 (Suppl. E), p. 31-38.

SHATENSTEIN, B., et P. GHADIRIAN (1998). « Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups », *Nutrition*, vol. 14, n° 2, p. 223-230.

SHATENSTEIN, B., P. GHADIRIAN et J. LAMBERT (1992). « Patterns of observance of the Jewish dietary laws (Kashruth) among secular Jews in Montreal », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 53, n° 3, p. 198-204.

SHATENSTEIN, B., P. GHADIRIAN et J. LAMBERT (1993a). « Influence of the Jewish religion and Jewish dietary laws (Kashruth) on family food habits in an ultra-orthodox population in Montreal », *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 31, n° 1 & 2, p. 27-44.

SHATENSTEIN B., P. GHADIRIAN, J. LAMBERT (1993b). « Nutritional intakes and some health-relevant behaviours in ultra-orthodox (Hassidic) Jewish sects in Montreal », *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, vol. 44, n° 2, p. 105-121.

SHATENSTEIN, B., D. ABU-SHAABAN, M.-L. PASCUAL et J. D. KARK (1996). « Dietary adequacy among urban and semi-rural schoolchildren in Gaza », *Ecology of Food and Nutrition*, 35, p. 135-147.

SHETH, T., C. NAIR, M. NARGUNKAR, S. ANAND et S. YUSUF (1999). « Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: an analysis of 1.2 million deaths », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 2, p. 132-138.

SHINTANI, T., S. BECKHAM, H. K. O'CONNOR, C. HUGHES et A. SATO (1994). « The Waianae Diet Program: a culturally sensitive, community-based obesity and clinical intervention program for the Native Hawaiian population », *Hawaii Medical Journal*, vol. 53, n° 5, p. 136-141.

STEVENS, J., J. CAI, E. R. PAMUK, D. F. WILLIAMSON, M.J. THUN et J.L. WOOD (1998). « The effect of age on the association between body-mass index and mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 1, p. 1-7.

STORY, M., et L. J. HARRIS (1989). « Food habits and dietary change of Southeast Asian refugee families living in the United States », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 6, p. 800-803.

THOUEZ, J.-P., et P. GHADIRIAN (1988). « Cancer mortality risk among the major immigrant groups in Canada: from 1969 to 1973 », *Geografia Medica*, vol. 18, p. 27-46.

WEIN, E. E., J. H. SABRY et F. T. EVERS (1992). « Food consumption patterns of Native school children and mothers in Northern Alberta », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 53, p. 267-273.

WEIN, E. E. (1994). « The high cost of a nutritionally adequate diet in four Yukon communities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, n° 5, p. 310-312.

WHITTEMORE, A. S., A. H. WU-WILLIAMS, M. LEE, Z. SHU et autres (1990). « Diet, physical activity, and colorectal cancer among Chinese in North America and China », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 82, n° 11, p. 915-925.

WILLETT, W. (1998). *Nutritional Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics*, New York, Oxford University Press, vol. 30, 528 p.

Chapitre 6

Activité physique

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

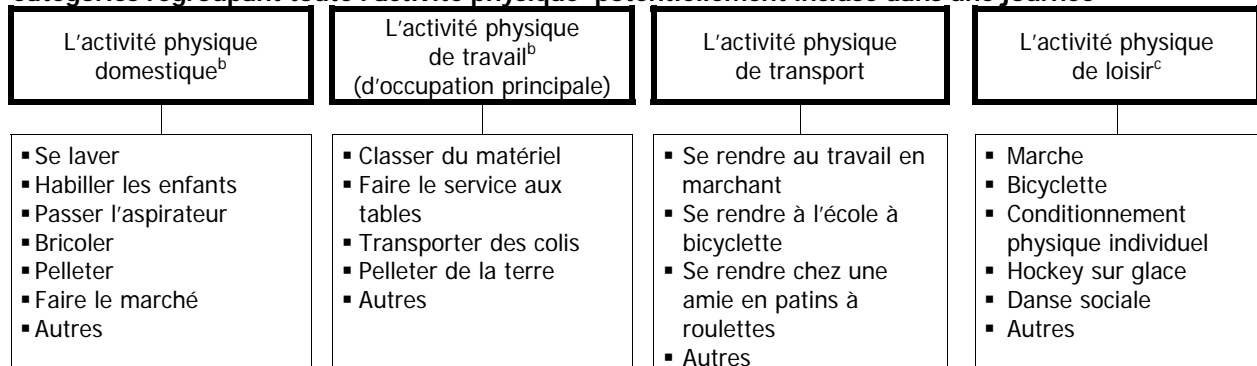
Le niveau global d'activité physique, qu'il soit associé aux activités domestiques, au travail, au transport ou aux loisirs (schéma 6.1), a une grande influence sur la santé (Nolin et autres, 2002). Parmi les bienfaits les plus importants, on observe un risque moins élevé de souffrir de problèmes cardiovasculaires, de certains cancers, d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'obésité ou d'ostéoporose, chez les individus qui maintiennent un niveau suffisant d'activité physique (Kasaniemi et autres, 2001; U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1996; Bouchard et autres, 1994). En outre, parmi les bienfaits de l'activité physique régulière, le *Guide d'activités physiques canadien pour une vie active saine* (Santé Canada, 2000) souligne

l'amélioration de la posture et de l'équilibre, une contribution au contrôle du poids et au renforcement des muscles et des os, un regain d'énergie et une aide à la détente et au contrôle du stress.

On trouve fort peu de documentation sur le niveau d'activité physique dans les populations immigrantes. Toutefois, une analyse américaine de 10 études sur l'activité physique, effectuées de 1983 à 1997 auprès de minorités ethniques, en arrive à la conclusion qu'il s'agit de groupes susceptibles d'être physiquement plus inactifs durant leurs loisirs. Aux États-Unis, l'inactivité physique durant les loisirs atteindrait jusqu'à 43 % parmi ces groupes de population, en comparaison d'environ 25 % au sein de la population en général (Taylor et autres, 1998).

Schéma 6.1

Catégories regroupant toute l'activité physique^a potentiellement incluse dans une journée



a. Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos (USDHHS, 1996, p. 20).

b. Plusieurs activités de ces deux catégories sont physiquement très semblables ou même identiques. Ce qui les différencie, principalement, est le fait d'être rémunérées ou non rémunérées, ainsi que l'endroit où elles sont pratiquées.

c. activités physiques pratiquées *durant les temps libres* (sports, conditionnement physique, plein air, etc.).

Source : B. Nolin, G. Godin et D. Prud'homme (2000). « Activité physique » dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 171 (avec permission).

Qu'en est-il au Québec, dans une population d'immigration récente? Divers facteurs peuvent influencer sur le niveau d'activité physique des immigrants, parmi lesquels on retrouve la valorisation ou non de la pratique d'activités physiques de loisir dans la culture d'origine, mais aussi la disponibilité de temps pour pratiquer de telles activités au moment de l'établissement dans un nouveau milieu, avec toutes les contraintes que cela implique. Enfin, pour avoir une vue un peu plus globale, il importe de considérer également le niveau d'activité physique au travail.

Puisque la présente étude porte sur des sous-groupes de population de diverses origines, et qu'il est fort probable que des facteurs culturels influencent la perception ainsi que le choix des activités physiques de loisir, les indicateurs utilisés, tels que décrits dans la prochaine section du chapitre, ne couvrent sûrement pas l'ensemble de la réalité de ce type de pratique. Néanmoins, les résultats donnent de l'information sur un type d'activité fortement associé à des bénéfices pour la santé, même si d'autres formes de pratique peuvent possiblement apporter des bienfaits comparables. De plus, on s'intéresse également au niveau d'activité physique lié au travail ou à l'activité principale.

6.1 Aspects méthodologiques

6.1.1 Indicateurs

Les questions sur l'activité physique se trouvent dans la section V du questionnaire autoadministré (QAA). Ces questions s'adressent aux personnes âgées de 15 ans et plus. Une première question (QAA25) porte sur la fréquence de pratique d'un sport ou d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois, au cours d'une période de trois mois. Les réponses à cette question ont été regroupées de façon à créer un indice portant sur le niveau d'activité physique de loisir : les personnes qui pratiquent de telles activités trois fois par mois ou moins, celles qui les pratiquent une ou deux fois par semaine et enfin, celles qui pratiquent de telles activités trois fois ou plus par semaine.

La question QAA26 vise à mesurer l'intensité de pratique et s'adresse aux personnes qui pratiquent un sport ou des activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes au moins une fois par mois. Elle se lit comme suit : « Ces activités physiques sont-elles suffisamment soutenues pour vous faire transpirer ou vous essouffler? » On considère que l'activité est « plus élevée » quand on répond « la plupart du temps », et qu'elle est « moins élevée » quand on répond « quelquefois » ou « jamais ».

Enfin, la question QAA27 porte sur l'activité physique liée au travail ou à l'activité principale, en incluant le travail qui consiste à « tenir maison ». Le niveau 1 regroupe les personnes qui ont décrit leur travail ou leur activité principale de la façon suivante : « Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent. » Le niveau 2 est associé aux personnes qui ont répondu « Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent. » Enfin, le niveau 3 regroupe les personnes qui doivent habituellement lever ou transporter des charges légères ou qui doivent souvent monter des escaliers ou des pentes, et celles qui disent effectuer un travail physiquement exigeant ou transporter des charges très lourdes.

6.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Deux des trois questions utilisées permettent d'établir des comparaisons avec les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. La question 25 reprend la question 12 du questionnaire autoadministré (QAA) de l'enquête de 1998, à quelques détails près : l'*Étude auprès des communautés culturelles* parle d'une pratique « d'un sport ou d'une activité physique de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois », et l'*Enquête sociale et de santé* utilise plutôt l'expression « des activités physiques pendant 20 à 30 minutes par séance dans vos temps libres ». On a choisi de comparer les résultats malgré ces différences de formulation, d'autant plus que les catégories de réponse sont identiques. Enfin, la question 27 reprend textuellement la question 19 du QAA de l'enquête de 1998.

Il faut toutefois rappeler que les données pour l'ensemble du Québec (1998) ont été standardisées pour permettre la comparaison avec une population, celle des immigrants récents, dont la distribution selon l'âge et le sexe diffère de celle du Québec. De ce fait, les résultats présentés ici pour le Québec peuvent différer de ceux qui ont été publiés dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998).

6.1.3 Portée et limites des données

Comme on l'a mentionné plus haut, les indicateurs utilisés pour les fins de ce chapitre ne mesurent l'activité physique que de façon partielle. Par exemple, la question QAA25 semble évaluer surtout les activités physiques de loisir pratiquées à une intensité moyenne ou élevée (Nolin et autres, 2002). Quant à la question QAA27, elle ne mesure pas de façon parfaite le continuum potentiel du niveau d'activité physique au travail ou dans l'activité principale. En effet, bien qu'on puisse sans grand risque d'erreur considérer les personnes qui se situent au niveau 1 comme plutôt sédentaires dans leur activité principale, une certaine proportion des individus qui se situent au niveau 2 pourraient être, en raison d'une fréquence suffisante de la marche, considérés comme plutôt « actifs » physiquement. Enfin, au niveau 3, l'activité physique peut être dans certains cas d'intensité élevée, mais de courte durée et très localisée sur le plan musculaire et, par conséquent, peu « aérobique ». Il n'en demeure pas moins que ces questions, bien qu'elles ne couvrent pas l'ensemble de la réalité, sont utiles en tant qu'« indicateurs » du niveau d'activité physique.

Enfin, pour chacune des questions, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 10 %.

6.2 Résultats

6.2.1 Pratique d'activités physiques de loisir

Le tableau 6.1 présente la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois, sur une période de trois mois, tant pour les groupes touchés par la présente étude que pour l'ensemble du Québec (données standardisées). Dans les communautés visées par l'étude, près d'une personne sur trois (33 %), comparativement à environ 26 % pour le Québec dans son ensemble, mentionne n'avoir pratiqué ce type d'activité en aucune occasion, et cette différence est significative à un seuil de 0,5 %. C'est chez les immigrants récents d'origine haïtienne qu'on observe la proportion la plus élevée de personnes qui disent n'avoir pratiqué ce type d'activité physique en aucune occasion au cours d'une période de trois mois, soit environ 44 %. Par ailleurs, lorsqu'on additionne les proportions de personnes qui disent n'avoir pratiqué ce type d'activité physique « aucune fois » et de celles l'ayant pratiqué « trois fois ou moins par mois », ce sont près de 55 % des personnes des groupes visés par l'étude, comparativement à 47 % environ de l'ensemble des Québécois, qui se retrouvent dans cette catégorie. Quant à la population pratiquant de telles activités physiques de loisir trois fois par semaine ou plus, la proportion se situe autour de 25 % pour l'ensemble du Québec et autour de 21 % pour les communautés visées par l'étude.

Lorsqu'on considère la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir selon le sexe, on constate qu'environ 50 % des femmes des communautés étudiées, comparativement à 40 % des hommes, disent ne jamais pratiquer de sports ou d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois, ou ne le font qu'une fois par mois ou moins. Cette proportion observée chez les femmes immigrantes visées par l'étude est par ailleurs significativement plus élevée que celle qu'on observe pour la population féminine de l'ensemble du Québec, soit 36 % (données non présentées).

Dans les communautés visées par l'étude, (tableau 6.2) la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois diminue avec l'âge; environ 32 % des jeunes de 15 à 24 ans pratiquent de telles activités trois fois par semaine ou plus, comparativement à 19 % seulement des personnes de 45 ans et plus. À l'opposé, 65 % environ des personnes de 45 ans et plus pratiquent de telles activités trois fois par mois ou moins, alors que cette proportion n'est que de 33 % chez les plus jeunes (15-24 ans). On observe une tendance similaire dans les résultats pour l'ensemble du Québec. En ce qui concerne la

proportion de la population qui pratique de telles activités trois fois par semaine ou plus, on note un écart significatif, chez les personnes de 45 ans et plus, entre la population étudiée (19 %) et l'ensemble du Québec (27 %). Par contre, fait intéressant, la fréquence de pratique de sports ou d'activités physiques de loisir ne diffère pas entre les jeunes de 15 à 24 ans de ces communautés culturelles et ceux de l'ensemble du Québec.

Tableau 6.1

Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucune fois	3 fois par mois ou moins	1 ou 2 fois par semaine	3 fois par semaine ou plus
	%			
Chine	33,4	20,4	21,7	24,5
Haïti	43,8	16,3	18,9	21,0
Maghreb et Moyen-Orient	29,4	24,6	26,9	19,1
Pays hispanophones	30,9	22,3	26,0	20,9
Total - Communautés culturelles	32,5	22,2	24,8	20,6
Québec 1998 (données standardisées)	25,7	21,1	27,8	25,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.2

Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir pendant au moins vingt minutes à chaque fois selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%		
Communautés culturelles			
3 fois par mois ou moins	32,5	59,1	64,6
1 ou 2 fois par semaine	35,7	24,2	16,6
3 fois par semaine ou plus	31,8	16,7	18,9
Québec 1998 (données standardisées)			
3 fois par mois ou moins	32,8	50,5	51,1
1 ou 2 fois par semaine	33,0	28,7	21,7
3 fois par semaine ou plus	34,2	20,8	27,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le tableau 6.3 porte sur l'intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon la fréquence de pratique. Chez les personnes qui pratiquent de telles activités pendant au moins vingt minutes à chaque fois trois fois par semaine ou plus, 59 % disent pratiquer la plupart du temps leurs activités de loisir de façon suffisamment soutenue pour les faire transpirer ou les essouffler. La proportion de personnes qui pratiquent un sport ou des activités physiques de loisir avec cette intensité élevée est significativement plus faible parmi celles dont la fréquence de pratique de telles activités est de trois fois par mois ou moins (36 %) ou de une ou deux fois par semaine (44 %).

Si l'on considère l'intensité de l'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge (tableau 6.4), on constate que 51 % environ des hommes, comparativement à 40 % des femmes, pratiquent de telles activités avec une intensité élevée. Quant à l'âge, 60 % environ des

personnes de 15-24 ans, comparativement à 44 % des personnes âgées de 25 à 44 ans et 30 % seulement des personnes de 45 ans et plus, disent pratiquer leurs activités de loisir de façon suffisamment soutenue, la plupart du temps, pour les faire transpirer ou les essouffler.

On n'a pu observer de lien entre la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir et les catégories de poids (poids insuffisant, poids acceptable, excès de poids). Toutefois, comme on le voit au tableau 6.5, on observe des différences significatives lorsqu'on croise cette même variable avec l'intensité habituelle de l'activité physique de loisir. On constate, sans surprise, qu'environ 51 % des personnes qui présentent un poids acceptable pratiquent des activités physiques de loisir avec une intensité élevée, comparativement à 40 % seulement de celles qui ont un poids insuffisant et 34 % de celles qui présentent un excès de poids.

Tableau 6.3

Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon la fréquence de pratique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	3 fois par mois ou moins	1 ou 2 fois par semaine	3 fois par semaine ou plus
	%		
Plus élevée	35,7	43,8	59,0
Moins élevée	64,3	56,2	41,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 6.4

Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%				
Plus élevée	50,8	39,7	59,9	43,9	30,1
Moins élevée	49,2	60,3	40,1	56,1	69,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 6.5

Intensité habituelle de l'activité physique de loisir selon la catégorie de poids, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Poids insuffisant	Poids acceptable	Excès de poids
	%		
Plus élevée	39,8 *	51,0	33,8
Moins élevée	60,2	49,0	66,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

6.2.2 Activité physique au travail

Le tableau 6.6 décrit le niveau d'activité physique au travail ou dans l'activité principale, pour les communautés visées par l'étude et pour l'ensemble du Québec. Sur ce plan, la population visée se caractérise par une plus forte proportion de personnes se situant au niveau 2 comparativement à l'ensemble du Québec (approximativement 52 % c. 47 %), et une proportion plus faible de personnes se situant au niveau 3 (23 % c. 29 %). Par ailleurs, les immigrants récents d'origine chinoise comptent dans ce domaine une proportion relativement plus élevée de personnes de niveau 1 (39 %) que ce qu'on observe pour l'ensemble du Québec (24 %).

Lorsqu'on considère le niveau d'activité physique au travail ou dans l'activité principale selon l'âge et le

sexe (tableau 6.7), on constate que chez les femmes, il n'y a pas de différence significative, à tous les niveaux d'activité, entre la population étudiée et le Québec dans son ensemble. Par contre, chez les hommes, on observe dans les communautés visées par l'étude une proportion plus faible de personnes se situant au niveau 3 comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (27 % c. 38 %), mais une proportion plus élevée de personnes qui se situent au niveau 2 (50 % c. 40 %). Par ailleurs, dans chaque groupe d'âge, on note une proportion légèrement plus faible de personnes se situant au niveau 3 dans la population étudiée en comparaison de l'ensemble du Québec, soit 26 % c. 35 % chez les 15-24 ans, 24 % c. 29 % chez les 25-44 ans et 19 % c. 26 % chez les 45 ans et plus.

Tableau 6.6

Niveau d'activité physique au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	%		
Chine	39,3	46,0	14,8
Haïti	19,6	60,5	19,9
Maghreb et Moyen-Orient	24,2	54,6	21,2
Pays hispanophones	22,8	43,4	33,8
Total – Communautés culturelles	25,4	51,6	23,0
Québec 1998 (données standardisées)	23,9	46,9	29,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.7

Niveau d'activité physique au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%				
Communautés culturelles					
Niveau 1	23,7	27,1	26,7	23,4	28,6
Niveau 2	49,9	53,3	47,3	52,9	52,6
Niveau 3	26,5	19,6	26,1	23,7	18,8
Québec 1998 (données standardisées)					
Niveau 1	22,6	25,1	25,6	23,9	22,3
Niveau 2	39,9	53,6	39,7	47,5	51,8
Niveau 3	37,5	21,3	34,7	28,6	26,0

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.8

Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir selon le niveau d'activité physique au travail, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	%		
3 fois par mois ou moins	53,5	42,9	37,4
1 ou 2 fois par semaine	33,4	34,7	36,4
3 fois par semaine ou plus	13,1 *	22,4	26,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Comme on le voit au tableau 6.8, il y a une association entre la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir ou de sports et le niveau d'activité physique au travail dans la population visée par l'étude. En effet, les personnes qui se situent au niveau 1 au travail ou dans leur activité principale sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes du niveau 3 à s'adonner à la pratique d'activités physiques de loisir trois fois par mois ou moins (54 % c. 37 %). En outre, environ 13 % seulement des personnes qui se situent au niveau 1 au travail pratiquent des activités physiques de loisir ou un sport trois fois par semaine ou plus, alors que cette proportion atteint 26 % chez les personnes se situant au niveau 3 au travail.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Dans l'ensemble, pour les communautés culturelles visées par l'étude, on observe une tendance à une pratique moins fréquente d'activités physiques de loisir ou de sports pendant au moins vingt minutes à chaque fois que chez les Québécois dans leur ensemble, sauf en ce qui concerne les jeunes de 15 à 24 ans qui se rapprochent, sur ce point, des autres jeunes québécois. Par ailleurs, au sein de la population d'immigrants récents étudiée, la pratique d'activités physiques de loisir n'est pas uniforme, et certains sous-groupes sont plus actifs physiquement durant leurs loisirs que d'autres. C'est le cas des hommes par rapport aux femmes, et des personnes de moins de 45 ans comparativement aux 45 ans et plus. On observe aussi que les personnes qui

présentent une insuffisance ou un excès de poids pratiquent les activités physiques de loisir avec moins d'intensité que celles qui présentent un poids santé.

Sur le plan de l'activité physique au travail ou dans l'activité principale, on remarque également une moins forte proportion de personnes se situant au niveau 3 (plus exigeant physiquement) dans la population visée par l'étude que dans la population québécoise dans son ensemble. En outre, la population d'origine chinoise, en particulier, se distingue de la population québécoise par une plus forte proportion de personnes plutôt sédentaires (ou de niveau 1) au travail ou dans l'activité principale.

S'il apparaît évident que l'on peut difficilement modifier le niveau d'activité physique nécessité par le travail qu'on exerce, la pratique d'activités physiques de loisir demeure par contre, en principe, majoritairement sous le contrôle de l'individu, dans la mesure où il s'agit d'une décision personnelle. Toutefois, on peut fort bien ne pas disposer de ce temps de loisir, ou encore, choisir de l'occuper à des activités que l'on valorise davantage. Des recherches plus poussées seraient nécessaires afin d'explorer la conception que se font les communautés étudiées des activités physiques de loisir, ainsi que les facteurs facilitant ou limitant la pratique de telles activités.

Éléments de réflexion pour la planification

Depuis déjà bon nombre d'années, la société nord-américaine fait la promotion des activités physiques de loisir, car celles-ci peuvent avoir un effet très positif sur l'état de santé. La pratique de ce type

d'activité suppose toutefois que l'on dispose du temps nécessaire et, surtout, que l'on soit convaincu de l'intérêt et de l'importance de telles pratiques. La phase qualitative de la présente étude (Santé Québec; Quintal, 1996; Clarkson et Dahan, 1997; Clarkson et Eustache, 1997; Clarkson et Tran, 1997) a mis en relief l'importance accordée au travail et à la famille dans les communautés culturelles visées par l'étude. Si la période de temps qui n'est pas vouée au travail est surtout consacrée à la famille, peut-être faudrait-il promouvoir, de façon plus particulière, les formes d'activité physique qui peuvent se pratiquer en milieu de travail ou à la maison, ainsi que celles qui permettent de réunir tous les membres de la famille. La promotion de la marche et de la bicyclette, comme moyens de transport, est également pertinente car celles-ci peuvent s'avérer un choix accessible pour plusieurs.

Bibliographie

BOUCHARD, C., R. J. SHEPHARD et T. STEPHENS (1994). *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceeding and Consensus Statement*, Champaign, Illinois (USA), Human Kinetics, 1 055 p.

KASANIEMI, Y. A., E. DANFORTH JR, M. D. JENSEN, P. G. KOPELMAN, P. LEFEBVRE et B. A. REEDER (2001). « Dose-responses issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 33, n° 6, suppl., p. S351-S358.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN, D. HAMEL et autres (2002). *Enquête québécoise sur l'activité et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique et Kino-Québec, 137 p.

NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME (2000). « Activité physique » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 171-184.

SANTÉ CANADA (2000). *Guide d'activités physiques canadien pour une vie active saine*, <http://www.reseau-canadien-sante.ca>

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et R. EUSTACHE (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 40 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

SANTÉ QUÉBEC; QUINTAL, L.(1996). *Opinions et perceptions de la communauté latino-américaine de Montréal à l'égard de la santé : document de travail*, Montréal, Le groupe Léger et Léger inc., 30 p.

TAYLOR, W. C., T. BARANOWSKI et D. R. YOUNG (1998). « Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, n° 4, p. 334-343.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS) (1996). *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, USDHHS Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

Chapitre 7

Comportements préventifs pour dépister le cancer du sein et du col de l'utérus

Bilkis Vissandjée
Sophie Dupéré

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Introduction

Un peu plus du tiers des femmes canadiennes développeront un cancer dans leur vie; environ une femme sur cinq y succombera. L'incidence globale du cancer est moins élevée chez les femmes que chez les hommes; toutefois les impacts du cancer sont plus importants chez les femmes, le cancer étant la principale cause de décès et d'années potentielles de vie perdues (Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes, 1999). Le cancer est l'un des 19 problèmes prioritaires de *La politique de la santé et du bien-être du Québec* et est une priorité nationale de santé publique (Donovan et autres, 2000, PQDCS, 1998). Le portrait chez les femmes immigrantes au Québec est moins clair. Les résultats des enquêtes nationales (Chen et autres, 1996; Dunn et Dyck, 2000) démontrent que les immigrants arrivent au Canada en relative bonne santé, cela étant attribuable en partie à l'effet de sélection qu'impose le processus migratoire. Toutefois, cet état se détériore après dix ans d'immigration et le risque de développer des maladies chroniques s'accroît à travers les générations (Chen et autres, 1996). Bien que les facteurs de risque liés à l'augmentation de la prévalence chez les immigrants soient peu connus, les changements du statut socio-économique, du niveau de stress et des habitudes de vie¹ sont parmi les explications possibles (Hyman et Minocha, 2001).

Concernant les données sur les taux de cancer chez des femmes issues de communautés culturelles², Hyman et Minocha (2001) rapportent que la plupart des registres de statistiques québécois et canadiens n'ont pas d'indicateurs sur le temps de séjour des personnes. Il est donc difficile de déterminer avec précision les tendances chez ces groupes. Toutefois, des études épidémiologiques récentes démontrent que la migration d'un endroit où l'incidence du cancer est basse à un endroit où l'incidence du cancer est élevée résulte en une augmentation du taux de la maladie (Kamath et autres, 1999). De plus, bien que les taux de cancer aient été traditionnellement cités comme étant plus faibles chez des femmes de pays en développement, on assiste depuis peu à une augmentation des taux dans la plupart de ces pays (World Health Organization, 1997). Cela porte à croire que les immigrantes et immigrants venant s'établir au Canada ne constituent pas une population exempte de risques reliés au cancer, y inclus les types de cancer affectant les femmes, soit les cancers du sein et du col de l'utérus.

Les trois activités de dépistage du cancer du sein qui sont généralement recommandées sont : l'auto-examen mensuel des seins (AES), l'examen clinique des seins effectué annuellement par un professionnel de la santé (ECS) et la mammographie annuelle pour les femmes qui sont à risque et aux deux ans pour les autres (MAM). Chacune de ces activités possède ses limites et ne peut offrir une garantie totale, et ce,

1. Les changements relativement à la diète et l'augmentation de l'usage du tabac sont rapportés le plus souvent dans les études disponibles.

2. Les personnes issues des communautés culturelles ne sont pas immigrants nécessairement mais une forte proportion l'est. Les résultats des recherches varient : certains portent sur des communautés culturelles et d'autres sur des populations immigrantes.

même si ces trois moyens sont combinés (Conseil du statut de la femme, 1993; Cancer du sein : informations et ressources, 2002).

La mammographie permettrait de réduire considérablement le taux de mortalité du cancer du sein (40 %). Par contre, l'auto-examen des seins ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique (Baxter, 2001; Nekhyudov et Fletcher, 2001) malgré le fait que cette activité de dépistage ait contribué à identifier des tumeurs à un stade précoce (Donovan et autres, 2000). Finalement, l'ECS est reconnu comme un moyen efficace, s'il est bien appliqué par le prestataire de services, pour détecter des masses au sein et est recommandé comme une méthode de suivi entre les mammographies (Donovan et autres, 2000).

Pour la prévention du cancer du col de l'utérus, un comportement sexuel sain est généralement prôné. Pour le dépistage du cancer du col, un test de Papanicolaou (test Pap) annuel est conseillé, ce dernier permettant de réduire le taux de mortalité de 60 % (Miller, 1992 cité par Donovan et autres, 2000).

Selon le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999), il est essentiel de disposer de données probantes pour élaborer, cibler et évaluer des stratégies de prévention et de détection précoce. Entre autres, de l'information sur les facteurs qui prédisposent aux comportements à risque ou qui les renforcent, telle la connaissance d'un test de dépistage, est nécessaire. Ce rapport souligne également l'importance de mener des recherches auprès de populations vulnérables de façon générale, soit les personnes défavorisées, les personnes âgées, les immigrantes et les femmes autochtones qui sont des populations atteintes de façon inadéquate par les programmes existants de dépistage.

Bien que peu de données soient disponibles quant aux comportements préventifs de femmes issues de communautés culturelles, les résultats de *l'Enquête sociale et de santé 1998* illustrent que des femmes issues de certaines communautés culturelles comparativement aux femmes issues du groupe majoritaire utilisent moins les services de prévention et de

dépistage des cancers féminins (Donovan et autres, 2000; Hyman et Minocha, 2001). D'autres auteurs suggèrent que les femmes issues de communautés culturelles, plus particulièrement les femmes plus âgées, sont plus sujettes à recevoir un diagnostic de cancer à un stade avancé de la maladie, une des causes primaires étant la détection tardive (Rashidi et autres, 2000; Schulmeister et Lifsley, 1999). Le manque de données sur les comportements de santé de femmes issues de communautés culturelles et/ ou immigrantes constitue une barrière à l'objectif national de réduction de la mortalité due au cancer du sein. Des barrières telles que la langue, le manque de connaissances sur les risques du cancer, le manque de familiarité avec le système de santé et certaines habitudes culturelles influencent les pratiques de dépistage du cancer chez ces populations (Cancer 2000, cité dans Choudhry et autres, 1998). Des efforts soutenus ont été faits afin d'augmenter la participation de femmes issues de communautés culturelles et/ou immigrantes aux programmes de dépistage. Malgré ces efforts, surtout centrés sur l'accessibilité des services, la réduction des barrières de la langue, l'augmentation de la connaissance et l'importance de ces tests, les taux de participation restent plutôt faibles (Bottorff et autres, 1999). Vissandjée et autres (1998), lors d'une réflexion critique sur l'état des connaissances actuelles en matière de promotion et de prévention chez ces populations, font ressortir les disparités entre la vision des chercheurs, des professionnels de la santé et des intervenants par rapport à celle des femmes concernant la promotion de la santé et la prévention de la maladie. De ce fait, ces auteurs soulignent l'importance d'étudier également les logiques préventives et de promotion de la santé chez les femmes vivant des expériences de migration et/ou issues de communautés culturelles afin d'ajuster les programmes d'intervention.

Objectifs du chapitre

Dans un premier temps, il s'agit d'examiner les comportements préventifs relatifs au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez des femmes

immigrantes originaires de la Chine, d'Haiti, des pays hispanophones des Amériques ainsi que du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que les facteurs associés à ces comportements. Dans un deuxième temps, ces comportements préventifs seront comparés avec ceux des femmes de la population du Québec en général en se basant sur les données standardisées de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Les comportements préventifs examinés dans ce chapitre sont : le dépistage du cancer du sein par l'auto-examen des seins (AES), le dernier examen clinique effectué par un professionnel de la santé, la mammographie et le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis vaginal (test de Papanicolaou ou Pap).

Cadre de référence

Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être est proposé par Santé Québec comme outil de référence. L'approche systémique suggère une façon dynamique et multidimensionnelle d'examiner les concepts à l'étude sur plusieurs paliers en considérant la personne en interrelation avec ses milieux et environnements (Clarkson et Pica, 1995).

Tableau 7.1
Facteurs retenus pour l'analyse des comportements préventifs féminins selon certains paliers du modèle systémique

Palier	Facteur
Caractéristiques de l'individu	Âge, scolarité, région d'origine, maîtrise de la langue, date d'arrivée, statut d'immigrant
Milieu de vie immédiat	Statut matrimonial, type de famille, nombre d'enfants
Réseau d'appartenance et conditions de vie	Statut d'activité, emploi, type d'emploi (déqualification), indice d'intégration socioculturelle

Dans le cadre de ce chapitre, les facteurs retenus pour l'analyse des comportements préventifs féminins ont été identifiés parmi certains des paliers du modèle systémique proposé par Santé Québec (tableau 7.1). Ces facteurs reflétant plusieurs réalités sociales des femmes, c'est ainsi que notre analyse s'inscrit

également dans une approche sensible au genre. La définition suivante de la santé des femmes illustre bien les dimensions essentielles à considérer :

« La santé des femmes englobe le bien-être émotionnel, social, culturel, spirituel et physique des femmes, et est déterminée par le contexte social, politique et économique de la vie des femmes aussi bien que par leur patrimoine biologique... » Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999).

7.1 Aspects méthodologiques

7.1.1 Indicateurs

Les principaux indicateurs utilisés dans ce chapitre et le numéro de la question sont indiqués ci-dessous :

Indicateur	Numéro de la question
La connaissance de l'AES	QAA180
La fréquence de la pratique de l'AES	QAA181
La connaissance de la méthode de l'AES	QAA182
Le dernier ECS	QAA183
Avoir déjà subi une mammographie	QAA191
La dernière mammographie	QAA192
La raison pour avoir passé la dernière mammographie	QAA193
Avoir déjà subi un test Pap	QAA188
La raison pour n'avoir jamais subi de test Pap	QAA189
Le dernier test Pap	QAA190

7.1.2 Portée et limites des données

Trois questions ont eu un taux de non-réponse supérieur à 10 %, soit : la question QAA182 portant sur la connaissance de la méthode d'auto-examen des seins, la question QAA183 sur le dernier ECS et la question QAA189 concernant la raison pour n'avoir jamais eu de test Pap. Les taux de non-réponse partielle ont été évalués pour les femmes de 15 et plus. L'analyse de la non-réponse partielle à ces

questions a été effectuée selon la classe d'âge, la région d'origine, le niveau de scolarité et le statut matrimonial.

On note que la non-réponse partielle à la QAA183 est liée au statut matrimonial de même qu'au niveau de scolarité : les femmes mariées ou en union de fait, celles qui ont une scolarité de niveau primaire ou moins de même que les femmes non-répondantes aux questions portant sur le statut matrimonial ou le niveau de scolarité sont plus fréquemment non-répondantes à la QAA183. En supposant que les non-répondantes aient répondu de la même façon que les répondantes d'après ces deux caractéristiques, il y aurait alors une légère sous-estimation des modalités « moins de 12 mois » et « Jamais » pour la question QAA183.

7.2 Résultats

7.2.1 Auto-examen des seins (AES)

Environ 79 % des femmes issues des groupes visés disent connaître l'AES. De celles-ci, seulement 32 % pratiquent l'auto-examen des seins au moins une fois par mois et plus d'une femme sur quatre ne le fait jamais (27 %). Par ailleurs, parmi les femmes qui disent pratiquer l'AES, environ la moitié ne sont pas très sûres de la méthode (47 %) (tableau 7.2).

7.2.2 Examen clinique effectué par un professionnel de la santé (ECS)

Près de deux femmes sur cinq n'ont jamais subi d'examen clinique effectué par un professionnel de la santé et environ 31 % en ont passé un dans la dernière année (tableau 7.3).

Tableau 7.2

Auto-examen des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%
Connaissance de l'auto-examen des seins	
Oui	79,3
Non	20,7
Fréquence de l'auto-examen des seins ¹	
1 fois par mois ou plus	32,2
1 ou 2 fois par mois	14,2
Moins souvent que ça	26,6
Jamais	27,0
Façon de pratiquer l'auto-examen des seins ¹	
Systématique	52,8
Pas très sûre	47,2

1. Population féminine de 15 ans et plus connaissant l'AES.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 7.3

Examen clinique des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Dernier examen clinique des seins	%
Moins de 12 mois	31,3
1 ou 2 ans	15,2
Plus de 2 ans	14,9
Jamais	38,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

7.2.3 Test Pap

La moitié des femmes appartenant aux groupes visés n'ont jamais subi de test Pap (50 %). Les raisons principales évoquées pour ne pas en avoir passé sont : le médecin ne l'a jamais proposé (47 %), ne jamais avoir entendu parler de l'examen (29 %), penser que cette pratique n'est pas importante (12 %), ne pas avoir le temps (5 %) et être encore vierge/être trop jeune (5 %). Parmi celles qui en ont déjà passé un, environ 56 % l'ont subi dans les douze derniers mois (tableau 7.4).

Tableau 7.4

Test Pap, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%
A déjà subi un test Pap	
Oui	49,9
Non	50,1
Dernier test Pap ¹	
Moins de 12 mois	56,3
1 ou 2 ans	27,7
Plus de 2 ans	16,1 *
Pourquoi jamais passé de test Pap?	
Médecin n'a pas proposé	47,2
Ne connaît pas	29,1
Pas important	12,1 *
N'a pas eu le temps	5,4 **
Jeune/vierge	4,9 **
Avoir peur	0,9 **
Autres	0,3 **

1. Population féminine de 15 ans et plus qui a déjà passé un test Pap.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

7.2.4 Mammographie (MAM)

Les résultats portant sur la mammographie concernent les femmes âgées de 40 ans et plus puisque ce test est habituellement recommandé annuellement à partir de ce groupe d'âge pour celles qui sont à risque. Environ 51 % des femmes âgées de 40 ans et plus issues des groupes visés par l'étude ont déjà passé une mammographie; la moitié de celles-ci l'ont fait dans les douze derniers mois (50 %) et environ une femme sur cinq l'a passé il y a plus de deux ans (20 %) (tableau 7.5). Les raisons mentionnées pour avoir subi la dernière mammographie sont : effectuée lors d'un examen général (80 %), avoir eu un problème précis au sein (19 %) ou en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein (1,4 %) (tableau 7.5).

Tableau 7.5

Mammographie, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%
A déjà passé une mammographie	
Oui	50,6
Non	49,4
Dernière mammographie ¹	
Moins de 12 mois	49,5
1 ou 2 ans	30,7 *
Plus de 2 ans	19,8 *
Raisons de la dernière mammographie ¹	
Lors d'un examen général	80,0
Problème précis au sein ²	18,6 *
Antécédents familiaux	1,4 **

1. Population féminine de 40 ans et plus qui a déjà subi une mammographie.

2. Il est à noter que ce choix de réponse peut inclure autant les femmes adoptant un comportement de dépistage que les femmes se présentant pour une mammographie de diagnostic.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

7.2.5 Comportements préventifs relatifs au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

La proportion des femmes âgées de 15 ans et plus qui pratiquent l'AES une fois par mois ou plus est plus élevée chez les communautés culturelles visées (32 %) que chez les Québécoises (25 %). Toutefois, les proportions de femmes de cette tranche d'âge qui pratiquent l'AES rarement (moins d'une fois tous les 2 ou 3 mois) ou jamais ne diffèrent pas significativement dans les deux populations (tableau 7.6).

La proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont passé un ECS dans les douze derniers mois est plus élevée chez l'ensemble des Québécoises (47 %) que chez les communautés culturelles visées (31 %). La proportion des femmes de cette tranche d'âge qui n'ont jamais subi un ECS est plus élevée chez les communautés culturelles (39 %) que chez les Québécoises (17 %) (tableau 7.6).

La proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont passé un test Pap dans les douze derniers mois est plus élevée chez les Québécoises en général (49 %) que chez les immigrantes récentes étudiées (26 %). La proportion de femmes de cette tranche d'âge qui n'ont jamais subi un test Pap est plus élevée chez les communautés culturelles (54 %) que chez les Québécoises (13 %) (tableau 7.6)

La proportion des femmes âgées de 40 ans et plus qui n'ont jamais passé de mammographie est plus élevée chez les communautés culturelles visées (50 %) que chez les Québécoises dans leur ensemble (33 %) (tableau 7.6).

Tableau 7.6

Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.

	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%	
Fréquence de l'auto-examen des seins		
1 fois par mois ou plus	32,2	24,5
1 fois par 2-3 mois	14,2	20,9
Moins souvent que ça	26,6	26,3
Jamais	27,0	28,2
Dernier examen clinique des seins		
Moins de 12 mois	31,3	46,5
1 ou 2 ans	15,2	20,2
Plus de 2 ans	14,9	15,1
Jamais	38,7	17,0
Dernier test Pap		
Moins de 12 mois	25,7	49,1
1 ou 2 ans	12,6	20,4
Plus de 2 ans	7,3*	14,7
Jamais	54,4	13,1
Dernière mammographie (chez les femmes âgées de 40 ans et plus)		
Moins de 12 mois	24,8	27,6
1 ou 2 ans	15,3*	19,9
Plus de 2 ans	9,9*	19,7
Jamais	50,0	32,7

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %: à interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

7.2.6 Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

En examinant les trois comportements de dépistage du cancer du sein, on constate l'existence d'associations significatives, sauf entre la pratique de l'AES et la mammographie. La proportion de femmes qui connaissent l'AES et qui ont subi un ECS est plus élevée que la proportion de celles qui ne le connaissent pas. Plus spécifiquement, parmi les femmes qui ont passé un ECS dans la dernière année, 92 % connaissent l'AES. La proportion de femmes de 40 ans et plus qui connaissent l'AES et qui ont passé une mammographie est également plus élevée que la proportion de celles qui ne le connaissent pas. Parmi celles qui pratiquent l'AES, une proportion plus élevée a subi un ECS par rapport à celles qui ne pratiquent pas l'AES. Par exemple, parmi les femmes qui ont passé un ECS dans les douze derniers mois, environ 45 % pratiquent l'AES une fois par mois ou plus et environ 15 % ne le font jamais. Finalement, les femmes de 40 ans et plus qui ont passé un ECS ont

subi dans une plus grande proportion une mammographie que celles qui n'ont jamais passé d'ECS (tableau 7.7).

Des associations significatives ont également été observées entre le fait d'avoir déjà subi un test Pap, un ECS et la mammographie, et la connaissance et la pratique de l'AES. Notons que parmi les femmes qui ont déjà passé un test Pap, environ 87 % connaissent l'AES, près de 42 % le pratiquent une fois par mois ou plus, près de 45 % ont subi un ECS dans les douze derniers mois. On remarque également que parmi les femmes de 40 ans et plus, environ 77 % ont déjà passé une mammographie (tableau 7.7).

Étant donné que des associations significatives sont observées, d'une part, entre l'AES, l'ECS et la mammographie et, d'autre part, entre ces trois comportements et le test Pap, on peut supposer l'existence d'une certaine logique préventive liant les comportements de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Tableau 7.7

Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Dernier ECS				Test Pap		MAM ¹	
	Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Oui	Non	Oui	Non
	%							
Connaissance de l'AES								
Oui	92,0	85,8	92,2	65,3	86,9	72,7	90,1	73,1
Non	8,0**	14,2**	7,8**	34,7	13,1*	27,3	9,9**	26,9*
Pratique de l'AES								
1 fois par mois ou plus	45,4	38,8*	25,1*	18,1*	41,7	19,8*	49,3	29,4*
1 fois par 2-3 mois	17,8*	17,0**	18,8**	7,8**	17,6*	10,7*	18,0**	13,9**
Moins souvent que ça	22,1*	28,0*	41,3*	24,0*	24,9	29,2	19,3*	32,6*
Jamais	14,7*	16,2**	14,8**	50,2	15,9*	40,4	13,4**	24,1*
Dernier ECS								
Moins de 12 mois	...	...	...	...	44,8	16,9*	57,0	17,5**
1 ou 2 ans	...	...	...	...	20,1	10,2*	27,7*	11,1**
Plus de 2 ans	...	...	...	...	16,5*	13,7*	11,5**	20,7*
Jamais	...	...	...	...	18,6	59,2	3,8**	50,7
Test Pap								
Oui	...	...	...	...	...	...	76,6	42,5
Non	...	...	...	...	...	...	23,4*	57,5

1. Population féminine de 40 ans et plus.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

7.3 Facteurs associés aux comportements féminins de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus selon les paliers du modèle systémique de Santé Québec

Les résultats détaillés des analyses bivariées concernant les facteurs associés aux comportements féminins de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont présentés du tableau C7.1 au tableau C7.4 en annexe. Le tableau 7.8 présente une synthèse des associations significatives pour les groupes visés par l'étude afin de donner une vision d'ensemble.

7.3.1 Caractéristiques de l'individu

- Âge

L'âge est associé à la fois à la pratique de l'AES, à l'ECS, au fait d'avoir passé un test Pap au moins une fois. Les femmes de 45 ans et plus pratiquent

davantage l'AES au moins une fois par mois (39 %) que celles de 25 à 44 ans (35 %) et celles de 15 à 24 ans (16 %). Environ 43 % des femmes de 45 ans et plus ont passé leur dernier ECS dans les douze derniers mois comparativement à 16 % des femmes de 15 à 24 ans. Une plus grande proportion de femmes de plus de 25 ans (61 % pour les femmes de 25 à 44 ans et 57 % pour les femmes de 45 ans et plus) ont subi au moins un test Pap comparativement à celles de 15 à 24 ans (15 %).

- Scolarité

Les associations significatives entre le niveau de scolarité et la connaissance de l'AES, le dernier ECS et le fait d'avoir déjà passé un test Pap font ressortir que les femmes ayant peu d'éducation adoptent moins les comportements préventifs comparativement à celles qui ont plus d'éducation.

Tableau 7.8

Tableau synthèse des associations significatives entre les comportements préventifs pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et les facteurs pour l'ensemble des communautés culturelles

	Connaissance AES	Pratique AES	Connaissance méthode AES	Dernier ECS	Test Pap — oui/non	Dernier test Pap	MAM — oui/non	Dernière mammographie
Âge	----	p < 0,005	----	p < 0,005	p < 0,005	----	----	----
Statut matrimonial	----	p < 0,005	---	p < 0,005	p < 0,005	----	----	----
Type de famille	----	----	----	----	----	----	----	----
Nombre d'enfants	----	----	----	----	----	----	----	----
Scolarité	p < 0,005	----	----	p < 0,05	p < 0,005	----	----	----
Statut d'activité	----	----	----	p < 0,05	----	----	----	----
Emploi	----	----	----	----	p < 0,05	----	----	----
Type d'emploi	----	----	----	----	----	----	----	----
Date d'arrivée	----	----	----	----	----	----	----	----
Statut d'immigrant	----	----	----	----	----	----	----	----
Maîtrise de la langue	----	----	----	----	----	p < 0,05	p < 0,05	----
Intégration socioculturelle	----	----	----	----	----	----	----	----

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Région d'origine

Des relations significatives ont été trouvées entre la région d'origine et plusieurs comportements préventifs féminins : la connaissance, la pratique et la façon de pratiquer l'AES, à l'ECS, au fait d'avoir déjà subi un test Pap et au fait d'avoir déjà passé une mammographie. C'est chez les femmes d'origine haïtienne qu'on trouve la plus faible proportion de femmes qui connaissent l'AES (67 %). Les femmes originaires des pays hispanophones se démarquent nettement des autres en pratiquant davantage l'AES au moins une fois par mois (41 %) et en ayant passé un test Pap (71 %) et une mammographie (63 %) dans une plus grande proportion. Les femmes originaires des pays arabophones sont également nombreuses en proportion à avoir passé une mammographie (57 %).

- Maîtrise du français ou de l'anglais

Sur ce plan, des associations significatives sont observées entre le fait de ne pas maîtriser le français ou l'anglais et le dernier test Pap effectué et le fait d'avoir déjà passé une mammographie. Les femmes ne maîtrisant pas le français ou l'anglais sont proportionnellement moins nombreuses à avoir passé une mammographie (40 %) et à avoir subi un test Pap dans la dernière année (43 %) que celles qui maîtrisent une de ces deux langues (respectivement 59 % et 63 %).

7.3.2 Milieu de vie immédiat

- Statut matrimonial

Parmi les facteurs relatifs au milieu de vie immédiat, seul le statut matrimonial est lié de façon significative aux comportements préventifs féminins, plus spécifiquement avec la pratique de l'AES, l'ECS et le fait d'avoir déjà passé un test Pap. Les femmes célibataires pratiquent moins l'AES (15 % le font mensuellement ou plus) que les femmes mariées ou en union libre (37 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (42 %). Les femmes célibataires sont en plus grande proportion (71 %) des femmes

qui n'ont jamais passé un ECS par rapport à celles qui sont mariées ou en union libre (27 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (32 %). Enfin, une moindre proportion de femmes célibataires a passé un test Pap (11 %) par rapport à celles qui sont mariées ou en union libre (62 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (60 %).

7.3.3 Réseau d'appartenance

- Statut d'activité et emploi

Sur le plan des facteurs illustrant le réseau d'appartenance, cette étude a permis de noter une association significative entre le statut d'activité et le fait d'occuper un emploi et deux comportements préventifs, soit l'ECS et le fait d'avoir déjà subi un test Pap. Ainsi, 43 % de femmes ayant un emploi ou étant étudiantes n'ont jamais passé d'ECS alors qu'elles sont proportionnellement beaucoup moins parmi les femmes qui tiennent maison, qui n'ont pas d'emploi à l'extérieur ou qui sont à la retraite (31 %). On observe également qu'une plus grande proportion de femmes occupant un emploi ont déjà subi un test Pap (56 %) comparativement à celles qui n'ont pas d'emploi (46 %).

7.4 Discussion

7.4.1 Caractéristiques de l'individu

Les études antérieures sur le sujet auprès de la population québécoise « dite de souche » (Donovan et autres, 2000) et auprès de communautés culturelles (Ramirez et autres, 1999) font ressortir l'âge en tant que facteur important dans l'adoption des comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Les femmes plus âgées accordent probablement plus d'importance à la prévention de la maladie, se considérant plus à risque de développer une maladie. Elles sont également plus ciblées par les programmes de sensibilisation. Les résultats obtenus dans cette étude peuvent refléter en partie certaines actions provinciales, notamment le programme québécois de dépistage du cancer du sein

(PQDCS) ayant démarré en 1998 et qui vise les femmes âgées entre 50 et 69 ans. D'autres auteurs ont cependant noté un taux plus faible d'ECS chez des femmes âgées de plus de 40 ans (McPhee et autres, 1997) et pour d'autres encore, chez des femmes âgées de plus de 60 ans (Remennick, 1999b). L'âge, bien qu'insaisissable dans les directions des associations avec les comportements de dépistage, reste un facteur incontournable lors de l'élaboration et de l'évaluation des programmes de sensibilisation concernant le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Plusieurs auteurs ont également observé que les femmes issues de communautés culturelles ayant un niveau d'éducation plus élevé adoptent davantage des comportements préventifs, notamment pour l'ECS (McPhee et autres, 1997), le test Pap (Schulmeister et Lifsley, 1999; Taylor et autres, 1999; Ramirez et autres, 2000) et la mammographie (Schulmeister et Lifsley, 1999). Ramirez et autres (2000) expliquent ces résultats en faisant ressortir que les connaissances des procédures et des objectifs du test Pap sont des facteurs prédictifs d'avoir passé ce test récemment. Le niveau de connaissances variant selon le niveau d'éducation, les femmes plus éduquées sont potentiellement plus exposées aux messages de prévention dans le milieu scolaire et seraient plus à même de lire et de chercher de l'information sur divers sujets.

La langue a déjà été reconnue comme une barrière majeure à la réception de soins de santé de qualité (Hemlin et Mesa, 1996; Vissandjée et Dupéré, 2000). Dans cette étude, le fait de ne pas maîtriser le français ou l'anglais a été associé avec le dernier test Pap effectué ainsi qu'au fait d'avoir subi une mammographie. Il serait intéressant d'examiner, dans de futures études, le contexte dans lequel les soins ont été reçus afin d'explorer la diversité des situations de soins pouvant requérir de l'interprétariat clinique interculturel.

Le temps de séjour est un des indicateurs les plus utilisés pour illustrer l'intégration progressive dans

une société hôte. Plusieurs études auprès de communautés culturelles montrent une association entre le temps de séjour et les comportements préventifs : la connaissance de l'ECS (McPhee et autres, 1997), avoir subi un ECS récemment (Remennick, 1999b), avoir passé une mammographie récemment (McPhee et autres, 1997) et avoir subi un test Pap récemment (Taylor et autres, 1999; Lesjak et autres, 1999). Bien que ces études fassent ressortir que l'intégration progressive est un facteur important à considérer, cette variable n'a été associée significativement à aucun des comportements préventifs féminins dans la présente étude.

Enfin, l'indice socioculturel, qui peut illustrer certaines facettes de l'intégration progressive, a été construit en tenant compte de la perception de la femme d'avoir été ou non l'objet de discrimination liée à son statut d'immigrant ou son origine ethnique, d'une part, et de la fréquence des contacts avec une association à vocation d'aide regroupant des personnes de la même origine ethnique, d'autre part. Cet indice n'a été associé significativement à aucun des comportements préventifs féminins. Il serait intéressant d'utiliser dans de futures enquêtes des indices plus sensibles reflétant l'intégration progressive. Notamment Gravel et Battaglini (2000) proposent d'examiner certaines composantes de l'intégration progressive, soit : l'intégration économique et professionnelle, l'intégration linguistique et l'intégration sociale.

7.4.2 Milieu de vie immédiat

Le statut matrimonial est lié de façon significative aux comportements de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Les femmes mariées, en union libre, séparées, divorcées ou veuves sont probablement plus exposées aux soins prénataux, périnataux et postnataux, ces derniers étant reconnus comme une porte d'entrée dans le système de santé, offrant une sensibilisation à la santé et aux comportements préventifs féminins (McPhee et autres, 1997). Schulmeister et Lifsley (1999) qui ont également observé que les célibataires ont moins recours au test Pap que les femmes mariées expliquent partiellement

leur résultat en faisant ressortir que les femmes non mariées sous-estiment l'importance du dépistage, se percevant moins actives sexuellement que les femmes mariées.

7.4.3 Réseau d'appartenance

Une association significative a été notée entre le statut d'activité des femmes et l'ECS. Celles ayant un emploi ou étant étudiantes adoptent moins des comportements préventifs que celles qui tiennent maison et qui n'ont pas d'emploi à l'extérieur ou celles qui sont à la retraite. On aurait été porté à penser le contraire puisque certains auteurs rapportent à ce sujet que les femmes qui ne travaillent pas à l'extérieur de la maison sont moins susceptibles d'avoir accès à de l'information médicale concernant l'auto-examen des seins (Rashidi et Rajaram, 2000), ont moins de connaissances sur l'ECS (McPhee et autres, 1997; Remennick, 1999a) et font moins l'objet de l'ECS et de la mammographie (McPhee et autres, 1997). Cette information s'obtiendrait plus facilement par des femmes ayant un réseau dans leur milieu de travail, et par le fait qu'elles sont potentiellement plus exposées à de l'information de nature préventive. L'effet de l'âge peut être une des raisons expliquant ce résultat. Les femmes qui tiennent maison, qui sont sans emploi ou qui sont à la retraite sont possiblement plus âgées que celles qui sont en emploi ou étudiantes.

Lorsqu'on tient compte du fait de détenir un emploi ou non, l'association va dans le sens attendu : les femmes occupant un emploi sont plus nombreuses en proportion à avoir déjà subi un test Pap que celles ne détenant pas d'emploi.

7.4.4 Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Les résultats de cette étude sont basés sur un questionnaire administré par un intervieweur (QRI), d'une part, et un questionnaire autoadministré d'autre part. Ainsi, il faut noter que les données ont pu être influencées de part et d'autre par des limites

attribuables à la désirabilité sociale. Dans le cadre d'analyses de logique préventive basées sur des comportements tels que l'AES, l'ECS, le test Pap et la mammographie, qui peuvent être moins connus ou peuvent ne pas faire partie des traditions et croyances de certains groupes, il est attendu que certaines communautés culturelles présentes au Québec depuis peu d'années adoptent moins ces pratiques que les autres Québécoises. Il serait intéressant de développer de futures études examinant de quelle façon évoluent les logiques préventives de personnes issues de communautés culturelles établies au Québec sur une certaine période de temps.

Comme Pham et McPhee (1992), nous constatons que la connaissance de l'AES ne mène pas nécessairement à l'adoption de la pratique. Certaines questions peuvent être soulevées : est-ce que ces femmes ont seulement entendu parler de cette pratique sans vraiment savoir en quoi elle consiste? Est-ce que malgré le fait qu'elles connaissent cette pratique, elles jugent inutiles de la faire? Et si oui, quelles sont les raisons? Par ailleurs, on remarque que parmi celles qui disent pratiquer l'AES, environ la moitié ne sont pas très sûres de la méthode. Cette dernière réalité a des retombées importantes pour l'intervention. En effet, il est essentiel que les professionnels de la santé valident la méthode utilisée par les femmes, vérifient l'appréciation qu'elles en font en tant que comportement préventif et enseignent la méthode efficace lorsque nécessaire. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont noté que les femmes n'avaient jamais reçu d'enseignement sur l'AES malgré les contacts avec le système de la santé et rappellent l'importance d'inclure cette dimension dans l'éducation des professionnels de la santé (Remennick, 1999a; Peragallo et autres, 2000; Remennick, 1999b), en dépit des différentes tendances qui existent actuellement concernant les bénéfices de l'AES (Baxter, 2001)³.

3. Il est important de souligner également qu'il n'existe pas actuellement de contrôle de la qualité de l'ECS et qu'il serait souhaitable de se pencher sur cette question.

Sur le plan des autres examens de dépistage, les raisons pour ne pas adopter les comportements préventifs ont été explorées uniquement pour le test Pap. Il serait souhaitable de les obtenir pour l'ECS et la mammographie dans les futures études. En ce qui a trait aux raisons évoquées pour ne jamais avoir passé un test Pap, près de la moitié des femmes visées par l'étude ont mentionné que le médecin ne leur a jamais conseillé d'en passer un et environ un tiers de ces femmes ont dit n'en avoir jamais entendu parler. D'autres études révèlent des résultats similaires (Chavez et autres, 1997; Pham et McPhee, 1992). Cela démontre que le message de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus ne se transmet pas toujours de façon adéquate. Rashidi et Rajaram (2000) et Pham et McPhee (1992), qui ont observé également que bon nombre de femmes issues de communautés culturelles n'avaient jamais entendu parler des examens de dépistage, émettent comme hypothèse que les médecins peuvent être plus réticents à questionner et à donner de l'information dans un contexte interculturel, étant peu à l'aise sur le plan des connaissances et des perceptions de certaines valeurs culturelles et pratiques religieuses.

Par ailleurs, certaines femmes préfèrent consulter un médecin de sexe féminin particulièrement pour des problèmes de santé propres aux femmes et des problèmes de santé génésique (Brooks et Phillips, 1996; Van Der Brink-Muinen, 1997). Harpole et autres (2000) ont noté à ce sujet que les médecins de sexe féminin sont plus portés à recommander des services de santé préventifs aux femmes. La question de l'appariement selon le sexe et l'ethnicité comme stratégie pour améliorer la qualité des soins aux femmes immigrantes est discutée par Vissandjée et autres (2001), qui font ressortir les bénéfices et les risques des stratégies d'appariement et la nécessité de conduire plus de recherches sur le sujet. De plus, ces auteurs suggèrent que d'autres avenues telles que l'amélioration de la compétence culturelle des professionnels de la santé et l'augmentation de la participation des communautés culturelles à l'élaboration, à l'implantation et à l'évaluation des

programmes de santé méritent plus d'attention. Selon ces auteurs, ces stratégies pourraient potentiellement résoudre en partie les problèmes soulevés par l'appariement.

Se référant au cinquième palier du modèle systémique proposé par Santé Québec (Clarkson et Pica, 1995), soit les normes, les valeurs, et les idéologies dominantes, il est important que les professionnels de la santé aient une certaine connaissance des valeurs, croyances et normes des communautés culturelles des personnes avec lesquelles ils interviennent, les connaissances culturelles étant une des composantes essentielles de la compétence culturelle du professionnel de la santé (Camphina-Bacote, 1994). Par exemple, les raisons expliquant la réticence à passer des tests de dépistage peuvent être culturellement ancrées. Une variation semble se dessiner entre les différentes communautés pour ce qui est des raisons données dans le cadre de cette étude pour la non-adoption du test Pap. Plusieurs auteurs ayant travaillé avec diverses communautés culturelles appuient les résultats présentés ici et identifient également quelques raisons pour ne pas subir le test Pap : la peur que le test affecte la virginité (Schulmeister et Lifsley, 1999); la gêne de passer un tel test (Pham et McPhee, 1992; Jennings, 1997; Schulmeister et Lifsley, 1999; Chavez et autres, 1997); l'inconfort et la peur que le spéculum soit froid et malpropre (Jennings, 1997); la peur de la douleur (Schulmeister et Lifsley, 1999; Chavez et autres, 1997); la méfiance face au système de santé (Jennings, 1997); et une perception de non-nécessité à cause de l'inexistence de problèmes gynécologiques (Chavez et autres, 1997). Il est donc essentiel d'explorer ces raisons en considérant les dynamiques culturelles afin d'élaborer des programmes de prévention qui soient congruents culturellement. Selon Shireen et Rashidi (1999), certains commandements du Coran, selon la façon dont on les interprète, influencent la promotion de la santé et la prévention du cancer. Ces auteurs mentionnent que certaines pratiques préventives peuvent être encouragées par exemple en incluant des citations du Coran, surtout pour les personnes

âgées. Plusieurs femmes musulmanes adoptent la modestie comme comportement face à des étrangers et cela peut affecter les recours à l'ECS et au test Pap entre autres. Cela étant vrai pour diverses femmes de cultures variées à des degrés variables, les professionnels de la santé ne pourraient qu'encourager ces comportements préventifs si, pour toutes les femmes, leur confort face à leur intimité était augmenté.

Il est important également de promouvoir la visite annuelle chez le médecin de famille ou un gynécologue car ces personnes détiennent une position privilégiée pour encourager le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. D'ailleurs, le fait de ne pas visiter de façon régulière un médecin ou encore de ne pas avoir de gynécologue sont parmi les raisons évoquées pour ne pas subir le test Pap par des femmes d'origine vietnamienne (Schulmeister et Lifsley, 1999) et cambodgienne (Taylor et autres, 1999).

Une autre raison évoquée pour ne pas avoir subi le test Pap est la perception que le test n'est pas important. Il serait intéressant d'inclure davantage de données sur les croyances des personnes à l'aide de recherches de nature plutôt qualitative permettant de se pencher sur des questions délicates. Certains auteurs rapportent que les femmes issues de communautés culturelles ne se perçoivent pas comme étant des personnes à risque ou encore ne croient pas que les tests de dépistage soient utiles (Remennick, 1999a). Dans l'étude de Schulmeister et Lifsley (1999) environ 75 % des femmes vietnamiennes interviewées ne pouvaient expliquer correctement à quoi servent les résultats du test Pap, et rares étaient celles qui savaient que ce type de cancer était fréquent chez les femmes vietnamiennes aux États-Unis. Une autre étude canadienne sur la communauté sud-asiatique (Bottorff et autres, 1999) rapporte que la modestie est prônée au sein de la communauté sud-asiatique au Canada et qu'il est mal vu d'exposer son corps. Ainsi, les femmes n'ayant pas de symptômes évidents hésitent à examiner leurs seins ou à consulter un professionnel de la santé pour en discuter. Selon ces auteurs, les stratégies visant

l'augmentation des connaissances sur l'AES pour les femmes d'origine sud-asiatique doivent être structurées en fonction des besoins et des valeurs des femmes comme l'importance accordée à la vie privée, la modestie et l'honneur de la famille. Un exemple d'intervention qui pourrait s'avérer efficace auprès des femmes de cette communauté est l'utilisation d'un vidéo qui ferait la démonstration de la méthode de l'AES, et ce, dans l'intimité de leur demeure. De plus, étant donné l'importance accordée à la famille et à la communauté, les stratégies pour augmenter la participation des femmes pourraient inclure, lorsque approprié, des membres influents de la famille, les femmes de cette communauté pouvant souvent participer à une activité une fois le consentement des membres de leur famille obtenu.

Conclusion

Ce chapitre avait pour objectif, dans un premier temps, d'examiner les comportements préventifs pour dépister le cancer du sein et du col de l'utérus chez des immigrantes récentes originaires de la Chine, d'Haïti, des pays hispanophones des Amériques et du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que les facteurs associés à ces comportements. Dans un deuxième temps, il s'agissait de comparer ces comportements à ceux de la population de l'ensemble du Québec. Les comportements préventifs sont en général adoptés par une moindre proportion de femmes issues des groupes visés par l'étude comparativement à celles de l'ensemble du Québec. Bien que cette étude ait permis d'identifier des facteurs associés à certains comportements, une diversité de méthodes est nécessaire pour mieux circonscrire le contexte culturel dans lequel sont ancrés les comportements préventifs de dépistage. Il serait souhaitable d'inclure des facteurs illustrant diverses composantes du processus d'intégration progressive. Ainsi que soulevé par le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999), il est essentiel de créer des banques de données sensibles aux rôles attribuables au genre, à la culture et à l'expérience de migration afin de mieux comprendre les logiques préventives

s'inscrivant dans le contexte systémique dans lequel évoluent les femmes.

Plusieurs éléments pour la planification et l'intervention ont été suggérés, particulièrement concernant une formation des professionnels de la santé relative à une meilleure compréhension des logiques préventives des personnes appartenant à des communautés culturelles, l'importance du développement de leur compétence culturelle et la nécessité d'augmenter la collaboration des membres des communautés culturelles dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de divers programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Bibliographie

BAXTER, N. (2001). « Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 13, p. 1837-1846.

BOTTORFF, J. L., J. L. JOHNSON, R. BHAGAT, S. GREWAL, L. G. BALNEAVES, B. A. HILTON et H. CLARKE (1999). « Breast Health Practices and South Asian Women », *The Canadian Nurse*, vol. 95, n° 9, p. 24-27.

BROOKS, F., et D. PHILLIPS (1996). « Do women want women health workers? Women's views on the primary health care service », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 23, n° 6, p. 1207-1211.

CAMPHINA-BACOTE, J. (1994). « Cultural Competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model », *Nursing Clinics of North America*, vol. 29, n° 1, p. 1-8.

CANCER DU SEIN : INFORMATIONS ET RESSOURCES (2002). [En ligne].

<http://pages.infinit.net/trh/index.html>

CHAVEZ, L. R., A. F. HUBBELL, S. I. MAISHRA et B. R. VALDEZ (1997). « The influence of Fatalism on Self-Reported Use of Papanicolaou Smears », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 13, n° 6, p. 418-424.

CHEN, J., R. WILKINS et E. NG (1996). « Health expectancy by immigrant status, 1986 and 1991 », *Health Reports*, vol. 8, n° 3, p. 29-38.

CHOUDHRY, U. K., R. SRIVATA et M. I. FITCH (1998). « Breast Cancer Detection Practices of South Asian Women: Knowledge, Attitudes and Beliefs », *Oncology Nursing Forum*, vol. 25, n° 10, p. 1693-1701.

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES FEMMES (1999). *La surveillance de la santé des femmes : un plan d'action pour Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 114 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1993). *Position du Conseil du statut de la femme sur la mammographie de dépistage*, Québec, Gouvernement du Québec, 12 p.

DONOVAN, D., L. DUNNIGAN et S. VÉZINA (2000). « Divers comportements de santé propres aux femmes » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 11, p. 231-255.

DUNN, J. R., et I. DYCK (2000). « Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 11, p. 1573-1593.

GRAVEL, S., et A. BATTAGLINI (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie Régionale des services sociaux de Montréal-Centre, 243 p.

HARPOLE, L., E. A. MORT, K. M. FREUND, J. ORAV et T. A. BRENNAN (2000). « A comparison of the preventive health care provided by women's health centres and general internal medicine practices », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, n° 1, p. 1-7.

HEMLIN, I., et A. MESA (1996). *Des voix pour l'avenir : la banque interrégionale d'interprètes 1993-1996 : bilan d'une expérience réussie*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 36 p.

HYMAN, I., et K. MINOCHA (2001). *Immigration and Health*, Unpublished Research Report, 69 p.

JENNINGS, K. M. (1997). « Getting a Pap Smear: Focus Group Responses of African American and Latina Women », *Oncology Nursing Forum*, vol. 24, n° 5, p. 827-835.

KAMATH, S. K., G. MURILLO, R. T. CHATTERTON, JR. E. A. HUSSAIN, D. AMIN, E. MORTILLARO, C. T. PETERSON et D. L. ALEKEL (1999). « Breast Cancer Risk Factors in Two Distinct Ethnic Groups: Indian and Pakistan vs. American Premenopausal Women », *Nutrition and cancer*, vol. 35, n° 1, p. 16-26.

LESJAK, M., M. HUA et J. WARD (1999). « Cervical screening among immigrant Vietnamese women seen in general practice: current rates, predictors and potential recruitment strategies », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 23, n° 2, p. 168-173.

LOUE, S. (1998). *Handbook of Immigrant Health*, New York, Plenum Press, 654 p.

MCPHEE, S. J., S. STEWART, K. C. BROCK, J. A. BIRD, C. N. H. JENKINS et G. Q. PHAM (1997). « Factors Associated with Breast and Cervical Cancer Screening Practices among Vietnamese American Women », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 21, n° 6, p. 510-521.

NEKHLYUDOV, L., et S. W. FLETCHER (2001). « Is it time to stop teaching breast self-examination? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 13, p. 1851-1852.

PERAGALLO, N. P., P. G. FOX et M. L. ALBA (2000). « Acculturation and breast self-examination among immigrant Latina women in the USA », *International Nursing Review*, vol. 47, n° 1, p. 38-45.

PHAM, C. T., et S. J. MCPHEE (1992). « Knowledge, Attitudes, and Practices of Breast and Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Women », *Journal of Cancer Education*, vol. 7, n° 4, p. 305-310.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (1998). [En ligne]. <http://www.rss04.gouv.qc.ca/pqdc/somm.html>

RAMIREZ, A. G., L. SUAREZ, L. LAUFMAN, C. BARROSO et P. CHALELA (2000). « Hispanic Women's Breast and Cervical Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors », *American Journal of Health Promotion*, vol. 14, n° 5, p. 292-300.

RASHIDI, A., et C. M. RAJARAM (2000). « Middle Eastern Asian Islamic Women and Breast Self-Examination », *Cancer Nursing*, vol. 23, n° 1, p. 64-70.
REMENNICK, L. I. (1999a). « Breast Screening Practices Among Russian Immigrant Women in Israel », *Women and Health*, vol. 28, n° 4, p. 29-51.

REMENNICK, L. I. (1999b). « Preventive behavior among recent immigrants: Russian-speaking women and cancer screening in Israel », *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 1669-1684.

SCHULMEISTER, L., et D. S. LIFSLEY (1999). « Cervical Cancer Screening Knowledge, Behaviors, and Beliefs of Vietnamese Women », *Oncology Nursing Forum*, vol. 26, n° 5, p. 879-887.

SHIREEN, S., et A. RASHIDI (1999). « Asian-Islamic Women and Breast Cancer Screening: A Socio-Cultural Analysis », *Women and Health*, vol. 28, n° 3, p. 45-58.

TAYLOR, V. M., S. M. SCHWARTZ, J. C. JACKSON, A. KUNIYUKI, M. FISCHER, Y. YASUI, S. P. TU et B. THOMPSON (1999). « Cervical Cancer Screening among Cambodian-American Women », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 8, n° 6, p. 541-546.

TREMBLAY, R., R. COURTEMANCHE et F. LAPOINTE (2000). *Étude Santé Québec auprès des communautés culturelles : aspects statistiques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 48 p.

VAN DER BRINK-MUINEN, A. (1997). « Women's health care: For whom and why? », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 10, p. 1541-1551.

VISSANDJÉE, B., et S. DUPÉRE (2000). « La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 32, n° 1, p. 99-113.

VISSANDJÉE, B., N. LEDUC, S. GRAVEL, M. BOURDEAU et P. CARIGNAN (1998). « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, n° 2, p. 124-133.

VISSANDJÉE, B., M. WEINFELD, S. DUPÉRE et S. ABDOOL (2001). « Sex, Gender, Ethnicity, and Access to Health Care Services: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, vol. 2, n° 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997). *The World Health Report 1997: Conquering suffering, Enriching humanity*, Genève, World Health Organization, 162 p.

YI, J. K. (1996). « Factors affecting cervical cancer screening behavior among Cambodian women in Houston, Texas », *Family and Community Health*, vol. 18, n° 4, p. 49-57.

Tableaux complémentaires

Tableau C7.1

Facteurs associés à la connaissance de l'auto-examen des seins, la pratique de l'auto-examen des seins et la façon de pratiquer l'auto-examen des seins selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Connaissance de l'AES	Pratique de l'AES				Façon de pratiquer l'AES
	Oui	1 fois par mois	1 fois par 2-3mois	Moins souvent	Jamais	Systematique
	%					
Âge						
15-24 ans	75,4	16,4 **	10,5 **	27,5 *	45,6	57,4
25-44 ans	79,3	35,1	14,1 *	26,0	24,8	50,7
45 ans et plus	82,4	38,9	17,3 *	27,2 *	16,6 *	53,8
Statut matrimonial						
Mariée/union libre	82,2	36,5	13,1 *	28,5	21,9	50,9
Séparée, divorcée ou veuve	69,9	42,4 *	22,7 **	24,4 **	10,6 **	57,3
Célibataire	79,9	14,7 **	11,4 **	26,1 *	47,8	54,1
Famille avec enfants mineurs						
Biparentale	80,4	30,3	14,4 *	25,4	29,9	53,8
Monoparentale	66,6	33,7 *	16,2 **	30,1 **	20,0 **	63,7
Autres	75,1 *	13,1 **	6,5 **	46,2 **	34,3 **	29,9 **
Nombre d'enfants mineurs						
0	82,3	34,9	13,8 *	26,5	24,8	49,2
1	78,6	28,6 *	20,2 *	22,5 *	28,7 *	56,3
2	80,0	30,8 *	12,3 **	25,9 *	30,9 *	57,7
3 et plus	71,3	33,7 *	6,9 **	36,4 *	23,0 **	47,5 *
Région d'origine						
Haiti	66,8	26,6 *	12,9 **	26,0 *	34,5	58,8
Pays hispanophones	87,3	40,9	17,8 *	20,4 *	20,9 *	60,1
Maghreb et Moyen-Orient	79,1	33,3	14,5 *	25,0 *	27,1 *	50,9
Chine	80,7	17,9 *	7,7 **	44,1	30,3	37,2
Maîtrise de la langue						
Français ou anglais	81,9	30,6	14,8 *	27,8	26,8	54,6
Ni français ni anglais	74,9	32,3	14,7 *	26,8 *	26,2 *	49,1
Date d'arrivée de la femme						
Moins de 5 ans	71,4	24,2 **	6,6 **	34,3 *	34,8 *	47,0 *
5 ans et plus	80,9	33,5	14,4	26,1	26,0	52,6
Statut d'immigrant						
Réfugiée	81,9	38,8 *	18,6 **	16,5 **	26,1 *	47,4 *
Parrainée	75,7	33,4	10,1 **	30,4 *	26,1 *	62,4
Immigrante indépendante	79,3	30,3	13,3 *	28,2	28,2	50,2
Autres	92,2	18,9 **	34,4 **	24,9 **	21,8 **	48,2 **
Intégration socioculturelle						
Pas de discrimination subie	79,1	32,4	14,7 *	23,2	29,6	48,9
Discrimination subie	86,4	32,1	13,5 **	31,9	22,5 *	60,8
Scolarité						
Aucune/primaire	64,8	30,6 *	16,1 **	20,0 **	33,4 *	50,5 *
Secondaire/postsecondaire	78,9	33,5	12,0 *	28,2	26,3	54,2
Universitaire	89,0	32,7	18,4 *	29,4 *	19,6 *	52,0
Statut d'activité						
Emploi/études	82,0	29,0	14,8 *	27,2	28,9	54,2
Maison/sans emploi/retraite	74,4	38,6	12,9 *	25,3 *	23,2 *	50,2

suite à la page suivante...

	Connaissance de l'AES	Pratique de l'AES				Façon de pratiquer l'AES
	Oui	1 fois par mois	1 fois par 2-3mois	Moins souvent	Jamais	Systematique
	%					
Emploi						
Oui	82,5	31,9	18,4 *	27,7	21,9 *	51,9
Non	78,3	32,6	10,0 *	26,6	30,8	54,7
Type d'emploi						
Plus qualifié	74,8	34,1 *	10,3 **	39,4 *	16,2 **	53,4 *
Moins qualifié	87,4	32,9 *	17,5 **	29,5 *	20,1 **	54,7
Également qualifié	82,7	35,2 *	23,3 **	18,4 **	23,1 **	44,9 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.2

Facteurs associés au dernier examen clinique effectué par un professionnel de la santé selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais
	%			
Âge				
15-24 ans	16,3 *	4,7 **	3,3 **	75,7
25-44 ans	32,0	18,4	19,2	30,4
45 ans et plus	42,8	17,7 *	15,8 *	23,6 *
Statut matrimonial				
Mariée/union libre	34,0	19,1	20,1	26,8
Séparée, divorcée ou veuve	34,6 *	15,9 **	17,3 **	32,3 *
Célibataire	20,2 *	4,7 **	3,7 **	71,3
Famille avec enfants mineurs				
Biparentale	26,8	18,5	16,0 *	38,6
Monoparentale	37,0 *	9,6 **	12,3 **	41,2 *
Autres	12,1 **	8,5 **	11,8 **	67,6 **
Nombre d'enfants mineurs				
0	36,1	13,3 *	14,5 *	36,2
1	29,0 *	17,3 *	14,3 *	39,4
2	29,4 *	13,4 **	16,2 *	41,1
3 et plus	26,0 *	19,5 **	14,8 **	39,7 *
Région d'origine				
Haiti	27,4	8,8 **	13,3 *	50,5
Pays hispanophones	37,5	13,5 *	17,1 *	31,9
Maghreb et Moyen-Orient	31,2	19,5 *	14,3 *	35,0
Chine	25,1	12,4 *	14,5 *	48,0
Maîtrise de la langue				
Français ou anglais	35,3	15,1	13,1 *	36,5
Ni français ni anglais	24,3 *	16,2 *	18,2 *	41,3
Date d'arrivée de la femme				
Moins de 5 ans	28,8 *	13,1 **	15,7 **	42,4 *
5 ans et plus	31,9	15,7	14,9	37,5
Statut d'immigrant				
Réfugiée	34,7 *	15,1 **	16,2 **	33,9 *
Parrainée	30,6	11,9 **	14,5 *	43,1
Immigrante indépendante	31,0	17,8	13,6 *	37,5
Autres	21,8 **	4,4 **	27,9 **	45,9 **
Intégration socioculturelle				
Pas de discrimination subie	29,1	14,6	16,0	40,3
Discrimination subie	38,8	16,5 *	12,8 **	31,8
Scolarité				
Aucune/primaire	27,7 *	15,2 **	14,6 **	42,5 *
Secondaire/postsecondaire	28,7	12,7 *	14,3 *	44,2
Universitaire	41,8	19,8 *	15,4 *	23,1 *
Statut d'activité				
Emploi/études	30,7	14,2 *	12,0 *	43,2
Maison/sans emploi/retraite	31,9	17,1 *	20,2 *	30,8
Emploi				
Oui	35,5	16,7 *	14,6 *	33,3
Non	29,8	14,7 *	15,4 *	40,1
Type d'emploi				
Plus qualifié	35,7 *	14,8 **	12,0 **	37,5 *
Moins qualifié	40,7 *	20,0 **	12,2 **	27,2 *
Également qualifié	34,0 *	20,2 **	23,2 **	22,6 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.3

Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé un test Pap et au dernier test Pap selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Déjà subi un test Pap	Dernier test Pap		
		Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans
%				
Âge				
15-24 ans	15,0 *	51,3 **	36,2 **	12,5 **
25-44 ans	60,6	57,9	28,0	14,1 *
45 ans et plus	57,2	53,7	25,1 *	21,2 *
Statut matrimonial				
Mariée/union libre	61,8	56,0	31,5	12,4 *
Séparée, divorcée ou veuve	59,9	57,3	17,2 **	25,5 **
Célibataire	11,3 **	62,1 *	24,8 **	13,1 **
Famille avec enfants mineurs				
Biparentale	54,4	53,9	32,6	13,5 *
Monoparentale	58,9	63,6	20,4 **	15,9 **
Autres	23,8 **	39,3 **	34,9 **	25,9 **
Nombre d'enfants mineurs				
0	42,4	57,2	22,6 *	20,2 *
1	53,6	56,2	35,3 *	8,4 **
2	56,6	56,7	23,2 *	20,1 **
3 et plus	52,1	53,7 *	31,7 **	14,6 **
Région d'origine				
Haïti	40,3	50,6	26,8 *	22,5 **
Pays hispanophones	71,0	65,5	20,0 *	14,5 *
Maghreb et Moyen-Orient	46,1	49,5	36,3 *	14,1 **
Chine	36,7	59,2	19,0 **	21,8 **
Maîtrise de la langue				
Français ou anglais	49,7	62,5	25,3 *	12,2 *
Ni français ni anglais	51,8	42,9	33,0 *	24,1 *
Date d'arrivée de la femme				
Moins de 5 ans	41,6 *	53,7 *	38,8 **	7,5 **
5 ans et plus	51,7	57,3	25,9	16,8 *
Statut d'immigrant				
Réfugiée	56,3	52,2 *	30,7 *	17,1 **
Parrainée	47,3	57,8	23,7 *	18,5 **
Immigrante indépendante	49,6	54,8	29,8	15,4 *
Autres	43,7 **	87,3 *	7,8 **	4,9 **
Intégration socioculturelle				
Pas de discrimination subie	47,2	56,9	30,1	12,9 *
Discrimination subie	56,8	54,4	21,8 *	23,9 *
Scolarité				
Aucune/primaire	34,5 *	43,4 *	29,7 **	26,9 **
Secondaire/postsecondaire	47,6	56,8	26,6 *	16,5 *
Universitaire	66,0	61,8	29,4 *	8,7 **
Statut d'activité				
Emploi/études	47,6	60,3	24,0 *	15,7 *
Maison/sans emploi/retraite	54,2	49,9	33,6 *	16,5 *
Emploi				
Oui	55,7	61,4	21,7 *	17,0 *
Non	45,6	51,4	33,0	15,7 *
Type d'emploi				
Plus qualifié	46,3 *	69,1 *	24,9 **	6,0 **
Moins qualifié	64,2	62,3	22,4 **	15,3 **
Également qualifié	61,5	56,5 *	22,7 **	20,8 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.4

Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé une mammographie et à la dernière mammographie selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Déjà subi une mammographie	Dernière Mammographie		
		Moins de 12 mois %	1 à 2 ans	Plus de 2 ans
Âge				
40-44 ans	40,0 *	43,6 **	22,3 **	34,0 **
45 ans et plus	55,8	51,5	31,5 *	15,0 **
Statut matrimonial				
Mariée/union libre	51,9	47,9 *	32,1 *	20,1 **
Séparée, divorcée ou veuve	46,1 *	54,2 *	21,8 **	24,0 **
Célibataire	39,5 **	60,2 **	13,5 **	26,2 **
Famille avec enfants mineurs				
Biparentale	46,7	42,3 *	31,9 **	25,8 **
Monoparentale	52,2 **	70,3 *	19,3 **	10,3 **
Autres	17,2 **	100,0	0,0	0,0
Nombre d'enfants mineurs				
0	53,4	49,6	32,1 *	18,2 **
1	59,5	72,2	15,6 **	12,2 **
2	36,8 **	21,8 **	48,9 **	29,3 **
3 et plus	39,4 **	23,1 **	37,9 **	38,9 **
Région d'origine				
Haïti	27,2 *	64,3 *	15,7 **	19,9 **
Pays hispanophones	63,1	48,7 *	34,7 *	16,5 **
Maghreb et Moyen-Orient	57,2	47,6 *	31,0 **	21,4 **
Chine	36,4 *	49,2 *	29,6 **	21,2 **
Maîtrise de la langue				
Français ou anglais	58,7	45,3 *	33,0 *	21,7 **
Ni français ni anglais	40,1	52,9 *	30,0 **	17,1 **
Date d'arrivée de la femme				
Moins de 5 ans	32,7 **	58,6 **	23,8 **	17,7 **
5 ans et plus	53,1	49,3	31,4 *	19,3 *
Statut d'immigrant				
Réfugiée	54,2 *	57,3 *	27,9 **	14,9 **
Parrainée	41,4 *	50,3 *	27,7 **	22,1 **
Immigrante indépendante	54,2	46,9 *	33,0 *	20,1 **
Autres	42,2 **	51,1 **	19,4 **	29,5 **
Intégration socioculturelle				
Pas de discrimination subie	46,2	48,7	30,6 *	20,8 **
Discrimination subie	61,0	49,1 *	26,5 **	24,4 **
Scolarité				
Aucune/primaire	40,3 *	66,5 *	21,9 **	11,6 **
Secondaire/postsecondaire	55,9	46,9 *	27,3 **	25,7 **
Universitaire	54,9	38,4 **	44,3 **	17,3 **
Statut d'activité				
Emploi/études	54,1	54,1	29,7 *	16,3 **
Maison/sans emploi/retraite	47,4	44,6 *	32,1 *	23,3 **
Emploi				
Oui	50,9	50,6 *	31,3 **	18,1 **
Non	48,7	47,7 *	30,1 *	22,2 **
Type d'emploi				
Plus qualifié	51,0 **	42,9 **	52,5 **	4,6 **
Moins qualifié	49,8 *	44,7 **	27,1 **	28,1 **
Également qualifié	47,1 **	63,1 **	30,6 **	6,3 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Chapitre 8

Perception de la santé

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Denis Hamel

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

L'autoévaluation de l'état de santé est considérée comme un excellent indicateur de l'état de santé des populations et a été utilisée, à ce titre, dans plusieurs études importantes, tant aux États-Unis (Krause et Jay, 1994) que dans les études fédérales canadiennes (depuis 1978) et, au Québec, depuis l'enquête Santé Québec de 1987 (Levasseur, 2000). En outre, la perception que les individus ont de leur propre état de santé est vue comme étant un facteur de prédiction de l'utilisation des services de santé (Smith et autres, 1994), et serait également associée à divers autres facteurs, parmi lesquels on retrouve les habitudes de vie et la satisfaction face à la vie (Garrity et autres, 1978; Fylkesnes et Forde, 1992). Enfin, les répondants qui se décrivent comme en moins bonne santé seraient proportionnellement plus nombreux à présenter des problèmes de santé chroniques ou à avoir vécu des événements stressants (Garrity et autres, 1978).

Par ailleurs, dans le contexte d'une étude auprès de divers groupes culturels, il semble important de rappeler que l'autoévaluation de l'état de santé peut dépendre, en bonne partie, de la conception que l'on a de la santé et de la maladie. Sur ce plan, la phase qualitative de la présente étude a permis d'identifier certaines constantes dans chacun des quatre groupes visés (Santé Québec, Quintal, 1996; Clarkson et Dahan, 1997; Clarkson et Eustache, 1997; Clarkson et Tran, 1997). Par exemple, dans chacune des quatre communautés, on définit en partie la santé comme étant la capacité de vaquer aux activités quotidiennes, de travailler. En outre, fait intéressant, on l'associe

également (surtout chez les hommes) à la prospérité financière, aux bonnes conditions de travail et à la réussite professionnelle. D'autres composantes de la définition de la santé ont été mentionnées, soit : l'absence de maladie et de souffrance (Chine, Haïti); l'équilibre physique et psychologique (Chine, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones, ces deux derniers groupes mentionnant en plus l'équilibre spirituel); et enfin, on associe également la santé à la qualité de l'environnement physique et social (Chine, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones).

Les quatre groupes présentent également des points communs dans leur conception de la maladie, qu'ils définissent en fonction de symptômes (présence de malaises ou de douleurs), de conséquences (incapacité de fonctionner, de travailler) et de causes (stress lié au chômage, à la déqualification professionnelle, à l'environnement).

C'est dans ce contexte général que s'inscrit la perception de l'état de santé telle que présentée dans le présent chapitre. L'objectif était de décrire cette autoévaluation de l'état de santé en fonction de diverses caractéristiques de la population de 15 ans et plus visée par l'étude, parmi lesquelles on retrouve l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, certains facteurs socioéconomiques et certains comportements individuels ou habitudes de vie. On a également examiné le lien entre la santé perçue et certaines autres variables telles que la satisfaction face à la vie, les problèmes de santé déclarés et le recours aux services de santé. Enfin, la perception de l'état de santé de la population adulte visée par la présente

étude a été comparée avec celle qu'on a observée pour le Québec dans son ensemble.

8.1 Aspects méthodologiques

8.1.1 Indicateurs

La question sur la perception de la santé (question 1 du questionnaire autoadministré ou QAA) s'adressait aux personnes de 15 ans et plus et s'énonçait de la façon suivante : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général... excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » Il s'agit de la même question que celle qui a été utilisée dans les enquêtes *Santé Québec 1987*, *Enquête sociale et de santé 1992-1993* et *Enquête sociale et de santé 1998*. Pour la comparaison avec l'ensemble du Québec, ce sont les données standardisées de cette dernière enquête qui sont utilisées.

Jusqu'à maintenant, les enquêtes générales sociales et de santé menées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec ont donné lieu à des rapports plus souvent descriptifs, basés sur des tableaux croisés de deux variables, avec parfois l'ajout d'une variable de contrôle telle que l'âge ou le sexe. Une bonne partie du présent chapitre adopte le même modèle. Toutefois, on a ensuite cherché à raffiner l'analyse par le recours à des modèles de régression logistique, dans lesquels la perception de la santé constituait la variable dépendante (à expliquer). À cette fin, on a modifié la variable en la rendant dichotomique afin de modéliser la « bonne » perception de la santé. Celle-ci regroupe les catégories « excellente », « très bonne » et « bonne », et la « mauvaise » santé regroupe les catégories « moyenne » et « mauvaise ».

Avant de construire des modèles multivariés, on a d'abord regroupé certaines catégories des variables d'intérêt pour mieux faire ressortir les contrastes. On a ensuite effectué plusieurs analyses bivariées afin d'identifier les variables qui, prises une à une, semblent les plus significatives quant à leur relation avec la perception de la santé. Ces variables, ainsi que celles jugées potentiellement confondantes, sont alors

susceptibles de faire partie du modèle multivarié de régression logistique. On a aussi tenté de vérifier la significativité des interactions doubles des variables indépendantes avec celle identifiant la communauté pour voir si les effets peuvent varier d'une communauté culturelle à l'autre.

8.1.2 Portée et limites des données

En tout premier lieu, il faut rappeler que l'autoévaluation de l'état de santé est forcément reliée à la conception qu'on a de la santé et de la maladie. Ces concepts variant en fonction des cultures, l'interprétation des résultats devrait toujours tenir compte du contexte culturel.

Sur un plan plus technique, on note que le taux de non-réponse partielle de la variable dépendante (perception de la santé) est de 5,2 %.

En ce qui concerne la régression logistique, au départ on pensait produire cinq modèles de régression : un pour l'ensemble des communautés culturelles et quatre autres pour les communautés prises séparément, afin de permettre d'évaluer les variables propres à chaque communauté simultanément en lien avec la perception de la santé. Malheureusement, la taille de l'échantillon ne permettait pas d'effectuer des analyses aussi détaillées. Toutefois, pour contourner ce problème, on a introduit dans le modèle global des interactions doubles avec la variable identifiant la communauté. Si les communautés se comportaient différemment selon certaines variables, on observerait alors des interactions doubles significatives.

Comme aucune interaction double avec la variable communauté n'a été déclarée significative à un seuil de 5 %, tout laisse croire que les variables indépendantes expliquant la perception de la santé se comportent de la même manière d'une communauté culturelle à l'autre. Il aurait alors été inutile de construire un modèle pour chaque communauté. On a donc construit un seul modèle de régression logistique pour l'ensemble des communautés. Ce modèle n'est pas nécessairement le meilleur, mais il a été obtenu à partir des variables explicatives qui semblaient les plus reliées à la perception de la santé.

Le taux de non-réponse partielle globale du modèle final de la régression logistique est de l'ordre de 9,6 %.

8.2 Résultats

8.2.1 Perception de l'état de santé en fonction de diverses caractéristiques

Dans la population de 15 ans et plus visée par l'étude, la perception de l'état de santé semble moins positive que dans la population de 15 ans et plus de l'ensemble du Québec (tableau 8.1). En effet, près de 15 % des personnes visées par l'étude considèrent leur santé comme excellente, comparativement à une proportion estimée de 19 % pour l'ensemble du Québec, et, à l'autre extrême, environ 17 % des personnes de 15 ans et plus des communautés culturelles visées, comparativement à un peu plus de 9 % seulement pour l'ensemble du Québec, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise. C'est parmi les personnes d'origine chinoise qu'on trouve la plus faible proportion de personnes qui se jugent en excellente santé (6 % environ), et la plus forte proportion de personnes (près de 40 %) qui considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise.

On observe une différence significative selon le sexe (tableau 8.2) dans la perception de l'état de santé de la population visée par l'étude. En effet, 14 % seulement

des hommes, comparativement à environ 20 % des femmes, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise; par ailleurs, lorsqu'on compare avec l'ensemble du Québec, on observe une différence significative dans la proportion de personnes qui considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, tant chez les hommes (proportions estimées de 14 % contre 9 % pour l'ensemble du Québec) que chez les femmes (20 % contre 9 %).

Si l'on considère l'âge, on constate que c'est dans le groupe des personnes de 45 ans et plus des communautés visées par l'étude qu'on retrouve la perception la moins bonne de l'état de santé; en effet, à peu près 6 % seulement d'entre elles se perçoivent en excellente santé, comparativement à près de 17 % des personnes de 25-44 ans et un peu plus de 20 % des personnes de 15-24 ans; à l'autre extrême, environ 28 % des personnes de 45 ans et plus considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à des estimations de 14 % des personnes de 25-44 ans et de 9,6 % des personnes de 15-24 ans. La perception de l'état de santé est donc plus positive chez les plus jeunes (15-24 ans); sur ce plan, contrairement à leurs aînés des deux autres groupes d'âge, ils ne diffèrent d'ailleurs pas de façon significative de leurs homologues de l'ensemble du Québec.

Tableau 8.1

Perception de l'état de santé selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Chine	5,5*	21,2	33,4	39,9
Haïti	20,9	33,0	28,1	18,1
Maghreb et Moyen-Orient	14,6	32,3	41,2	11,9*
Pays hispanophones	16,7	28,2	43,2	11,9
Total – Communautés culturelles	14,7	29,8	38,6	16,8
Québec 1998 (données standardisées)	19,2	38,0	33,8	9,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.2

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
	Sexe			
Communautés culturelles				
Hommes	15,9	32,4	37,9	13,8
Femmes	13,6	27,3	39,3	19,7
Québec 1998 (données standardisées)				
Hommes	20,7	37,9	32,7	8,8
Femmes	17,7	38,1	34,8	9,4
	Âge			
Communautés culturelles				
15-24 ans	20,2	37,2	32,9	9,6 *
25-44 ans	17,0	30,8	37,9	14,3
45 ans et plus	5,7 **	21,9	44,8	27,7
Québec 1998 (données standardisées)				
15-24 ans	20,9	41,7	30,5	6,9
25-44 ans	20,2	39,0	33,7	7,0
45 ans et plus	15,7	32,9	36,4	15,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez les immigrants parrainés (tableau 8.3), près du quart (23 %) se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé. Cette proportion est significativement supérieure à celles observées chez les réfugiés et les autres immigrants (près de 15 % dans les deux cas).

Les personnes peu scolarisées se perçoivent en moins bonne santé que les personnes très scolarisées; en effet, 27 % environ de celles qui n'ont aucune scolarité ou une scolarité primaire, comparativement à un peu moins de 13 % de celles qui ont une scolarité universitaire, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Il faut toutefois interpréter ces données avec prudence car leur coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 %. Par ailleurs, les personnes qui disent avoir actuellement un emploi exigeant plus de

compétence que celui qu'elles occupaient dans leur pays d'origine se perçoivent en meilleure santé que les personnes actuellement sans emploi, puisque environ 60 % d'entre elles, comparativement à environ 37 % seulement des sans-emploi, se considèrent en excellente ou très bonne santé.

Tableau 8.3

Perception de l'état de santé selon le statut d'immigrant, le niveau de scolarité et l'intégration économique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Statut d'immigrant				
Réfugié	20,1 *	23,1 *	42,0	14,9 *
Parrainé	13,4 *	27,5	35,8	23,2
Autres	13,7	32,6	38,7	15,1
Scolarité				
Aucune ou primaire	10,3 **	18,9 *	43,9	26,9 *
Secondaire et postsecondaire	15,7	26,6	41,2	16,6
Universitaire	13,6 *	41,4	32,5	12,5 *
Intégration économique				
Emploi plus qualifié	18,5 *	41,3	27,7 *	12,5 **
Emploi également qualifié	13,0 *	33,0	41,0	13,0 *
Emploi moins qualifié	13,4 *	34,9	38,2	13,5 *
Sans emploi	12,6	24,3	41,2	21,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Chez les personnes occupant actuellement un emploi, on observe une différence significative selon la catégorie professionnelle (tableau 8.4) entre les professionnels et cadres supérieurs, dont plus de 98 %

se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, et les contremaitres et ouvriers spécialisés, chez qui cette proportion estimée n'est que de 81 %.

Tableau 8.4

Perception de l'état de santé selon la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente, très bonne ou bonne	Moyenne ou mauvaise
	%	
Professionnels et cadres supérieurs	98,4	1,6 **
Cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens	89,2	10,8 **
Employés de bureau, de commerce et de services	86,6	13,4 *
Contremaitres et ouvriers spécialisés	81,1	18,9 *
Ouvriers non spécialisés et manœuvres	88,1	11,9 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

On observe également une association entre la perception de l'état de santé et certains comportements individuels (tableau 8.5). Ainsi, lorsqu'on considère le niveau d'activité physique de loisir, on constate qu'un peu plus de 11 % seulement des personnes sédentaires, comparativement à environ 21 % des personnes actives, se considèrent en excellente santé, et que près de 23 % des sédentaires, comparativement à 11 % des personnes moyennement actives et actives, perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise.

En ce qui concerne l'usage ou non de la cigarette, environ 16 % des non-fumeurs, comparativement à 7 % des fumeurs actuels (occasionnels ou réguliers), se considèrent en excellente santé. Précisons qu'on a regroupé ici parmi les non-fumeurs tant les personnes qui n'ont jamais fumé que les anciens fumeurs.

Le niveau de satisfaction face à la vie (tableau 8.6) est considéré comme un bon indicateur de bien-être

psychologique. La question proposée (QAA98) demandait d'indiquer le degré d'accord ou de désaccord avec la phrase suivante : « Je suis satisfait(e) de ma vie. » On a considéré ici ceux qui se disaient plutôt d'accord ou très d'accord avec cette phrase comme très ou plutôt satisfaits, ceux qui n'étaient ni en accord ni en désaccord comme ni satisfaits ni insatisfaits, et ceux qui se disaient très ou plutôt en désaccord comme très ou plutôt insatisfaits. On constate qu'un peu plus de 88 % de ceux qui sont très ou plutôt satisfaits de leur vie se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, alors que chez les personnes très ou plutôt insatisfaites de leur vie, cette proportion estimée est de 73 %. On ne peut évidemment préjuger du sens que prend cette association (Est-on plus satisfait de la vie parce qu'on se perçoit en meilleure santé, ou se considère-t-on en meilleure santé en raison d'un niveau élevé de bien-être psychologique?).

Tableau 8.5

Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Niveau d'activité physique de loisir				
Sédentaires	11,2	25,2	40,9	22,7
Moyennement actifs	15,7	32,8	40,2	11,4 *
Actifs	21,4	36,1	31,3	11,2 *
Usage ou non de la cigarette				
Non-fumeurs	15,8	29,2	36,9	18,2
Fumeurs	6,6 **	33,9	47,3	12,3 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 8.6

Perception de l'état de santé selon le niveau de satisfaction face à la vie, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente, très bonne ou bonne	Moyenne ou mauvaise
	%	
Très ou plutôt satisfait	88,4	11,6
Ni satisfait ni insatisfait	80,4	19,7
Très ou plutôt insatisfait	73,5	26,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Comme le montre le tableau 8.7, la perception de la santé est également en relation avec le nombre de problèmes de santé déclarés. Ainsi, on constate qu'environ 19 % des personnes qui ne signalent aucun problème de santé considèrent leur santé comme excellente, comparativement à près de 5 % seulement de ceux qui déclarent deux problèmes de santé ou plus; en outre, un peu plus de 9 % seulement de ceux qui ne signalent aucun problème de santé considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à environ 19 % de ceux qui ont un problème de santé, et près de 32 % de ceux qui en déclarent deux ou plus. Toutes ces différences sont significatives.

Le tableau 8.7 traite également de la perception de l'état de santé selon le nombre de médicaments pris au cours des deux jours précédant l'entrevue et selon la consultation d'un professionnel de la santé au cours

des deux semaines précédant l'entrevue. Chez les personnes qui ont pris trois médicaments ou plus, environ 45 % perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à 13 % seulement des personnes qui n'ont pris aucun médicament. Par ailleurs, les personnes qui disent avoir consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue sont proportionnellement moins nombreuses que celles qui n'ont pas consulté à se considérer en excellente santé (proportions estimées de 9 % contre 16 %), et plus nombreuses à percevoir leur santé comme moyenne ou mauvaise (24 % contre 15 %).

Tableau 8.7

Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé, le nombre de médicaments pris au cours des deux derniers jours précédant l'entrevue et la consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines précédant l'entrevue, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Nombre de problèmes de santé				
Aucun problème	19,4	35,7	35,4	9,4
Un problème	13,4 *	24,8	42,5	19,3
Deux problèmes ou plus	5,1 **	21,4	42,0	31,6
Nombre de médicaments pris				
Aucun médicament	16,7	32,9	37,9	12,5
Un ou deux médicaments	12,7 *	28,2	39,6	19,5
Trois médicaments ou plus	5,0 **	10,5 **	39,5 *	45,1
Consultation d'un professionnel de la santé				
Oui	8,5 *	21,3	45,9	24,3
Non	16,2	32,0	36,7	15,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

8.2.2 Analyse de la régression logistique

À la lumière des résultats précédents, les variables indépendantes sélectionnées pour l'analyse multivariée à l'aide de la régression logistique sont :

- l'âge, en trois catégories : 15-24 ans, 25-44 ans et 45 ans et plus;
- la scolarité, en deux catégories : secondaire ou moins et le reste;
- le statut d'immigration, en trois catégories : réfugié, parrainé et autres;
- la consommation de médicaments au cours de la période de deux jours précédant l'entrevue, en deux catégories : aucun et au moins un médicament;
- l'activité physique de loisir, en deux catégories : sédentaires et actifs (incluant moyennement actifs);
- les problèmes de santé, en deux catégories : aucun et un ou plus;
- le recours aux services d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue, en deux catégories : oui et non;
- la région d'origine, en quatre catégories : Chine, Haïti, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones des Amériques.

À cela, on a ajouté la variable de sexe, pour vérifier si elle ne pourrait pas jouer un rôle confondant sur la significativité des autres variables. De plus, on a inclus la variable de langue d'entrevue en deux catégories (français ou anglais; langue de la communauté) pour mesurer l'impact éventuel de la traduction de l'énoncé de la question sur la façon de répondre et sur les résultats.

Dans un premier temps, on a produit un modèle complet contenant toutes les variables indépendantes décrites plus haut et les interactions doubles avec la variable communauté. Aucune interaction significative à un seuil de 5 % n'a été observée. Par la suite, on a procédé à l'analyse du modèle complet sans interaction double et des variables significatives à un seuil de 5 % ont alors été identifiées. Un modèle ne contenant que ces dernières variables et leurs interactions doubles a alors été produit. Encore une fois, aucune interaction

n'a été jugée significative. Parmi les variables non significatives, on a déterminé si elles étaient possiblement confondantes¹ en les entrant séparément dans le modèle avec les variables significatives. Seules les variables « Consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue » et « Consommation de médicaments au cours des deux jours précédant l'entrevue » ont été détectées comme potentiellement confondantes. L'étude approfondie de l'impact de ces deux variables confondantes a suggéré de ne conserver dans le modèle que la variable « Consommation de médicaments », bien qu'elle soit jugée non significative à un seuil de 5 %.

Finalement, le modèle retenu met en relief les variables suivantes : l'âge, l'activité physique de loisir, les problèmes de santé, la scolarité, la région d'origine et la présence de la variable confondante consommation de médicaments. En tenant compte de l'impact des variables dans le modèle, la langue d'entrevue, le statut d'immigration et le recours aux services d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue n'ont plus de lien significatif avec la perception de la santé. De plus, le sexe ne semble pas jouer un rôle confondant dans l'analyse et la langue d'entrevue ne présente aucun impact apparent. On peut en résumé dresser le portrait type de la personne d'immigration récente visée par la présente étude et qui perçoit favorablement sa santé, comme étant âgée entre 15 et 24 ans, active dans ses loisirs, avec aucun problème de santé, de scolarité postsecondaire et n'étant pas d'origine chinoise. Ce sont les modalités pour lesquelles les intervalles de confiance à 95 % ne contiennent pas la valeur 1. Les résultats sont présentés au tableau 8.8 avec les modalités de référence identifiées en caractères italiques.

1. Les variables confondantes ont une influence non négligeable sur les estimations des paramètres associés aux variables présentes dans le modèle.

Tableau 8.8

Variables indépendantes¹ du modèle de régression logistique portant sur la bonne perception de la santé, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Seuil observé	Rapport de cotes	Intervalle de confiance
Âge			
15-24 ans	p = 0,0399	1,94	[1,17; 3,23]
25-44 ans		1,44	[0,93; 2,22]
<i>45 ans et plus</i>		1,00	---
Activité physique de loisir			
Actifs	p = 0,0002	2,00	[1,39; 2,88]
<i>Sédentaires</i>		1,00	---
Problèmes de santé			
Aucun problème	p < 0,0001	2,49	[1,66; 3,73]
<i>Au moins un problème</i>		1,00	---
Scolarité			
Plus que le secondaire	p = 0,0044	1,74	[1,19; 2,55]
<i>Secondaire ou moins</i>		1,00	---
Région d'origine			
Haiti	p < 0,0001	3,70	[2,36; 5,81]
Maghreb et Moyen-Orient		4,65	[3,00; 7,21]
Pays hispanophones		5,90	[3,71; 9,36]
<i>Chine</i>		1,00	---
Consommation de médicaments			
Aucun médicament	p = 0,1187	1,38	[0,92; 2,07]
<i>Au moins un médicament</i>		1,00	---

1. Variables significatives à un seuil de 5 % identifiées en caractères gras; catégories de référence en italiques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

On retrouve les rapports de cotes les plus élevés parmi les modalités de la variable portant sur la communauté culturelle. La perception de la santé chez les immigrants d'origine chinoise semble nettement moins bonne que chez les autres ethnies en contrôlant les autres variables dans le modèle. Il y aurait donc un apport culturel important dans ce groupe qui fait en sorte qu'ils perçoivent défavorablement leur santé comparativement aux autres. On a d'abord envisagé comme possibilité l'existence de liens pertinents avec d'autres variables explicatives, comme la langue d'entrevue, en posant dans ce cas comme hypothèse que la traduction de la question (du français au mandarin) aurait pu influencer le choix de réponse. Il ne semble toutefois pas y avoir de lien, puisque les interactions doubles avec la variable région d'origine et la langue d'entrevue n'ont pas été retenues dans le modèle.

Par ailleurs, le modèle de régression logistique sur les communautés culturelles visées par l'étude fait ressortir sensiblement les mêmes variables significatives, quant à leur perception de la santé, que dans les analyses bivariées effectuées au moment de l'*Enquête sociale et de santé de 1998* auprès de la population du Québec dans son ensemble. Les comparaisons s'arrêtent là car, dans cette dernière enquête, on n'a pas tenu compte de l'impact des autres variables dans un modèle multivarié.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Comme la revue de la documentation scientifique l'avait suggéré, l'autoévaluation de l'état de santé est associée à diverses variables telles que l'âge et certaines habitudes de vie. En particulier, les personnes de 45 ans et plus et les personnes sédentaires sont

proportionnellement plus nombreuses à avoir une perception négative de leur état de santé. La perception de l'état de santé est également associée à la présence ou l'absence de problèmes de santé, au nombre de médicaments utilisés au cours de la période de deux jours précédant l'entrevue et au recours aux services de santé au cours de la période de deux semaines précédant l'entrevue.

D'autres associations semblent confirmer le lien, pour les immigrants récents appartenant aux groupes visés, entre la santé et ce qu'on pourrait appeler le bien-être socioéconomique. En effet, l'autoévaluation de l'état de santé semble plus positive chez les personnes plus scolarisées, celles occupant un emploi qui exige plus de compétence que celui qu'elles occupaient dans leur pays d'origine (comparativement aux personnes sans emploi), les professionnels et cadres supérieurs (comparativement aux contremaîtres et ouvriers spécialisés), et les personnes qui se disent satisfaites de leur vie. Ces données vont dans le même sens que les constats faits lors de la phase qualitative de l'étude, comme mentionné dans l'introduction du présent chapitre.

Pour l'ensemble de la population visée par l'étude, l'autoévaluation de la santé semble moins positive que celle qu'on observe pour l'ensemble du Québec (données standardisées). Dans la mesure où il s'agit en grande partie d'une population d'immigrants récents, on pourrait poser comme hypothèse que cette moins bonne perception de la santé est liée à des facteurs tels que le stress de l'adaptation à un nouveau milieu et à tout ce qu'elle implique : certains vivent un choc culturel, d'autres ont de la difficulté à trouver un travail correspondant à leur compétence, d'autres encore peuvent avoir de la difficulté à communiquer en raison d'un problème de langue...

On peut toutefois rester surpris de la perception particulièrement négative que semblent avoir les personnes d'origine chinoise de leur propre état de santé. Les données de l'étude ne permettent d'apporter aucune explication à cet effet. Dans la mesure où il semble peu probable que les immigrants récents

d'origine chinoise manifestent plus de problèmes de santé que les immigrants des autres groupes, on peut se demander si cette différence est liée à la formulation de la question (on demande de se comparer aux autres personnes du même âge...) et/ou à des facteurs culturels. Serait-il par exemple inconvenant, pour une personne d'origine chinoise, de se dire en excellente ou en très bonne santé comparativement à ses pairs? Il faudrait poursuivre la recherche à ce sujet, de préférence avec la collaboration de chercheurs d'origine chinoise.

Éléments de réflexion pour la planification

Comme le soulignait Levasseur (2000), dans la mesure où la perception de l'état de santé est un bon indicateur de la santé des populations, il faudrait, pour améliorer cet état de santé, pouvoir agir sur certains des facteurs associés à l'autoévaluation de la santé. En ce sens, une perspective assez classique, à l'époque où l'on considérait l'individu comme le principal responsable de son état de santé, aurait sans doute été de mettre l'accent à peu près uniquement sur la promotion de saines habitudes de vie, telles que l'activité physique de loisir ou encore la lutte contre le tabagisme. Une approche plus holistique et l'adoption d'un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être (Daveluy et autres, 2000; Clarkson et Pica, 1995) incitent à considérer également, parmi les facteurs associés à l'état de santé, la famille, le réseau d'appartenance, les milieux et les conditions de vie, les valeurs, l'ethnicité et la culture. Chez les immigrants récents visés par l'étude, on a vu que la santé était associée, entre autres, à de bonnes conditions socioéconomiques. Il s'agit là d'un constat facilement généralisable à l'ensemble de la population. Quant aux valeurs, à l'ethnicité et à la culture, elles gagneraient à être explorées davantage, et on ne peut que soutenir toute initiative en ce sens.

Bibliographie

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 342 p.

FYLKESNES, K. et O. H. FORDE (1992). « Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 3, p. 271-279.

GARRITY, T. F., G. W. SOMES et M. B. MARX (1978). « Factors influencing Self-Assessment of Health », *Social Science and Medicine*, vol. 12, p. 77-81.

KRAUSE, N. M. et G. M. JAY (1994). « What do Global Self-Rated Health Items Measure? », *Medical Care*, vol. 32, n° 9, p. 930-942.

LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, p. 259-272.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et R. EUSTACHE (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 40 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

SANTÉ QUÉBEC; QUINTAL, L.(1996). *Opinions et perceptions de la communauté latino-américaine de Montréal à l'égard de la santé : document de travail*, Montréal, Le groupe Léger et Léger inc., 30 p.

SMITH, A. M. A., J. M. SHELLEY et L. DENNERSTEIN (1994). « Self-Rated Health : Biological Continuum or Social Discontinuity? », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 1, p. 77-83.

Chapitre 9

Problèmes de santé et traumatismes

Costas Kapetanakis

Direction de la santé publique

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

L'objectif principal du présent chapitre est d'analyser les problèmes de santé rapportés par la population visée appartenant à quatre groupes d'immigrants récents. Comme dans la plupart des enquêtes de santé du genre, il s'agit de problèmes de santé que perçoit la population elle-même et dont le diagnostic n'est pas nécessairement confirmé par un professionnel de la santé. Les renseignements ainsi recueillis permettent de dresser un profil de ce qu'on appelle morbidité ressentie, c'est-à-dire, celle qui correspond à la définition de l'état de santé donnée par l'individu à partir de sa perception de symptômes ou malaises. Les enquêtes de santé représentent une source d'information privilégiée quant à ce genre de morbidité qui ne figure pas dans les sources de données officielles. La morbidité ressentie fait partie de la morbidité réelle d'une population et sa connaissance constitue souvent un élément essentiel du processus de planification en matière de santé.

Tant la fréquence que la nature des problèmes de santé de cette population occupent le centre de la présente analyse. Un second objectif se greffe à ce chapitre et vise à décrire les accidents ayant occasionné des blessures.

La présente étude sur l'état de santé de certaines communautés culturelles du Québec, notamment celles d'une importance relative dans l'ensemble des vagues d'immigration récentes au pays, est la première consacrée à des groupes précis.

Contrairement à l'enquête québécoise sur la santé de 1987 qui avait donné lieu à une monographie portant sur les communautés culturelles (Cousineau, 1989), elle

offre une description plus que minimale de l'état de santé des communautés choisies.

Il faut se rappeler que l'enquête de 1987 ainsi que les deux enquêtes générales subséquentes (celles de 1992-1993 et de 1998) visaient l'ensemble de la population québécoise vivant dans un ménage privé et affaiblissaient donc la précision des estimations portant sur chacune des communautés culturelles incluses.

Le chevauchement des périodes du déroulement de la présente étude et de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998), de même que la similitude des instruments de collecte des données utilisés, permettent d'établir un parallèle entre les deux populations ciblées.

Le modèle d'analyse adopté ici est, en fait, semblable à celui de l'ESS 1998. Il porte, en premier lieu, sur le nombre et la durée des problèmes de santé autodéclarés, et ce, en fonction des principales caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le statut d'activité, la scolarité, l'appartenance à une catégorie professionnelle, la durée de séjour au pays et le statut d'immigrant. En second lieu, il sera question des principaux problèmes de santé, traités également selon les caractéristiques déjà citées. Quant aux accidents, ils seront présentés tour à tour selon leur importance et le lieu.

9.1 Aspects méthodologiques

9.1.1 Indicateurs

Les questions sur les problèmes de santé sont, à quelques exceptions près, les mêmes que celles posées lors de l'ESS 1998. On retrouve dans six sections différentes du questionnaire rempli par

l'intervieweur (QRI) les éléments essentiels à leur détection : il s'agit des sections I à III et V à VIII portant respectivement sur les problèmes de santé à l'origine des incapacités de courte durée au cours d'une période de deux semaines précédant l'entrevue (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les motifs de recours à un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (celles avant l'entrevue) (section III), les motifs de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (ceux avant l'entrevue) (section V), tout accident avec blessures survenu au cours d'une période de douze mois (section VI) et, enfin, la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VII). Un résumé des problèmes figure à la section VIII ainsi que de l'information supplémentaire pertinente, à savoir : à quand remonte le problème et la confirmation du diagnostic par un médecin.

Les problèmes de santé déclarés ont été codés suivant la neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) (OMS, 1977); on a écarté de l'analyse les codes correspondant aux examens de prévention, de dépistage ou de diagnostic, ou encore, aux motifs de recours aux services n'ayant pas été codés comme des problèmes de santé. Les accidents avec blessures sont liés aux conditions de la même classification et sont regroupés dans la catégorie « Lésions traumatiques et empoisonnements ».

L'appréciation de la morbidité ressentie se fera à l'aide des mesures suivantes : la prévalence d'un problème de santé représentant la proportion de personnes l'ayant déclaré par rapport à l'ensemble de la population visée, le nombre de problèmes de santé ainsi que leur durée. Le nombre de problèmes de santé est regroupé en trois catégories : « aucun problème », « un problème » et « au moins deux problèmes ». Quant à la durée d'un problème de santé, la population est répartie en quatre groupes en fonction du nombre et de la nature des problèmes : les personnes n'ayant déclaré « aucun problème de santé », celles ayant « des problèmes de courte durée seulement », celles ayant déclaré « un problème de

longue durée » et enfin, celles ayant « au moins deux problèmes de longue durée » (pour une description plus détaillée des mesures retenues voir Levasseur et Goulet, 2000). La classification adoptée donne préséance aux problèmes de longue durée, de sorte que les personnes ayant déclaré des problèmes de courte et de longue durée se classent automatiquement dans les catégories des problèmes de longue durée. Cette classification introduit en quelque sorte la notion de chronicité, c'est-à-dire de l'effet d'un problème de santé dans le temps; la plupart des problèmes de courte durée (maladies aiguës et symptômes) ont un effet plutôt limité. En revanche, les affections de longue durée sont à l'origine des principales causes de limitations des activités à long terme, d'hospitalisation et de décès (Verbrugge et autres, 1989).

Les deux dernières mesures de la morbidité autodéclarée, l'une portant exclusivement sur le nombre de problèmes de santé, et l'autre, tant sur le nombre que sur la durée, font double emploi, puisque les deux incluent la catégorie « aucun problème de santé ». On aurait sans doute le choix de retrancher cette catégorie de la dernière mesure proposée et ainsi de sauvegarder l'esprit de la durée d'un problème de santé que véhicule le questionnaire même : la durée d'un problème de santé n'est soulevée que si un problème de santé est rapporté. Si l'on a retenu l'absence de problème de santé dans la seconde mesure, c'est pour faire ressortir dans notre analyse les deux extrêmes de l'état de santé autodéclaré, à savoir, le groupe de personnes les plus résistantes à la maladie (n'ayant aucun problème de santé) et l'ensemble de celles les plus vulnérables (ayant au moins deux problèmes de santé de longue durée). Cette approche donnera une description plus complète de la population dans son ensemble et soutiendra les planificateurs en la matière. Comme le groupe n'ayant aucun problème de santé sera mieux analysé sur la première mesure (nombre de problèmes de santé) lors de la présentation des résultats, l'analyse de la seconde mesure sera axée sur la durée des problèmes de santé de façon prioritaire, afin d'éviter toute redondance.

En ce qui a trait aux accidents, la proportion de victimes demeure la principale mesure retenue. Elle sera examinée sous l'angle des éventualités suivantes : recours à un examen médical ou limitation des activités à la suite de l'accident. D'ailleurs, pour que ce dernier soit retenu dans l'étude, au moins l'une de ces conditions devait être remplie. Enfin, l'analyse de cette mesure selon le lieu ne tient compte qu'une seule fois des accidents survenus dans une même catégorie de lieu; ainsi une personne ayant subi deux accidents à la maison au cours des 12 derniers mois sera considérée une seule fois.

9.1.2 Comparaisons avec l'Enquête sociale et de santé de 1998

L'utilisation des mêmes instruments de collecte de données, tout au moins en ce qui a trait aux problèmes de santé déclarés et aux accidents avec blessures, favorise la comparaison entre les deux populations d'enquête. Cette comparaison sera établie sous deux angles différents : d'une part, entre l'ensemble de la population de la présente étude et celle de l'ESS 1998, et, d'autre part, entre chacune des communautés culturelles représentées ici et la population de l'ESS 1998. Les structures par groupe d'âge et par sexe étant différentes dans la population québécoise et les populations à l'étude, il est important d'en tenir compte lors de ces comparaisons. Les résultats de l'ESS 1998 sont donc ajustés aux structures démographiques des communautés culturelles correspondantes, tantôt à leur structure globale, tantôt à leur structure particulière.

Par ailleurs, aucune comparaison ne sera établie entre les communautés culturelles visées, respectant ainsi le but et l'esprit du présent rapport. Par contre, nous tenterons de faire ressortir les points communs ou les divergences de chacune d'entre elles par rapport à l'ensemble de la population québécoise sondée en 1998.

9.1.3 Portée et limites des données

La déclaration des problèmes de santé affectant les membres d'un ménage provient en partie des réponses d'une tierce personne, notamment du

principal répondant pour le ménage. Elle peut donc entraîner une sous-estimation de certains problèmes de santé éprouvés par les autres membres du ménage. C'est probablement le cas des maladies transmissibles sexuellement, qui à cause de leur nature intime peuvent échapper au principal répondant. Selon la section, les périodes de référence différentes peuvent également jouer un rôle important dans le calcul de la prévalence d'un problème de santé étant donné que cette dernière est fonction de l'incidence et de la durée du problème.

Dans le cas des accidents, les répondants auraient tendance à privilégier ceux ayant eu des conséquences importantes tout en faisant abstraction des accidents mineurs. Dans un même ordre d'idées, les répondants tendraient à rapporter des accidents comme s'ils avaient eu lieu à des moments plus rapprochés de l'étude qu'en réalité (Harle et autres, 1994). Ce phénomène, connu sous le nom de télescopage, ne pourra pas être analysé ici vu la faible portée de l'échantillon, mais son existence a été vérifiée dans le cadre de l'ESS 1998 (Robitaille et autres, 2000).

Outre le taux de réponse à l'étude (voir chapitre sur les méthodes), la présence de valeurs manquantes à une caractéristique mesurée peut influencer sur la qualité de son estimation. Pour les principales mesures de la présente analyse (nombre et durée des problèmes de santé, prévalence d'un problème de santé), la proportion de ces valeurs est nulle. Par contre, l'absence de données sur d'autres caractéristiques recueillies pourrait influencer l'analyse par sous-groupe de population. Dans le cadre du plan d'analyse, la proportion des valeurs manquantes de ces caractéristiques est inférieure à 5 %, d'où leur effet négligeable sur les résultats.

9.2 Résultats

9.2.1 Nombre de problèmes de santé

Plus de la moitié de la population visée (60 %) a déclaré ne pas avoir de problème de santé (tableau 9.1). Les personnes ayant déclaré en avoir

un seul sont proportionnellement un peu plus nombreuses que celles qui ont déclaré en avoir au moins deux (22 % c. 18 %). Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne rapporter aucun problème de santé (64 % c. 57 %); quant aux femmes, elles sont proportionnellement plus nombreuses à en avoir déclaré au moins deux (21 % c. 14 %).

Par ailleurs, le nombre de problèmes de santé est aussi relié à l'âge : plus on est jeune, plus on a tendance à ne rapporter aucun problème de santé (74 % chez les 0-14 ans c. 36 % chez les 45 ans et plus), tandis qu'en vieillissant on rapporte au moins deux problèmes de santé en plus grande proportion (36 % chez les 45 ans et plus c. 9 % chez les 0-14 ans). Les écarts observés sont plus marqués chez les femmes : ainsi, chez les jeunes filles de 0 à

14 ans, plus des trois quarts (77 %) ne déclarent aucun problème de santé, comparativement à plus du quart (28 %) chez les femmes d'au moins 45 ans. Chez les jeunes garçons de 0 à 14 ans, sept sur dix (70 %) ne rapportent aucun problème de santé, mais chez les hommes d'au moins 45 ans, seulement quatre sur dix (43 %) en font autant. En outre, la présence d'au moins deux problèmes de santé selon l'âge croît plus rapidement et de façon plus nette chez les femmes. Chez les hommes, l'accroissement de cette prévalence se manifeste après l'âge de 25 ans alors que pour les femmes, elle est évidente dès l'âge de 15 ans.

Peu importe leur âge, les hommes déclarent en plus grande proportion avoir un seul problème plutôt qu'au moins deux problèmes de santé.

Tableau 9.1

Nombre de problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Hommes			
0-14 ans	70,4	19,3	10,3 *
15-24 ans	72,0	18,4 *	9,6 **
25-44 ans	64,5	21,1	14,4
45 ans et plus	43,0	30,5	26,5
Total – Communautés culturelles	64,0	21,7	14,4
Québec 1998 (données standardisées)	45,3	27,5	27,2
Femmes			
0-14 ans	76,9	16,1	7,0 *
15-24 ans	65,0	20,0 *	15,0 *
25-44 ans	50,2	25,2	24,6
45 ans et plus	28,4	26,2	45,4
Total – Communautés culturelles	56,9	21,7	21,3
Québec 1998 (données standardisées)	37,5	24,5	38,1
Sexes réunis			
0-14 ans	73,5	17,8	8,7
15-24 ans	68,4	19,2	12,4 *
25-44 ans	57,2	23,2	19,6
45 ans et plus	35,5	28,3	36,2
Total – Communautés culturelles	60,4	21,7	17,9
Québec 1998 (données standardisées)	41,4	26,0	32,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La présence de problèmes de santé est associée à d'autres caractéristiques de l'ensemble de la population, telles que la scolarité, le statut d'activité au cours d'une période d'un an, la date d'arrivée au pays de même que le statut au moment de l'immigration (tableau 9.2). Les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou collégial, par exemple, ne déclarent aucun problème de santé en plus grande proportion que celles ayant des études de niveau primaire tout au plus (56 % c. 44 %); dans le même sens, elles sont moins nombreuses à en avoir rapporté plus d'un (19 % c. 30 %). Par ailleurs, les étudiants et les personnes détenant un emploi se démarquent des autres par des proportions plus faibles de personnes ayant plus d'un problème de santé (15 % et 20 % respectivement c. 32 % à

44 % pour les autres groupes); les étudiants rapportent aussi en plus grande proportion (66 %) n'avoir aucun problème de santé, comparativement aux personnes à la retraite (33 %) ou à celles tenant maison (43 %).

Les immigrants ayant un statut d'indépendant ou d'entrepreneur comptent, par ailleurs, une plus faible proportion de personnes que les autres (57 % c. 63 %) n'ayant rapporté aucun problème de santé. Des données plus détaillées indiquent que les « non-immigrants » (il s'agirait, en fait, d'enfants nés ici des familles immigrantes) sont nettement plus nombreux à n'avoir aucun problème de santé (72 %) que les réfugiés, les parrainés et les immigrants indépendants (57 %, 58 % et 57 % respectivement).

Tableau 9.2

Nombre de problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus¹, communautés culturelles 1998-1999

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Scolarité			
Aucune ou primaire	43,9	26,2	29,8
Secondaire ou postsecondaire	56,2	24,9	18,9
Universitaire	51,9	22,0	26,0
Statut d'activité			
Emploi	53,7	26,8	19,5
Études	65,6	19,3	15,1
Maison	43,2	24,1	32,7
Sans emploi	50,8	17,0*	32,2*
Retraite	32,8*	23,0**	44,3*
Statut d'immigrant (détaillé)			
Réfugié	56,7	22,1	21,3
Parrainé	57,9	19,7	22,4
Indépendant	57,4	23,8	18,8
Entrepreneur	42,2**	31,9**	25,9**
Étudiant	64,2*	8,8**	27,0**
Non-immigrant	71,6	19,1	9,3
Autres	40,3**	25,8**	33,9**
Statut d'immigrant (regroupé)			
Indépendant et entrepreneur	57,0	24,0	19,0
Autres	63,2	19,9	16,9
Date d'arrivée (durée de séjour)			
Moins de 5 ans	62,6	19,3	18,2
5 à 9 ans	54,9	22,8	22,4
10 ans et plus	56,5	24,5	19,0
Nés au Canada	72,3	18,8	8,9

1. Scolarité et statut d'activité.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Enfin, les personnes nées ici sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir aucun problème de santé que les immigrants établis au pays depuis au moins cinq ans (72 % c. 55 % à 56 %); elles sont également moins susceptibles d'être touchées par plus d'un problème de santé (9 % c. 18 % à 22 % pour les autres selon le cas). Si l'on exclut les personnes nées ici, les différences entre les groupes s'amenuisent considérablement, au point où elles ne sont plus significatives sur le plan statistique.

9.2.2 Durée des problèmes de santé

En excluant les personnes n'ayant aucun problème de santé (environ 60 % de l'ensemble de la population visée), le reste de la population est partagé de façon équivalente entre celles touchées par des problèmes de courte durée ou au moins deux problèmes de longue durée (11 % et 12 % respectivement) (tableau 9.3). Toutefois, ces deux groupes sont dépassés par les personnes ayant un seul problème de santé chronique (16 %).

Tableau 9.3
Nombre et durée des problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Hommes				
0-14 ans	70,4	14,3	11,8	3,6 **
15-24 ans	72,0	13,2 *	12,3 *	2,6 **
25-44 ans	64,5	10,9 *	15,1	9,5 *
45 ans et plus	43,0	11,4 *	24,2	21,4
Total – Communautés culturelles	64,0	12,5	15,1	8,5
Québec 1998 (données standardisées)	45,3	13,3	22,9	18,5
Femmes				
0-14 ans	76,9	13,3	6,9 *	3,0 **
15-24 ans	65,0	10,0 *	16,3 *	8,8 **
25-44 ans	50,1	8,2 *	22,2	19,6
45 ans et plus	28,4	8,1 *	27,7	35,9
Total – Communautés culturelles	56,9	10,0	17,5	15,6
Québec 1998 (données standardisées)	37,5	11,8	22,8	27,9
Sexes réunis				
0-14 ans	73,5	13,8	9,4	3,3 *
15-24 ans	68,4	11,5 *	14,4	5,8 *
25-44 ans	57,2	9,5	18,7	14,6
45 ans et plus	35,5	9,7 *	26,0	28,9
Total – Communautés culturelles	60,4	11,2	16,3	12,1
Québec 1998 (données standardisées)	41,4	12,6	22,8	23,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La durée des problèmes de santé varie en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi, les femmes sont plus affectées par plusieurs problèmes de longue durée que les hommes (16 % c. 9 %). Les variations selon le groupe d'âge sont moindres chez les personnes ayant été incommodées seulement par des problèmes de santé temporaires, mais elles sont plus prononcées chez celles ayant rapporté plusieurs problèmes de santé de longue durée. La proportion de personnes qui ne déclarent que des problèmes de courte durée (donc qui n'ont déclaré aucun problème de longue durée) tend à diminuer avec l'âge, tandis que la proportion de celles qui rapportent au moins un et surtout deux problèmes de santé de longue durée tend à augmenter; ainsi, sur dix personnes âgées de 45 ans et plus, environ trois (29 %) sont affectées par au moins deux problèmes de santé chroniques, comparativement à une sur trente-trois (3,3 %) chez les jeunes de 0 à 14 ans. Cette tendance est nettement plus évidente chez les femmes que chez les hommes : plus du tiers (36 %) de la population féminine âgée de 45 ans ou plus, comparativement au cinquième (21 %) chez les hommes, est touchée par au moins deux problèmes de santé chroniques, tandis que chez les jeunes de 0 à 14 ans, filles ou garçons, la proportion équivalente est de loin inférieure (3,0 % et 3,6 % respectivement).

Comme pour le nombre de problèmes de santé, leur durée varie en fonction d'autres caractéristiques de la population visée (tableau 9.4). Au chapitre de la scolarité, par exemple, une seule différence vaut une mention : les personnes n'ayant pas suivi d'études au secondaire sont plus nombreuses à être touchées par plusieurs problèmes de longue durée que celles ayant atteint le niveau collégial (25 % c. 14 %). Sur le plan du statut d'activité (au cours d'une période d'un an), les étudiants sont moins nombreux à éprouver plus d'un problème de santé chronique (8 % c. au moins 15 % pour les autres groupes), tandis que sous cet aspect, les personnes détenant un emploi se distinguent des personnes à la retraite ou tenant maison (15 % c. 41 % et 26 % respectivement), en plus de se démarquer des étudiants.

Les enfants nés ici des immigrants sont proportionnellement moins touchés (3,2 %) par au moins deux

problèmes de santé chroniques par rapport au reste de la population visée, peu importe le moment de leur arrivée au pays. Ils sont également moins affectés par les problèmes de santé de longue durée que les immigrants s'étant installés au pays depuis au moins cinq ans. La relation entre le nombre et la durée des problèmes de santé et la période d'arrivée perd toute son importance (statistique) lorsque les enfants nés ici sont écartés de l'analyse.

Une seule différence (sur le plan statistique) est digne de mention relativement au statut au moment de l'immigration : les immigrants munis d'un statut d'indépendant ou d'entrepreneur sont plus nombreux à souffrir d'un seul problème de santé chronique (19 % c. 14 % pour les autres). Encore faut-il mentionner que les données détaillées nous révèlent que les immigrants ayant le statut de réfugié, de parrainé ou d'indépendant se fondent en un ensemble homogène quant à la durée des problèmes de santé et que seules les personnes nées ici se démarquent du reste en étant les moins touchées par des problèmes de santé de longue durée.

9.2.3 Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant au nombre et à la durée des problèmes de santé

Dans l'ensemble, les communautés culturelles visées se comparent avantageusement à la population québécoise (tableau 9.1). Tout d'abord, l'absence de problèmes de santé est beaucoup plus élevée chez la population visée par l'étude (60 % c. 41 %), et ensuite, la proportion de personnes affectées par un ou plusieurs problèmes de santé y est plus faible (un seul problème : 22 % c. 26 %; plusieurs problèmes : 18 % c. 33 %). Lorsque l'on fait intervenir la durée des problèmes de santé, le même tableau se répète à une exception près : les problèmes de courte durée seulement se révèlent d'une importance équivalente dans les deux groupes (11 % c. 13 %), mais les problèmes de longue durée, peu importe leur nombre, jouent en faveur des communautés culturelles (un seul problème de longue durée : 16 % c. 23 %; plusieurs problèmes de longue durée : 12 % c. 23 %) (tableau 9.3).

Tableau 9.4

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus¹, communautés culturelles 1998-1999

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Scolarité				
Aucune ou primaire.	43,9	6,3 **	24,9 *	24,9 *
Secondaire ou postsecondaire	56,2	10,1	19,5	14,2
Universitaire	51,9	10,7 *	19,4	18,2
Statut d'activité				
Emploi	53,6	12,2	19,7	14,6
Études	65,6	9,6 *	16,7	8,1 *
Maison	43,2	7,0 *	24,0	25,6
Sans emploi	50,8	6,6 **	19,5 *	23,2 *
Retraite	32,8 *	5,7 **	20,7 **	40,9 *
Statut d'immigrant (détaillé)				
Réfugié	56,7	9,5 *	16,7	17,2
Parrainé	57,9	9,8 *	15,6	16,7
Indépendant	57,4	11,1	18,6	13,0
Entrepreneur	42,2 **	13,4 **	35,1 **	9,3 **
Étudiant	64,2 *	2,2 **	10,9 **	22,7 **
Non-immigrant	71,6	13,8	11,3	3,3 **
Autres	40,3 **	15,5 **	30,9 **	13,3 **
Statut d'immigrant (regroupé)				
Indépendant et entrepreneur	57,0	11,2	19,0	12,9
Autres	63,2	11,3	14,1	11,4
Date d'arrivée (durée de séjour)				
Moins de 5 ans	62,3	9,1 *	17,4 *	11,2 *
5 à 9 ans	54,9	11,7	17,9	15,5
10 ans et plus	56,5	9,4	19,0	15,1
Nés au Canada	72,3	13,7	10,9	3,2 **

1. Scolarité et statut d'activité.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

9.2.4 Nature des problèmes de santé

On a remarqué précédemment que quatre personnes sur dix de l'ensemble de la population visée avaient rapporté au moins un problème de santé et que ce dernier avait été relevé dans diverses sections du questionnaire (incapacités de longue ou de courte durée, consultations médicales, prise de médicaments, accidents, maladies chroniques). On observera maintenant de plus près la nature des problèmes rapportés, en premier lieu, à l'échelle de la population visée, et en second lieu, en fonction d'un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques.

Les maux de tête constituent le principal problème de santé (8 %) affectant l'ensemble de la population étudiée. Suivent les maux sérieux de dos ou de la colonne (6 %), les allergies ou affections cutanées, l'arthrite ou le rhumatisme, la rhinite allergique et les lésions traumatiques dans des proportions comparables — 4 % (tableau 9.5).

L'hypertension artérielle, les autres allergies, les troubles digestifs fonctionnels, les autres affections respiratoires, la grippe, l'asthme, l'anémie, le diabète, les maladies de l'œil et les troubles thyroïdiens forment un ensemble de problèmes de santé ayant une prévalence variant de 1,5 % à 3,4 %.

Sur le plan statistique, les hommes sont plus touchés par les lésions traumatiques que les femmes (4,7 % c. 2,5 %); en revanche, les femmes souffrent davantage de maux de tête (12 % c. 4,6 %),

de maux de dos ou de la colonne (7 % c. 4,5 %), d'arthrite ou de rhumatisme (6 % c. 2,7 %), d'anémie (4 % c. 0,5 %) et de troubles de la thyroïde (2,7 % c. 0,5 %).

Tableau 9.5

Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Communautés culturelles 1998-1999			Québec 1998 (données standardisées)
	Total	Hommes	Femmes	Total
	%			
Troubles mentaux	1,1 *	0,8 **	1,3 **	3,5
Troubles du sommeil	0,6 **	0,4 **	0,9 **	1,2
Périodes de grande nervosité	0,7 **	0,3 **	1,1 **	3,1
Troubles de la thyroïde	1,5 *	0,5 **	2,5 *	2,3
Diabète	2,1 *	1,9 *	2,3 *	1,6
Hypercholestérolémie	0,7 **	0,9 **	0,5 **	1,5
Anémie	2,3	0,5 **	4,0 *	1,2
Autres maladies du sang	0,1 **	0,0	0,3 **	0,8
Maux de tête	8,1	4,6	11,5	10,7
Maladies de l'œil	1,9 *	1,8 *	2,1 *	2,2
Maladies de l'oreille	0,6 **	0,4 **	0,8 **	1,4
Hypertension artérielle	3,4	2,8 *	4,1 *	4,2
Maladies cardiaques	1,3 *	1,3 **	1,4 **	2,2
Grippe	2,8	3,0 *	2,5 *	3,9
Bronchite ou emphysème	0,4 **	0,6 **	0,1 **	1,8
Asthme	2,6	2,8 *	2,5 *	5,3
Rhinite allergique	4,0	4,3	3,8 *	9,6
Autres affections respiratoires	3,1	2,8 *	3,4 *	5,7
Autres allergies	3,3	2,7 *	3,9 *	10,6
Ulcères gastriques	1,1 *	1,2 **	1,0 **	1,0
Troubles digestifs fonctionnels	3,3	2,6 *	4,0 *	3,9
Autres troubles digestifs	0,4 **	0,1 **	0,7 **	1,5
Allergies ou affections cutanées	4,4	3,5 *	5,2	9,4
Arthrite ou rhumatisme	4,2	2,7 *	5,6	7,4
Maux de dos ou de la colonne	5,7	4,5	7,0	8,0
Autres maladies du système ostéo-articulaire	0,9 *	0,5 **	1,3 **	2,1
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,6	4,7	2,5 *	7,4
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	1,2 **		1,2 **	2,6
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,9 *	0,7 **	1,1 **	1,3
Malaise et fatigue	1,2 *	0,7 **	1,6 *	1,4
Autre	5,5	4,6	6,4	9,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Etude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Comme le tableau 9.6 en témoigne, la majorité des problèmes de santé déclarés ont tendance à augmenter avec l'âge. C'est notamment le cas des maux de tête, des maux de dos ou de la colonne, de l'arthrite ou du rhumatisme, des troubles digestifs fonctionnels pour ne citer que ceux dont la prévalence globale est importante dans la population à l'étude.

Certaines affections varient peu selon l'âge, tandis que d'autres semblent être concentrées dans certains groupes d'âge en particulier. Ainsi, les lésions traumatiques, les allergies ou affections cutanées et, dans une moindre mesure, la grippe touchent les

personnes de tout âge. Par contre, le diabète, les problèmes oculaires, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies du système ostéo-articulaire et l'hypercholestérolémie sont davantage observés chez les personnes d'au moins 45 ans. Quant à l'asthme et aux autres affections respiratoires, ils se manifestent plus fréquemment chez les jeunes de moins de 15 ans, mais c'est l'inverse pour la rhinite allergique, plus répandue chez les personnes d'au moins 15 ans. Enfin, les « autres problèmes » de santé sont particulièrement présents chez les 45 ans et plus.

Tableau 9.6
Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, communautés culturelles 1998-1999

	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus
	%			
Troubles mentaux	0,17 **	1,46 **	0,89 **	2,91 **
Troubles du sommeil	0,0	0,0	0,57 **	2,43 **
Périodes de grande nervosité	0,06 **	0,05 **	1,29 **	1,29 **
Troubles de la thyroïde	0,0	0,34 **	1,51 **	5,38 *
Diabète	0,0	0,11 **	0,85 **	10,15 *
Hypercholestérolémie	0,13 **	0,09 **	0,05 **	3,63 **
Anémie	0,78 **	3,23 **	2,86 *	2,99 **
Autres maladies du sang	0,0	0,0	0,0	0,84 **
Maux de tête	0,96 **	6,36 *	13,4	12,32
Maladies de l'œil	0,69 **	1,37 **	1,46 **	5,77 *
Maladies de l'oreille	1,46 **	0,05 **	0,16 **	0,33 **
Hypertension artérielle	0,0	0,23 **	1,41 **	16,61
Maladies cardiaques	0,0	0,0	0,25 **	7,23 *
Grippe	3,72 *	3,08 **	1,94 **	2,35 **
Bronchite ou emphysème	0,29 **	0,0	0,29 **	0,95 **
Asthme	5,15 *	1,21 **	1,24 **	1,94 **
Rhinite allergique	1,82 **	4,02 **	6,37	3,54 **
Autres affections respiratoires	5,28 *	1,79 **	1,79 **	2,78 **
Autres allergies	2,86 *	2,36 **	4,57 *	2,28 **
Ulcères gastriques	0,0	0,07 **	2,36 *	1,41 **
Troubles digestifs fonctionnels	1,10 **	2,50 **	3,81 *	6,92 *
Autres troubles digestifs	0,16 **	0,0	0,47 **	1,04 **
Allergies ou affections cutanées	3,68 *	5,98 *	4,04 *	4,93 *
Arthrite ou rhumatisme	0,23	1,22 **	3,75 *	15,03
Maux de dos ou de la colonne	0,0	3,40 **	9,80	10,30 *
Autres maladies du système ostéo articulaire	0,05 **	0,23 **	0,52 **	4,04 **
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,92 *	4,67 **	2,86 *	3,44 **
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,07 **	0,85 **	0,56 **	1,46 **
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,07 **	1,04 **	0,98 **	2,27 **
Malaise et fatigue	0,14 **	0,11 **	2,47 *	1,50 **
Autre	4,81 *	4,31 **	4,44 *	9,97 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Voici en détail les principaux problèmes de santé touchant l'ensemble de la population visée selon le groupe d'âge.

- Enfants de 0 à 14 ans

L'asthme (5 %), les autres affections respiratoires (5 %), les lésions traumatiques (3,9 %), les allergies ou affections cutanées (3,7 %), la grippe (3,7 %), les autres formes d'allergie (2,9 %) et les « autres problèmes » de santé (4,8 %) représentent les problèmes affectant le plus souvent les enfants de moins de 15 ans.

- Adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

Les maux de tête (6 %), les allergies ou affections cutanées (6 %), les lésions traumatiques (4,7 %), la rhinite allergique (4,0 %), les « autres problèmes » de santé (4,3 %), les maux de dos ou de la colonne (3,4 %), la grippe (3,1 %) et l'anémie (3,1 %) figurent en tête de liste des problèmes touchant ce groupe d'âge.

- Adultes de 25 à 44 ans

Les maux de tête (13 %), suivis des maux de dos ou de la colonne (10 %) se démarquent aisément des autres problèmes de santé déclarés par les personnes âgées de 25 à 44 ans. Complètent ce tableau, la rhinite allergique (6 %), les autres allergies (4,6 %), les allergies ou affections cutanées (4,0 %), les « autres problèmes » (4,4 %), les troubles digestifs fonctionnels (3,8 %) et l'arthrite ou le rhumatisme (3,8 %); en outre, l'anémie (2,9 %) et les lésions traumatiques (2,9 %), déjà présentes dans le groupe d'âge précédent, demeurent des problèmes relativement importants chez les adultes de 25 à 44 ans.

- Adultes de 45 ans et plus

La nature ainsi que l'ampleur des problèmes de santé affligeant les personnes d'au moins 45 ans sont en grande partie associées au processus de vieillissement :

l'hypertension artérielle (17 %), l'arthrite ou le rhumatisme (15 %) et, dans une moindre mesure, les maux de tête (12 %), le diabète (10 %), les « autres problèmes » (10 %), les maux de dos ou de la colonne (10 %) ainsi que les maladies du cœur (7 %) et les troubles digestifs fonctionnels (7 %) forment le cortège de problèmes de santé, en majorité chroniques, qui accompagnent le vieillissement.

9.2.5 Problèmes de santé et autres caractéristiques

La prévalence des problèmes de santé varie suivant d'autres caractéristiques de la population, telles que la durée de séjour au pays d'accueil, le statut d'immigrant ou la scolarité. Ainsi, au chapitre de la durée de séjour, on note une démarcation entre les immigrants et les personnes nées ici. Ces dernières sont moins touchées par la majorité des principaux problèmes de santé sauf l'asthme (tableau 9.7). Par ailleurs, il n'y a que les maux de tête, l'asthme et les troubles de la thyroïde qui sont associés au statut d'immigration : les maux de tête et les troubles thyroïdiens sont plus importants chez les immigrants ayant un statut d'indépendant ou d'entrepreneur que chez les autres (11 % c. 6 %; 2,4 % c. 0,8 %), tandis que l'inverse se produit pour l'asthme (3,8 % c. 1,3 %) (tableau 9.8).

Enfin, le niveau de scolarité n'est associé qu'à un nombre restreint de problèmes de santé. Relativement à ces problèmes (diabète, hypertension artérielle, arthrite ou rhumatisme et « autres affections respiratoires »), les personnes faiblement ou non scolarisées (niveau primaire ou moins) sont davantage touchées que les autres (tableau 9.9).

Tableau 9.7

Prévalence des problèmes de santé selon la date d'arrivée au Canada, communautés culturelles 1998-1999

	Moins de 5 ans	5 à 9 ans	10 ans et plus	Nés au Canada
	%			
Troubles mentaux	1,47 **	1,01 **	1,86 **	0,21 **
Troubles du sommeil	0,28 **	1,26 **	0,34 **	0,0
Périodes de grande nervosité	1,12 **	0,93 **	0,77 **	0,04 **
Troubles de la thyroïde	1,07 **	1,79 **	2,71 **	0,00 **
Diabète	2,06 **	2,61 *	3,13 **	0,0
Hypercholestérolémie	0,26 **	1,12 **	0,94 **	0,0
Anémie	2,88 **	3,26 *	2,08 **	0,40 **
Autres maladies du sang	0,0	0,36 **	0,0	0,0
Maux de tête	7,18 *	10,47	12,06	0,38 **
Maladies de l'œil	2,12 **	2,18 *	3,06 **	0,36 **
Maladies de l'oreille	0,36 **	0,14 **	0,26 **	1,93 **
Hypertension artérielle	3,85 **	4,52 *	4,79 *	0,0
Maladies cardiaques	0,59 **	1,98 *	1,87 **	0,00
Grippe	1,77 **	3,0 *	1,91 **	3,79 *
Bronchite ou emphysème	0,10 **	0,39 **	0,59 **	0,23 **
Asthme	0,68 **	1,66 **	1,70 **	6,31 *
Rhinite allergique	3,79 **	4,53 *	5,85 *	1,75 **
Autres affections respiratoires	2,19 **	2,73 *	2,51 **	5,04 *
Autres allergies	2,92 **	4,13 *	2,81 **	2,57 **
Ulcères gastriques	1,80 **	1,53 **	1,17 **	0,00
Troubles digestifs fonctionnels	4,31 **	3,79 *	3,47 *	1,49 **
Autres troubles digestifs	1,36 **	0,56 **	0,14 **	0,0
Allergies ou affections cutanées	5,64 **	5,11	2,97 **	4,07 *
Arthrite ou rhumatisme	3,33 **	5,05	6,70 *	0,33 **
Maux de dos ou de la colonne	3,61 **	8,39	7,74 *	0,0
Autres maladies du système ostéo-articulaire	0,85 **	1,56 **	0,85 **	0,07 *
Lésions traumatiques et empoisonnements	4,96 **	4,01 *	2,36 **	3,39 *
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,85 **	0,70 **	0,85 **	0,11 **
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,25 **	1,31 **	1,16 **	0,11 **
Malaise et fatigue	0,33 **	2,04 *	1,32 **	0,05 **
Autre	4,84 **	5,91	4,36 *	6,07 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 9.8

Prévalence des problèmes de santé selon le statut d'immigrant, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendant et entrepreneur	Autres
	%	
Troubles mentaux	0,88 **	1,27 **
Troubles du sommeil	0,44 **	0,79 **
Périodes de grande nervosité	0,65 **	0,72 **
Troubles de la thyroïde	2,35 *	0,82 **
Diabète	1,91 *	2,16 *
Hypercholestérolémie	0,92 **	0,53 **
Anémie	2,69 *	1,88 *
Autres maladies du sang	0,02 **	0,25 **
Maux de tête	10,79	5,68
Maladies de l'œil	2,08 *	1,85 *
Maladies de l'oreille	0,26 **	0,90 *
Hypertension artérielle	4,06 *	2,79 *
Maladies cardiaques	1,50 **	1,23 **
Grippe	2,17 *	3,22 *
Bronchite ou emphysème	0,38 **	0,36 **
Asthme	1,28 **	3,83
Rhinite allergique	4,84	3,40 *
Autres affections respiratoires	2,74 *	3,38 *
Autres allergies	3,84 *	2,85 *
Ulcères gastriques	1,54 **	0,71 **
Troubles digestifs fonctionnels	3,05 *	3,49 *
Autres troubles digestifs	0,54 **	0,29 **
Allergies ou affections cutanées	3,72 *	4,88
Arthrite ou rhumatisme	4,66	3,83
Maux de dos ou de la colonne	6,80	4,87
Autres maladies du système ostéo-articulaire	0,65 **	1,19 **
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,48 *	3,69 *
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,71 **	0,51 **
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,79 **	1,03 **
Malaise et fatigue	1,47 **	0,96 **
Autre	4,76	6,18

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 9.9

Prévalence des problèmes de santé selon le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Aucune ou primaire	Secondaire ou postsecondaire	Universitaire
	%		
Troubles mentaux	1,91 **	2,16 **	1,58 **
Troubles du sommeil	1,36 **	0,50 **	2,89 **
Périodes de grande nervosité	0,93 **	0,97 **	1,01 **
Troubles de la thyroïde	4,77 **	1,67 **	1,28 **
Diabète	10,73 **	2,94 **	1,63 **
Hypercholestérolémie	3,91 **	0,98 **	0,10 **
Anémie	2,75 **	2,93 **	1,39 **
Autres maladies du sang	0,52 **	0,0	0,0
Maux de tête	7,89 **	11,11	12,06 *
Maladies de l'œil	3,28 **	1,97 **	1,67 **
Maladies de l'oreille	0,16 **	0,15 **	0,14 **
Hypertension artérielle	14,36 *	4,25 *	3,73 **
Maladies cardiaques	3,93 **	1,88 **	2,43 **
Grippe	2,93 **	1,42 **	1,92 **
Bronchite ou emphysème	0,0	0,44 **	0,32 **
Asthme	2,37 **	1,04 **	2,15 **
Rhinite allergique	2,89 **	6,84 *	6,27 *
Autres affections respiratoires	2,61 **	1,58 **	3,10 **
Autres allergies	3,98 **	2,84 **	5,62 *
Ulcères gastriques	1,13 **	1,71 **	2,63 **
Troubles digestifs fonctionnels	4,89 **	4,45 *	3,92 **
Autres troubles digestifs	0,0	0,49 **	0,86 **
Allergies ou affections cutanées	5,14 **	3,80 *	6,67 *
Arthrite ou rhumatisme	12,12 *	6,76 *	3,82 **
Maux de dos ou de la colonne	11,01 **	6,14 *	9,61 *
Autres maladies du système ostéo-articulaire	3,23 **	1,15 **	1,62 **
Lésions traumatiques et empoisonnements	4,10 **	3,11 **	2,79 **
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,95 **	0,88 **	1,34 **
Troubles urinaires ou maladies du rein	4,01 **	0,78 **	1,82 **
Malaise et fatigue	2,47 **	1,59 **	0,88 **
Autre	10,87 **	5,76 *	4,84 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

9.2.6 Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant à la nature des problèmes de santé

À structure démographique égale, l'ensemble des communautés culturelles étudiées se compare avantageusement à la population québécoise relativement aux problèmes de santé déclarés (tableau 9.5); en effet, à l'exception de l'anémie, plus répandue chez les groupes visés par l'étude (2,3 % c. 1,2 %), la majorité des autres problèmes de santé (20 sur 31) atteignent proportionnellement davantage la population de l'ensemble du Québec. Les diverses formes d'allergie (cutanées, rhinite, autres), les maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme, les lésions traumatiques, les autres affections du système respiratoire, les troubles mentaux, les périodes de grande nervosité, de même que les maux de tête (principal problème chez les Québécois aussi), constituent les problèmes qui présentent les différences les plus importantes entre les deux populations visées.

9.2.7 Accidents avec blessures

Les accidents ayant occasionné des blessures assez importantes pour justifier le recours à une consultation médicale ou ayant réduit l'autonomie fonctionnelle des victimes touchent une faible partie de la population étudiée (3,5 % et 3,4 % respectivement) (tableau 9.10). Ces proportions sont inférieures à celles observées dans la population québécoise (5,8 % et 5,4 %).

Par ailleurs, tant en ce qui concerne les accidents ayant requis une consultation médicale que sur le plan des accidents ayant occasionné des limitations d'activités, chacune des communautés prise séparément en présente des proportions inférieures à celles observées pour l'ensemble du Québec.

Tableau 9.10

Prévalence des accidents ayant occasionné des blessures selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Accidents ayant requis une consultation médicale	Accidents ayant occasionné des limitations d'activités
	%	
Chine	3,5 *	3,8 *
Haïti	3,1 *	3,3 *
Maghreb et Moyen-Orient	3,7 *	3,1 *
Pays hispanophones	3,4 *	3,7 *
Total - Communautés culturelles	3,5	3,4
Québec 1998 (données standardisée)	5,8	5,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Pour l'ensemble de la population visée, les accidents de la route, à l'école, pendant des activités de loisirs ou dans un lieu public surviennent à des fréquences semblables à celles observées chez les Québécois et dans des proportions plutôt faibles (à peine 1 %) (données non présentées). Quant aux accidents en milieu de travail ou à l'extérieur de la maison, la fréquence y est moindre que chez les Québécois (au travail : 0,6 % c. 1,4 %; à l'extérieur de la maison : 0,2 % c. 1,1 %). Enfin, la majorité des accidents rapportés (60 %) remontent à une période d'au moins trois mois (avant l'entrevue).

9.2.8 Communauté chinoise

▪ Nombre et durée des problèmes de santé

Un peu plus de la moitié (55 %) de la population chinoise étudiée ne rapporte aucun problème de santé tandis que le cinquième (20 %) en déclare au moins deux (tableau 9.11a).

La présence de problèmes de santé augmente à mesure que l'âge s'élève et l'accumulation d'au moins deux problèmes s'accroît de façon plus marquée : près du tiers (32 %) des Chinois âgés de plus de 45 ans sont atteints d'au moins deux problèmes de santé

comparativement au quinzième (7 %) chez les jeunes de 0 à 14 ans.

Environ le dixième (9 %) de la population chinoise visée déclare avoir des problèmes de courte durée seulement, et le sixième (15 %) souffre de plusieurs problèmes chroniques (tableau 9.11b). L'âge joue un rôle important, surtout en ce qui a trait à l'accumulation de problèmes de longue durée : leur proportion, de 1,6 % chez les moins de 15 ans, grimpe à 27 % chez les 45 ans et plus. La répartition du nombre et de la durée des problèmes de santé selon le sexe ne révèle pas de différences significatives

Outre l'âge, le statut d'activité et la date d'établissement au pays sont associés à la durée des problèmes de santé dans la population chinoise d'immigration récente; ainsi, les personnes à la retraite sont plus nombreuses à être atteintes de plusieurs problèmes de longue durée (43 %) que les étudiants (9 %) ou que celles détenant un emploi (17 %). Les personnes nées ici sont nettement moins nombreuses à souffrir de plusieurs problèmes de santé de longue durée que toutes les autres (1,3 % c. 14 % à 18 %).

Tableau 9.11a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Sexe			
Hommes	58,0	23,8	18,2
Femmes	52,5	26,2	21,3
Total – Communautés culturelles	55,3	24,9	19,7
Québec 1998 (données standardisées)	37,7	25,3	36,9
Groupe d'âge			
0-14 ans	70,0	22,9*	7,1**
15-24 ans	66,9	19,9*	13,3*
25-44 ans	52,5	27,3	20,2
45 ans et plus	41,2	26,6	32,2

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté chinoise.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 9.11b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Sexe				
Hommes	58,0	9,2 *	21,2	11,6 *
Femmes	52,5	9,1 *	20,8	17,5
Total – Communautés culturelles	55,3	9,2	21,0	14,5
Québec 1998 (données standardisées)	37,7	11,3	23,5	27,5
Groupe d'âge				
0-14 ans	70,0	16,7 *	11,7 *	1,6 **
15-24 ans	66,9	5,8 **	19,7 *	7,7 **
25-44 ans	52,5	9,1 *	23,0	15,5 *
45 ans et plus	41,2	5,9 **	26,2	26,7
Statut d'activité (15 ans et plus)				
Emploi	49,5	8,4 *	25,4	16,7
Études	62,2	7,7 **	21,2 *	9,0 **
Maison	47,1	5,0 **	25,0 *	22,9 *
Sans emploi	34,3 **	7,0 **	33,7 **	25,1 **
Retraite	40,1 *	3,7 **	13,5 **	42,6 *
Statut d'immigrant				
Indépendant et entrepreneur	55,4	6,9 *	23,5	14,3
Autres	55,5	13,5 *	15,9 *	15,1 *
Date d'arrivée (durée de séjour)				
Moins de 5 ans	46,6	11,1 **	28,6 *	13,8 **
5 à 9 ans	56,9	7,1 *	19,3	16,7
10 ans et plus	49,3	6,3 **	26,7 *	17,7 *
Nés au Canada	65,8	19,5 *	13,4 **	1,3 **

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté chinoise.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La communauté chinoise à l'étude se distingue de l'ensemble de la population québécoise tant par le nombre que par la durée des problèmes de santé. Les Chinois sont proportionnellement plus nombreux que les Québécois à ne pas connaître de problèmes de santé (55 % c. 38 %) et moins nombreux à en compter au moins deux (20 % c. 37 %) (tableau 9.11a). Ils sont également moins nombreux, en proportion, à déclarer plus d'un problème de longue durée (15 % c. 28 %) (tableau 9.11b).

- Principaux problèmes de santé

La rhinite allergique représente le principal problème de santé déclaré chez les Chinois des dernières vagues d'immigration (11 %). Viennent ensuite, les allergies ou affections cutanées (7 %), les maux de tête (6 %), les autres affections respiratoires (6 %), l'arthrite ou le rhumatisme (6 %), les troubles digestifs fonctionnels (5 %), les autres allergies (4,5 %), l'hypertension artérielle (4,5 %), les lésions traumatiques (4,1 %) et les maladies de l'œil (4,1 %) (tableau 9.15).

La fréquence des principaux problèmes de santé affectant la population chinoise d'immigration récente est en grande majorité soit équivalente, soit inférieure à celle de ses homologues de l'ensemble du Québec. Les maux de tête, l'arthrite ou le rhumatisme, les autres allergies et les lésions traumatiques touchent les Chinois à un degré moindre en comparaison des Québécois (6 % c. 12 %, 6 % c. 10 %, 5 % c. 11 %, 4 % c. 8 %). Parmi les autres problèmes ayant une prévalence plus faible dans la communauté chinoise visée que dans l'ensemble du Québec on peut mentionner les maux de dos ou de la colonne (2,6 % c. 10 %), l'asthme (0,9 % c. 5 %) et les troubles mentaux (0,4 % c. 4,0 %).

9.2.9 Communauté haïtienne

• Nombre et durée des problèmes de santé

Environ les deux tiers (65 %) de la communauté haïtienne ne rapporte aucun problème de santé, et le septième (15 %) en déclare au moins deux (tableau 9.12a). La déclaration de problèmes de santé diffère selon le sexe et l'âge : les hommes exempts de problème de santé sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les femmes (73 % c.

59 %). Pour ce qui est de l'âge, la présence de plusieurs problèmes de santé croît en vieillissant : leur importance passe de 6 % chez les plus jeunes, à 33 % chez les plus âgés; quant à l'absence totale de problèmes, elle diminue (de 81 % chez les moins de 15 ans, à 37 % chez les 45 ans et plus).

En ce qui a trait à la durée des problèmes de santé, la population haïtienne déclare dans une moindre proportion des problèmes de courte durée seulement (9 %) qu'un seul problème de longue durée (15%), mais environ autant pour ce qui est de plusieurs problèmes de longue durée (11 %) (tableau 9.12b). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter plusieurs problèmes de longue durée (5 % c. 16 %). Les problèmes de longue durée (un ou plusieurs) s'imposent de plus en plus à mesure que l'âge avance, surtout après 25 ans.

Les retraités haïtiens sont, par ailleurs, proportionnellement plus nombreux que les étudiants ou les personnes détenant un emploi à avoir déclaré plusieurs problèmes de longue durée (48 % c. 12 % et 14 % respectivement).

Tableau 9.12a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté haïtienne, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Sexe			
Hommes	73,4	16,0	10,6 *
Femmes	58,6	23,1	18,2
Total – Communautés culturelles	65,3	19,9	14,8
Québec 1998 (données standardisées)	41,9	25,9	32,2
Groupe d'âge			
0-14 ans	81,2	12,7 *	6,1 *
15-24 ans	71,1	21,8 *	7,1 **
25-44 ans	57,0	23,1	19,9
45 ans et plus	36,8	30,2 *	33,0

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté haïtienne.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 9.12b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté haïtienne 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Sexe				
Hommes	73,4	8,4 *	12,8 *	5,4 *
Femmes	58,6	9,5 *	15,9	16,0
Total – Communautés culturelles	65,3	9,0	14,5	11,2
Québec 1998 (données standardisées)	41,9	13,0	22,4	22,7
Groupe d'âge				
0-14 ans	81,2	9,5 *	7,2 *	2,1 **
15-24 ans	71,1	7,0 **	17,1 *	4,8 **
25-44 ans	57,0	9,5 *	16,7	16,7
45 ans et plus	36,8	8,0 **	26,7 *	28,5 *
Statut d'activité (15 ans et plus)				
Emploi	57,7	10,7 *	17,5 *	14,1 *
Études	60,9	6,3 **	20,5 *	12,3 **
Maison	43,8	9,8 **	22,8 *	23,7 *
Sans emploi	55,8 *	6,9 **	16,7 **	20,6 **
Retraite	30,8 **	0,0	20,9 **	48,3 **
Statut d'immigrant				
Indépendant et entrepreneur	62,2	6,9 **	16,9 *	14,0 *
Autres	66,0	9,7	13,9	10,4
Date d'arrivée (durée de séjour)				
Moins de 5 ans	61,2	7,2 **	18,7 *	12,9 **
5 à 9 ans	60,4	9,4 *	17,3	12,9 *
10 ans et plus	57,8	8,2 **	14,9 *	19,2 *
Nés au Canada	78,4	10,9 *	7,8 **	2,9 **

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté haïtienne.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, les personnes nées ici sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à déclarer au moins deux problèmes de longue durée (2,9 % c. 13 % à 19 %), et elles le sont nettement plus à n'en rapporter aucun que celles venues s'installer au pays depuis au moins cinq ans (78 % c. 58 % à 60 %).

La comparaison établie entre la communauté haïtienne d'immigration récente et la population de l'ensemble du Québec révèle que ses membres se perçoivent moins touchés par des problèmes de santé car la grande majorité n'en déclare aucun (environ 65 % c. 42 % pour le Québec). De plus, ils sont proportionnellement moins affectés par un ou

plusieurs problèmes de santé et ce, peu importe leur durée (problèmes de courte durée seulement : 9 % c. 13 %; un seul problème de longue durée : 15 % c. 22 %; plusieurs problèmes de longue durée : 11 % c. 23 %) (tableaux 9.12a et 9.12b).

▪ Principaux problèmes

Les principaux problèmes rapportés par la population haïtienne d'immigration récente sont les maux de tête et de dos ou de la colonne (6 %), l'arthrite ou le rhumatisme (5 %), les allergies ou affections cutanées (4,9 %), l'anémie (3,9 %) et l'hypertension artérielle (3,9 %) (tableau 9.15). À l'exception de

l'anémie, plus répandue chez les Haïtiens (3,9 % c. 1,2 %), la population haïtienne se compare avantageusement par rapport à celle de l'ensemble du Québec : les maux de tête et les allergies ou affections cutanées sont notamment moins présents, toutes proportions gardées, que dans l'ensemble du Québec (6 % c. 10 %; 4,9 % c. 10 %).

9.2.10 Communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient

■ Nombre et durée des problèmes de santé

La grande majorité de la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient (61 %) n'a rapporté aucun problème de santé, tandis que le cinquième (21 %) en a déclaré un seul (tableau 9.13a).

Les femmes originaires de cette région semblent être atteintes en plus forte proportion que les hommes par plus d'un problème de santé (21 % c. 14 %), et elles tendent à être proportionnellement moins nombreuses

à ne rapporter aucun problème de santé (58 % c. 64 %).

Comme c'est le cas pour les autres communautés, la présence de problèmes de santé augmente avec l'âge : plus du tiers (35 %) de la population visée âgée de plus de 45 ans souffre d'au moins deux problèmes de santé comparativement au dixième (10 %) chez les moins de 15 ans (tableau 9.13a); en ce qui concerne l'absence de problèmes de santé, elle est beaucoup plus fréquente chez les jeunes de moins de 15 ans que chez les 45 ans et plus (73 % c. 36 %).

À peu près autant de personnes sont touchées par des problèmes de courte durée seulement (13 %) que par un seul problème de longue durée (15 %) ou par plusieurs problèmes de longue durée (11 %) (tableau 9.13b).

Tableau 9.13a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Sexe			
Hommes	64,4	22,1	13,6
Femmes	58,4	20,7	20,9
Total – Communautés culturelles	61,4	21,4	17,2
Québec 1998 (données standardisées)	41,5	26,0	32,5
Groupe d'âge			
0-14 ans	73,2	16,9	9,9*
15-24 ans	66,8	19,5*	13,6**
25-44 ans	61,2	22,2	16,6
45 ans et plus	35,8	29,6	34,7

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 9.13b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Sexe				
Hommes	64,4	14,4	13,4	7,9 *
Femmes	58,3	10,5 *	17,3	13,9
Total – Communautés culturelles	61,4	12,5	15,3	10,9
Québec 1998 (données standardisées)	41,5	12,5	22,9	23,1
Groupe d'âge				
0-14 ans	73,2	15,5 *	7,4 *	3,9 **
15-24 ans	66,8	14,1 *	14,7 *	4,4 **
25-44 ans	61,0	9,4 *	17,5	12,2 *
45 ans et plus	35,8	12,0 *	25,9 *	26,3 *
Statut d'activité (15 ans et plus)				
Emploi	56,2	13,9 *	18,2	11,8 *
Études	66,9	11,7 **	15,1 *	6,3 **
Maison	44,7	5,1 **	25,2 *	25,1 *
Sans emploi	56,6 *	8,4 **	13,9 **	21,1 **
Retraite	33,6 **	7,9 **	28,3 **	30,3 **
Statut d'immigrant				
Indépendant et entrepreneur	58,5	12,4	17,4	11,7
Autres	65,5	12,5 *	12,4 *	9,6 *
Date d'arrivée (durée de séjour)				
Moins de 5 ans	69,2	8,2 **	15,0 **	7,7 **
5 à 9 ans	54,2	13,9	16,2	15,7
10 ans et plus	59,4	9,9 *	20,5 *	10,3 *
Nés au Canada	72,5	14,6 *	9,0 **	3,8 **

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La prévalence d'un problème de longue durée tend à croître avec l'âge passant de 7 % chez les 0-14 ans à 26 % chez les 45 ans et plus. Un écart s'observe également entre les moins de 25 ans et les 45 ans et plus relativement à la prévalence d'au moins deux problèmes de longue durée (4,4 % c. 26 %).

Les personnes nées ici se démarquent des immigrants établis au pays depuis une période de cinq à neuf ans car, d'une part, elles sont moins fréquemment affligées de plusieurs problèmes de longue durée (3,8 % c. 16 %) et, d'autre part, elles sont en plus forte proportion exemptes de problèmes de santé (73 % c. 54 %).

Au chapitre du statut d'activité, une différence à mentionner : les étudiants sont nettement moins sujets à souffrir de plusieurs problèmes de longue durée que les personnes qui tiennent maison (6 % c. 25 %).

La communauté d'immigrants récents en provenance du Maghreb et du Moyen-Orient se distingue de l'ensemble de la population québécoise à plus d'un égard : toutes proportions gardées, elle est plus encline à ne déclarer aucun problème de santé (61 % c. 42 %), et moins susceptible de rapporter plus d'un problème (17 % c. 33 %) (tableau 9.13a). Quant à la durée des problèmes de santé, ceux de longue durée,

peu importe leur nombre, avantaient encore une fois cette communauté : leur prévalence est moins élevée surtout en ce qui concerne le fait d'en avoir mentionné plusieurs (11 % c. 23 %) (tableau 9.13b).

- Principaux problèmes de santé

Les maux de tête sont de loin le principal problème de santé rapporté par les immigrants en provenance des pays arabophones (9 %), suivis des maux de dos ou de la colonne (6 %), des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (3,5 %) et des lésions traumatiques (3,7 %) (tableau 9.15); s'y ajoutent un ensemble d'autres problèmes d'importance semblable (3 %) : grippe, hypertension artérielle, asthme, allergies ou affections cutanées, autres allergies et rhinite allergique.

La prévalence des principaux problèmes de santé déclarés par la population de cette communauté est inférieure ou tout au moins comparable à celle de leurs homologues québécois : les maux de tête et de dos ou de la colonne, l'hypertension artérielle et la grippe sont comparables dans les deux groupes. Par contre, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, d'asthme, les lésions traumatiques et plusieurs sortes d'allergies (rhinite, affections cutanées, autres) affectent moins la population en provenance des pays arabophones. Enfin, les autres affections respiratoires

seraient davantage répandues dans l'ensemble des Québécois (6 % c. 2,3 %), tout comme les troubles mentaux (3,4 % c. 0,5 %).

9.2.11 Communauté hispanophone

- Nombre et durée des problèmes de santé

Plus de la moitié (58 %) de la population hispanophone visée par l'étude n'a déclaré aucun problème de santé et des proportions équivalentes ont rapporté un seul (22 %) ou plusieurs problèmes (20 %) (tableau 9.14a) Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer plusieurs problèmes de santé (25 % c. 16 %). Cette proportion augmente avec l'âge tout comme pour les autres communautés. Ainsi, presque une personne sur deux (46 %) âgée de plus de 45 ans déclare au moins deux problèmes de santé, comparativement à une personne sur dix (9 %) chez les moins de 15 ans.

Les personnes touchées par un seul problème de longue durée sont en plus grande proportion que celles affectées par des problèmes de courte durée seulement (17 % c. 11 %) (tableau 9.14b). Les femmes, par ailleurs, rapportent plus fréquemment que les hommes (18 % c. 10 %) plusieurs problèmes de longue durée.

Tableau 9.14a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun	Un	Au moins deux
	%		
Sexe			
Hommes	60,5	23,3	16,2
Femmes	55,0	20,6	24,5
Total – Communautés culturelles	57,8	21,9	20,3
Québec 1998 (données standardisées)	42,6	26,3	31,2
Groupe d'âge			
0-14 ans	69,7	21,1	9,1 *
15-24 ans	70,4	16,7 *	12,9 *
25-44 ans	51,9	23,4	24,7
45 ans et plus	28,6	25,7 *	45,7

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté hispanophone.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 9.14b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Au moins deux problèmes de longue durée
	%			
Sexe				
Hommes	60,5	12,7	16,8	9,9*
Femmes	55,0	10,0*	17,3	17,7
Total – Communautés culturelles	57,8	11,4	17,1	13,8
Québec 1998 (données standardisées)	42,6	13,1	22,7	21,7
Groupe d'âge				
0-14 ans	69,7	13,2*	13,6	3,5**
15-24 ans	70,4	12,6**	9,1**	8,0**
25-44 ans	51,9	10,0*	20,5	17,6
45 ans et plus	28,6	9,0**	25,5*	36,9
Statut d'activité (15 ans et plus)				
Emploi	48,5	12,0*	20,5	19,0
Études	68,7	8,8**	14,3*	8,2**
Maison	35,2*	12,1**	20,7*	32,1*
Sans emploi	46,3*	4,7**	23,4**	25,7*
Retraite	19,3**	9,5**	13,9**	57,2**
Statut d'immigrant				
Indépendant et entrepreneur	49,0	13,5*	21,8	15,7*
Autres	60,9	10,6	15,5	13,0
Date d'arrivée (durée de séjour)				
Moins de 5 ans	59,4	11,9**	11,7**	17,0**
5 à 9 ans	50,4	11,7*	21,7	16,3
10 ans et plus	54,2	10,0*	16,5	19,2
Nés au Canada	69,2	12,8*	15,2*	2,8**

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté hispanophone.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les variations de la durée des problèmes de santé selon l'âge font ressortir la même association que celle remarquée dans les autres communautés : plus on avance en âge, plus le nombre et la durée des problèmes de santé augmentent. Cette relation est particulièrement illustrée en ce qui concerne les personnes touchées par plusieurs problèmes de santé chroniques : leur proportion passe de 3,5 % chez les personnes de 0-14 ans à 37 % chez les personnes de 45 ans et plus.

Le statut d'activité, la date d'arrivée au pays de même que le statut d'immigrant sont reliés au nombre et à la durée des problèmes de santé chez la communauté hispanophone d'immigration récente.

Les indépendants et entrepreneurs sont ainsi proportionnellement moins nombreux que les autres à n'avoir rapporté aucun problème de santé (49 % c. 61 %). Comparées à toutes les autres, les personnes nées ici sont en très faible proportion touchées par plusieurs problèmes de santé chroniques (2,8 % c. 16 % à 19 %). Enfin, les étudiants sont plus susceptibles de n'avoir aucun problème de santé que tous les autres (69 % c. 19 % à 49 %), et moins sujets à souffrir de plusieurs problèmes de longue durée que les personnes tenant maison (8 % c. 32 %) ou à la retraite (8 % c. 57 %). Ces dernières sont, à leur tour, plus fréquemment atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques que les personnes détenant un emploi (57 % c. 19 %).

Mis à part les problèmes de courte durée, équivalents entre la communauté hispanophone visée et l'ensemble de la population québécoise (11 % c. 13 %), le nombre et la durée des problèmes de santé favorisent davantage cette communauté : l'absence de problèmes de santé y est plus élevée (58 % c. 43 %), et les problèmes de longue durée, indépendamment de leur nombre, sont moins importants (17 % c. 23 % pour un seul problème chronique; 14 % c. 22 % pour plusieurs problèmes chroniques) (tableaux 9.14a et 9.14b).

▪ Principaux problèmes de santé

Les maux de tête et de dos ou de la colonne figurent en tête de liste parmi les principaux problèmes affectant la population hispanophone d'immigration récente (9 % et 7 % respectivement) (tableau 9.15). Viennent ensuite, dans des proportions comparables (3,5 % à 4,7 %), les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, les autres allergies et l'hypertension artérielle.

Tableau 9.15

Prévalence des problèmes de santé selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Total	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen- Orient	Pays hispanophones
	%				
Troubles mentaux	1,1 *	0,4 **	1,2 **	0,5 **	2,3 *
Troubles du sommeil	0,6 **	0,0	0,2 **	0,7 **	1,1 **
Périodes de grande nervosité	0,7 **	0,6 **	1,4 **	0,2 **	1,3 **
Troubles de la thyroïde	1,5 *	1,1 **	0,5 **	1,9 **	1,7 **
Diabète	2,1 *	2,1 **	2,6 *	1,8 **	2,2 *
Hypercholestérolémie	0,7 **	0	0,1 **	0,8 **	1,3 **
Anémie	2,3	1,6 **	3,9 *	2,0 **	2,0 *
Autres maladies du sang	0,1 **	0,0	0,1 **	0,3 **	0,0
Maux de tête	8,1	5,7 *	6,3	8,8	9,0
Maladies de l'œil	1,9 *	4,1 *	2,2 **	1,0 **	2,4 *
Maladies de l'oreille	0,6 **	0,1 **	0,4 **	0,8 **	0,6 **
Hypertension artérielle	3,4	4,5 *	3,9 *	3,0 *	3,5 *
Maladies cardiaques	1,3 *	1,7 **	0,8 **	1,3 **	1,6 **
Grippe	2,8	0,3 **	2,9 *	3,1 *	3,3 *
Bronchite ou emphysème	0,4 **	0,2 **	0,2 **	0,3 **	0,8 **
Asthme	2,6	0,9 **	2,6 *	3,0 *	2,9 *
Rhinite allergique	4,0	11,0	2,5 *	2,7 *	4,3 *
Autres affections respiratoires	3,1	5,7 *	1,9 **	2,3 *	4,2 *
Autres allergies	3,3	4,5 *	2,2 **	3,1 *	3,8 *
Ulcères gastriques	1,1 *	0,8 **	1,4 **	0,9 **	1,2 **
Troubles digestifs fonctionnels	3,3	5,3 *	3,0 *	2,4 *	4,2 *
Autres troubles digestifs	0,4 **	1,3 **	0,0	0,2 **	0,6 **
Allergies ou affections cutanées	4,4	6,9	4,9 *	3,4 *	4,7 *
Arthrite ou rhumatisme	4,2	5,5 *	5,1 *	3,5 *	4,2 *
Maux de dos ou de la colonne	5,7	2,6 *	6,2 *	5,8 *	6,6
Autres maladies du système ostéo-articulaire	0,9 *	0,6 **	0,8 **	0,9 **	1,2 **
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,6	4,1 *	3,4 *	3,7 *	3,2 *
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,6 **	0,3 **	0,5 **	0,4 **	1,3 **
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,9 *	0,5 **	0,7 **	0,6 **	1,8 **
Malaise et fatigue	1,2 *	0,4 **	1,4 **	1,6 **	0,6 **
Autre	5,5	4,9 *	4,9 *	5,2 *	6,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

À l'exception de la rhinite allergique, des allergies ou affections cutanées, des autres formes d'allergie et des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, moins fréquents dans la communauté hispanophone visée par l'étude que dans l'ensemble des Québécois, tous les autres principaux problèmes de santé sont d'une importance semblable dans les deux populations. Toutefois, les lésions traumatiques et l'asthme qui figurent parmi les principaux problèmes de santé chez les Québécois demeurent moins répandus chez les hispanophones.

Conclusion

Vue d'ensemble et pistes de recherche

▪ Nombre et durée des problèmes de santé

Deux personnes sur cinq (40 %) ont rapporté au moins un problème de santé. Une plus forte proportion de femmes et de personnes de 45 ans et plus déclarent plusieurs problèmes de santé. En outre, les femmes sont plus susceptibles de souffrir de plusieurs problèmes chroniques et, pour les deux sexes, la présence de ces derniers croît avec l'âge. Les problèmes de courte durée, quant à eux, touchent à peu près également les deux sexes et concernent le neuvième de la population en moyenne.

Outre l'âge et le sexe, d'autres caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont liées au nombre et à la durée des problèmes de santé, telles que la scolarité, le statut d'activité, le temps écoulé depuis l'établissement au pays d'accueil et le statut d'immigrant. Par contre, aucune différence significative n'a été observée relativement à l'appartenance à une catégorie professionnelle. Les personnes faiblement ou non scolarisées (niveau primaire ou moins), celles tenant maison ou à la retraite, les immigrants ayant le statut de réfugié, de parrainé, d'indépendant ou d'étudiant, ainsi que les membres des ménages nés à l'étranger sont les plus touchés par plusieurs problèmes de longue durée.

Un seul point en commun ressort de la comparaison de l'ensemble des communautés culturelles visées dans cette étude, avec la population québécoise : les deux populations sont affectées dans des proportions similaires par des problèmes de courte durée. Dans tous les autres cas, les communautés culturelles affichent un meilleur profil : d'une part, l'absence de problèmes de santé y est proportionnellement beaucoup plus fréquente et, d'autre part, les problèmes de longue durée sont d'une moindre importance.

▪ Principaux problèmes de santé

Les maux de tête et de dos ou de la colonne sont manifestement les principaux problèmes de santé rapportés par l'ensemble des communautés culturelles visées. S'y ajoutent, les allergies ou affections cutanées, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, la rhinite allergique et les lésions traumatiques, dans des proportions très voisines. Toutes proportions gardées, les hommes sont davantage affectés par les lésions traumatiques, mais les femmes sont atteintes plus souvent de maux de tête, d'arthrite ou de rhumatisme, de diverses formes d'anémie et de troubles thyroïdiens. Par ailleurs, à chaque groupe d'âge correspondent assez souvent des problèmes de santé particuliers. Chez les jeunes de moins de 15 ans, par exemple, l'asthme et les autres affections respiratoires, les lésions traumatiques, la grippe et les allergies ou affections cutanées dominant. Chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, les maux de dos ou de la colonne apparaissent, tandis que les maux de tête, l'anémie et, dans une moindre mesure, les allergies ou affections cutanées, connaissent une poussée importante par rapport aux problèmes touchant le groupe d'âge précédent. Les lésions traumatiques et la rhinite allergique demeurent, tout de même, des problèmes assez fréquents quoique l'asthme perde du terrain. Chez les adultes de 25 à 44 ans, l'importance de plusieurs problèmes déjà présents chez leurs cadets ne fait que s'accroître; il s'agit de l'arthrite ou du rhumatisme, des maux de tête, de dos ou de la colonne, des rhinites et autres

allergies, des troubles digestifs fonctionnels, pour ne citer que les problèmes les plus importants. Les lésions traumatiques diminuent tandis que l'anémie se maintient. Enfin, chez les plus âgés (au moins 45 ans), l'hypertension artérielle, l'arthrite ou le rhumatisme se situent au premier plan, suivis des maux de tête, de dos ou de la colonne et du diabète. S'ajoutent à cette liste les maladies cardiaques, les maladies de l'œil et les troubles digestifs fonctionnels, pour n'énumérer que quelques-uns des problèmes affligeant cette tranche d'âge.

Dans l'ensemble, les immigrants récents visés par l'étude se portent mieux que la population québécoise si l'on se base sur la fréquence des principaux problèmes de santé chez les deux groupes. Mise à part l'anémie — plus répandue chez le premier groupe même si sa prévalence est relativement faible — la majorité des autres problèmes de santé déclarés frappent davantage le second. En effet, qu'il s'agisse des différentes formes d'allergie, des problèmes ostéo-articulaires, des maux de tête ou des troubles psychologiques (troubles mentaux, périodes de grande nervosité), la prévalence est supérieure dans l'ensemble des Québécois.

D'une manière générale, la comparaison de chacune des communautés culturelles avec la population québécoise dans son ensemble aboutit aux mêmes constats que l'analyse comparative globale. Chacun des groupes visés est, en fait, en meilleure santé que la population de l'ensemble du Québec. D'abord, dans toutes les communautés, la proportion de personnes n'ayant rapporté aucun problème de santé est clairement supérieure à celle de l'ensemble du Québec. À part cette constatation, la communauté haïtienne est celle dont les écarts par rapport à ce dernier semblent être les plus prononcés. Elle est, en fait, la seule dont le nombre ou la durée des problèmes de santé sont, à l'échelle relative toujours, inférieurs à ceux du Québec et pour laquelle l'absence de problèmes de santé déclarés semble être plus fréquente. Quant aux communautés originaires des pays arabophones et hispanophones, elles ressemblent à la population québécoise sur un seul point : elles ont

chacune une proportion équivalente à celle du Québec pour ce qui est des personnes présentant des problèmes de courte durée. Par contre, la prévalence de problèmes chroniques y est moindre. Enfin, dans la communauté chinoise d'immigration récente, seuls les nombreux problèmes de longue durée ont une importance inférieure à celle du Québec, les problèmes de courte durée et la présence d'un seul problème chronique étant semblables.

Au chapitre des principaux problèmes de santé, ils varient d'une communauté à l'autre bien qu'ils soient quelque peu répétitifs. Par ailleurs, il faut mentionner que la prévalence du principal problème déclaré s'établit à 11 % chez les Chinois, à 6 % chez les Haïtiens et à 9 % dans les deux autres communautés visées. Chez les Chinois, la rhinite allergique occupe le premier rang alors que dans les trois autres communautés, ce sont les maux de tête. Suivent les allergies ou affections cutanées chez les Chinois et les maux de dos ou de la colonne dans les trois autres groupes.

Comparativement à la population québécoise, la majorité des principaux problèmes de santé rapportés par les communautés étudiées se révèlent d'une importance moindre ou tout au plus équivalente. Une seule exception au tableau : l'anémie, plus fréquente chez les Haïtiens que chez les Québécois.

Au chapitre des accidents avec blessures, ils se produisent un peu moins souvent dans la population visée. En général, la fréquence du lieu d'accident déclaré (route, école, intérieur de la maison, lieu de loisir, lieu public) est semblable dans les communautés culturelles visées et la population québécoise, à l'exception des accidents en milieu de travail ou à l'extérieur de la maison qui sont un peu plus fréquents chez les Québécois.

Les principaux résultats de la présente étude, surtout ceux découlant de la comparaison avec la population québécoise, confirment l'effet de la sélection d'immigrants en bonne santé, une constatation valable autant pour le Canada qu'ailleurs (États-Unis,

Australie). La Loi sur l'immigration du Canada privilégie l'accueil de candidats en bonne santé. Avant même d'être admis au pays, les candidats éventuels sont soumis à un dépistage médical visant à s'assurer qu'ils ne sont atteints d'aucun problème de santé grave. L'*Enquête nationale sur la santé de la population*, réalisée au Canada en 1994-1995, révèle que les immigrants nés ailleurs qu'en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande ou aux États-Unis et établis au pays depuis moins de 10 ans sont plus susceptibles de n'avoir aucun problème de santé chronique que la population canadienne (63 % c. 43 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus) (Chen et autres, 1996). Plusieurs conditions chroniques (troubles articulaires, allergies, maux de tête, asthme, maladies du cœur ou accidents vasculaires cérébraux, bronchite) sont, toutes proportions gardées, moins fréquentes chez ce groupe d'immigrants que chez les Canadiens. Les différences entre les deux populations s'estompent dès que la durée de résidence est supérieure à 10 ans. Les résultats de la présente étude ne corroborent pas ce dernier résultat, même si les individus inclus dans cette catégorie représentent le quart (24 %) de la population visée. Il faut mentionner que la durée de résidence pour ces personnes était d'environ 12 à 13 ans, donc fort probablement inférieure à celle correspondant aux immigrants de vieille date. D'autre part, les « non-Européens » proviennent d'un plus grand nombre de pays que ceux qui ont été ciblés par la présente étude et appartiennent à davantage de communautés culturelles. Cet état de fait n'invalide pas pour autant la comparaison puisque les résultats de la présente étude, fondés sur un nombre restreint de communautés culturelles, attestent des faits déjà observés dans des ensembles plus vastes.

Les données de l'*Enquête Santé Québec 1987* confirmaient ces faits : les immigrants récents (établis au pays depuis 1980) avaient une meilleure santé en général que les Québécois d'origine, tandis que ceux établis avant 1980 ne différaient pas des Québécois de façon significative (Cousineau, 1990a). De la même enquête, il ressortait aussi que pour 85 % des

maladies les immigrants n'éprouvaient pas de problèmes de santé plus souvent que le reste de la population (Cousineau, 1990b). Les deux groupes ne se démarquaient pas clairement au chapitre des maladies cardiovasculaires, des troubles mentaux et des traumatismes, mais les immigrants mentionnaient deux fois moins d'affections des voies respiratoires. Des résultats semblables ont été obtenus aux États-Unis dans le cadre d'une enquête nationale sur la santé menée en 1989-1990 (Stephen et autres, 1994), et en Australie (Donovan et autres, 1992).

Les données de la présente étude révèlent une certaine polarisation dans le sens où les différences entre l'ensemble des communautés culturelles et la population québécoise sont plus marquées aux valeurs « extrêmes » du continuum de l'état de santé. Ainsi, l'absence de problèmes de santé chez les uns contraste avec le cumul de plusieurs problèmes de santé, surtout ceux de longue durée, chez les autres. Il serait alors souhaitable de pousser davantage cette analyse auprès des groupes dont l'état de santé se situe aux antipodes du continuum.

L'étude comparative entre la population visée et celle du Québec, aussi utile soit-elle dans un premier temps, incite à se poser la question suivante : « Est-ce que les différences observées persisteraient si l'on comparait les communautés culturelles aux Québécois résidant dans les mêmes régions que la population visée ? » Ces deux groupes résisteraient mieux à une comparaison puisqu'ils seraient exposés au même environnement, organisationnel ou physique. On sait, par exemple, que la répartition des services de santé des zones urbaines diffère de celle des zones rurales du Québec. Comme le système de santé constitue un déterminant de l'état de santé parmi d'autres, on peut estimer qu'une telle comparaison serait justifiée. Il en va de même pour l'environnement physique : la qualité de l'air, par exemple, est meilleure dans les territoires ruraux que dans les régions urbaines, fortement industrialisées, donc plus polluées.

Bon nombre de relations entre l'état de santé (mesuré par le nombre et la durée des problèmes de santé ou

la nature de ces problèmes) et les caractéristiques de la population visée découlent en bonne partie de l'âge. Il faudrait donc replacer cette analyse dans un contexte multifactoriel et éprouver la persistance des relations observées en présence de plusieurs caractéristiques simultanément (y compris l'âge). Il y aurait encore lieu de fusionner les données de la présente étude et celles concernant l'ensemble du Québec en 1998 et d'approfondir la comparaison entre ces deux populations aussi bien à l'échelle globale qu'à l'échelle de sous-ensembles précis. Les membres des ménages visés nés ici, par exemple, affichent un profil de santé très enviable; serait-ce en raison de leur jeune âge, d'une meilleure intégration au milieu d'accueil que celle de leurs parents ou d'autres facteurs considérés dans le cadre de la présente étude? En outre, les groupes d'immigrants accueillis se répartissent en trois grandes catégories. Celles-ci répondent aux objectifs de l'immigration canadienne, à savoir les indépendants (travailleurs autonomes, investisseurs et retraités détenteurs de capitaux), les parrainés (conjoints, enfants, grands-parents, etc.) et les réfugiés (personnes fuyant les guerres et la persécution). Or, l'expérience migratoire varie considérablement d'une catégorie à l'autre, autant avant le départ du pays d'origine qu'après l'arrivée ici. Donc, au-delà des différences culturelles, il y aurait lieu de s'attarder à une analyse des données en fonction de ces catégories.

La présente analyse porte avant tout sur l'importance des problèmes de santé suivant quelques caractéristiques sociodémographiques de la population visée. D'autres chapitres du présent rapport examinent le recours aux services de santé ou l'utilisation des réseaux informels propres à chaque culture. D'autres études pourraient s'intéresser aux problèmes de santé et à la consommation des médicaments en tenant compte de l'héritage culturel de chacune des communautés visées. Pareille étude de la relation entre les principaux problèmes de santé et les habitudes de vie, les comportements ou la perception de l'état de santé permettrait de mieux définir les actions à entreprendre en matière de promotion de la santé.

L'analyse des problèmes de santé dans la population étudiée a porté sur chaque problème distinct; or, des proportions importantes de personnes des communautés étudiées ayant des caractéristiques particulières (personnes tenant maison, retraitées, sans emploi, immigrants ayant le statut de réfugié ou de parrainé) éprouvent plusieurs problèmes, surtout de longue durée. Il serait alors intéressant d'exploiter les données de l'enquête sous l'angle de la présence simultanée de multiples problèmes.

Établir une comparaison de l'état de santé entre les groupes ethnoculturels visés ne faisait pas partie du plan d'analyse de l'étude. Toutefois, il a été clairement confirmé que le facteur ethnoculturel joue un rôle important pour l'étude des variations notées dans l'état de santé des groupes d'individus. Des écarts intergroupes peuvent s'expliquer par des pratiques alimentaires, croyances diverses, comportements de recherche d'aide, stratégies d'adaptation au stress et modes d'utilisation des services de santé, bref, par l'interaction complexe entre les bagages génétiques et diverses pratiques fondées sur la culture (Palinkas, 1987), et ce, à niveau socioéconomique égal. Dans un tel cadre, il serait souhaitable de réaliser des études comparatives entre les groupes visés par l'étude, dans le but de mieux comprendre les différences ou les similitudes quant aux problèmes de santé abordés ici.

Compte tenu des limites inhérentes à une étude de nature transversale, il serait approprié de réfléchir à la mise en place d'une enquête longitudinale et de rééditer l'étude auprès des mêmes communautés culturelles dans quelques années afin de mieux saisir certains aspects de l'évolution de leur état de santé.

Éléments de réflexion pour la planification

La présente étude est la première au Québec consacrée à des groupes ethnoculturels précis. Ces données amorcent un projet visant à mieux connaître leur état de santé et à répondre en partie au besoin exprimé après la publication des résultats de l'enquête québécoise de 1987. Les données de ce

chapitre fournissent aux planificateurs en matière de santé un premier aperçu des principaux problèmes touchant ces populations. La comparaison avec les données normalisées du Québec en 1998 met en évidence l'écart qui sépare les deux populations et qui favorise les groupes visés. Les critères de sélection imposés par la Loi sur l'immigration canadienne peuvent expliquer bon nombre des écarts observés et surtout le bon état de santé des immigrants. Étant donné que l'étude était consacrée à des cohortes d'immigrants récents, la durée de séjour au pays ne suffisait pas à valider les résultats obtenus ailleurs. En effet, on n'a pas constaté un état de santé variant en fonction de la durée de séjour au pays (pour les personnes qui ne sont pas nées ici). Un séjour prolongé influe sur les immigrants ayant plus de 10 ans dans le pays d'accueil. L'un des défis que doit relever le planificateur en matière de santé est de conserver le bon état de santé des immigrants après leur installation au pays. Les priorités à établir à partir des résultats observés ici ne constituent pas une tâche facile. Pour accroître les chances de réussite du projet, il faudrait intégrer aux programmes de promotion, et ce, depuis leur conception, des éléments propres à chaque groupe ethnoculturel ciblé. Une telle démarche sera fructueuse dans la mesure où les communautés culturelles visées y participeront.

Un deuxième défi consiste à instaurer un système de surveillance de l'état de santé des communautés culturelles, en commençant par celles visées lors de la présente étude, afin d'assurer un suivi dans le temps. À la rigueur, ce système pourrait s'intégrer dans un système plus global, visant l'ensemble de la population québécoise. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, un tel système prend tout son sens à condition qu'il soit alimenté de façon régulière par des données pertinentes provenant de sources fiables. À la limite, il permettrait de comparer l'évolution de l'état de santé des immigrants à celle de la population de leur pays d'origine.

Bibliographie

CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995, Rapports sur la santé*, Canada, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, vol. 7, n° 4, p. 4-50.

COUSINEAU, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?* Québec, Les Publications du Québec, 54 p.

COUSINEAU, D. (1990a). « Étude d'un indice de santé globale chez les immigrants du Québec », *Revue canadienne de santé publique*; vol. 81, n° 3, p. 187-190.

COUSINEAU, D. (1990b). « Fréquence et répartition des problèmes de santé chez les immigrants du Québec », *Le Médecin du Québec*, novembre, p. 101-106.

DONOVAN, J., A. M. D'ESPAIGNET, G. MERTON et M. VAN OMMEREN (ed.) (1992). « Immigrants in Australia: a health profile », Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 264 p. (Collection « *Ethnic Health Series*, n° 1 »).

HAREL, Y. et autres (1994). « The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4, p. 599-605.

LEVASSEUR, M., et L. GOULET (2000). « Problèmes de santé » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 13, p. 273-295.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). « Manuel de classification statistique internationale des maladies », *traumatismes et causes de décès*, Genève, vol. 1, 9^e révision, 781 p.

PALINKAS, L.A. (1987). « A Longitudinal Study of Ethnicity and Disease Incidence », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n° 1, p. 85-108.

ROBITAILLE, Y., et autres (2000). « Accidents avec blessures » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 15, p. 313-332.

STEPHEN, E. H., K. FOOTE, G. E. HENDERSHOT et C. A. SCHOENBORN (1994). « Health of the foreign-born Population: United-States, 1989-90 », *Advance data from Vital and Health Statistics*, Hyattsville, Maryland, National Center for health Statistics, 241, p. 1-10.

VERBRUGGE, L. M., J. M. LEPKOWSKI et Y. IMANAKA (1989). « Comorbidity and Its Impact on Disability », *The Milbank Quarterly*, vol. 67, n^{os} 3-4, p. 450-484.

Classification des problèmes de santé

Étude auprès des communautés culturelles (Enquête sociale et de santé 1998)

Problème de santé	CIM 9
Troubles mentaux	290.0 – 316.9
Troubles du sommeil	780.5
Périodes de grande nervosité	799.2
Troubles de la thyroïde	240.0-246.9
Diabète	250.0-250.9
Hypercholestérolémie	272.0-272.9
Anémie	280.0-285.9
Autres maladies du sang	286.0-289.9
Maux de tête	346.0-346.9, 784.0
Maladies de l'œil	360.0-379.9
Maladies de l'oreille	380.0-389.9
Hypertension artérielle	401.0-405.9
Maladies cardiaques	391.0-398.9, 410.0-429.9, 746.9, 785.0-785.2
Grippe	487.0-487.8
Bronchite ou emphysème	490.0-492.9
Asthme	493.0-493.9
Rhinite allergique	477.0-477.9
Autres affections respiratoires	460.0-466.1, 470.0-476.9, 478.0-479.9, 480.0-486.9, 494.0-519.9, 784.1, 786.2
Allergies	995.2, 995.3
Ulcères gastriques	531.0-533.9
Troubles digestifs fonctionnels	009.0-009.3, 536.0-536.9, 558.0-558.9, 546.0-564.9, 787.1, 787.3
Autres troubles digestifs	526.0-530.9, 534.0-535.6, 537.0-557.9, 560.0-562.1, 565.0-577.9
Allergies ou affections cutanées (maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané)	680.0-709.9, 782.1
Arthrite ou rhumatisme	711.0-719.9, 725.0-729.9
Maux de dos ou de la colonne (affections des régions du plan dorsal)	720.0-724.9
Autres maladies du système ostéo-articulaire	710.0-710.9, 730.0-739.9
Lésions traumatiques et empoisonnements	800.0-995.1, 995.4-999.9
Troubles de la menstruation ou de la ménopause	625.0-627.9
Troubles urinaires ou maladies du rein	580.0-599.9
Allergies	780.7
Autre	Tout autre code CIM 9, entre 000.0 et 999.9, non inclus dans les 30 catégories précédentes

Chapitre 10

Santé buccodentaire

**Martin Généreux
Jacques Durocher
Ginette Veilleux**

Module santé dentaire - Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Le lien entre la santé dentaire et l'appartenance à une communauté culturelle est très peu documenté au Québec. Les enquêtes générales réalisées par Santé Québec en 1987, 1992-1993 et 1998 n'incluaient pas de variable sur la santé buccodentaire (Santé Québec, 1988; Santé Québec, 1995; Institut de la statistique du Québec, 2001). De plus, les enquêtes québécoises sur la santé dentaire des enfants (Brodeur et autres, 2001; Brodeur et autres, 1999; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1985) et des adultes (Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995) mettent bien en relation certains résultats avec une variable « langue parlée à la maison », mais le trop petit nombre de sujets échantillonnés pour chacune des langues ne permet pas d'en arriver à des comparaisons significatives. Cependant, la carie en dentition primaire chez les écoliers québécois de la maternelle semble varier en fonction, entre autres, du statut d'immigration (Brodeur et autres, 2001). En effet, les enfants d'immigrants récents (5 ans et moins) présentent une proportion plus grande de dents atteintes par la carie que les immigrants moins récents ou que les non-immigrants.

Parallèlement à cet état de fait, les communautés culturelles prennent de plus en plus d'importance au Québec, notamment dans la région de Montréal. La population immigrante sur l'île de Montréal s'élève non seulement à plus du quart de la population montréalaise (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001), mais elle représente aussi

près de 70 % de la population immigrante du Québec (Statistique Canada, 1996).

Cadre conceptuel

Au cours des vingt dernières années, plusieurs études ont été réalisées sur la santé dentaire des enfants et des adultes québécois (Brodeur et autres, 2001; Brodeur et autres, 1999; Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1985). Ces dernières nous ont permis de tracer un portrait des principaux problèmes de santé buccodentaire que rencontre la population québécoise et des différentes caractéristiques qui leur sont associées.

On observe, chez les adultes québécois de 35 à 44 ans, que près des deux tiers des dents présentes en bouche ont été atteintes par la carie (Brodeur et autres, 1998). De plus, pour la même population, on note une prévalence élevée de problèmes parodontaux (tissus de support de la dent) puisque près de 90 % des adultes ont besoin d'un traitement à cet égard. Ces deux conditions (carie et problèmes parodontaux) peuvent un jour ou l'autre conduire à l'édentation complète. À cet effet, un sondage québécois révèle qu'environ 20 % de la population adulte québécoise est complètement édentée (Brodeur et autres, 1995).

Le développement de la carie dentaire est considéré comme un processus infectieux qui nécessite la présence simultanée et pendant un certain temps de trois facteurs, soit un hôte susceptible, des bactéries et des sucres. Il s'agit d'une maladie transmissible

influencée par l'alimentation, l'hygiène et la résistance de l'hôte (Tinanoff et Palmer, 2000), cette dernière augmentant en présence d'un apport optimal en fluorure (Clarkson et McLoughlin, 2000). Les problèmes parodontaux sont également causés par un processus infectieux (Suchett-Kaye et autres, 2001) et sont influencés par l'hygiène (Choo et autres, 2001). Ainsi, tant le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire qu'une alimentation non cariogène et un apport régulier en fluorure joueront un rôle de premier plan dans le contrôle des maladies buccodentaires.

En plus de ces mesures de prise en charge individuelle, d'autres mesures appliquées par des professionnels permettent de contrer, de façon efficace, l'apparition de la carie dentaire. L'application topique de fluorure sur les dents ainsi que les agents de scellement sur les dents postérieures sont parmi les plus répandues. Par ailleurs, bien que le tissu dentaire détruit par la carie ne se régénère pas, il existe des traitements de remplacement éprouvés allant de la simple restauration dentaire à la réhabilitation prothétique partielle ou complète. À cet effet, chez les adultes québécois âgés de 35 à 44 ans, on observe que la très grande majorité des dents cariées ont été restaurées (Brodeur et autres, 1998). De même, le taux de réhabilitation prothétique s'avère excellent (97 %) chez les personnes complètement édentées (Brodeur et autres, 1995).

Dans le segment de la population âgée entre 35 et 44 ans, la tendance est à une moins bonne condition buccodentaire chez les hommes, les individus plus âgés et chez ceux dont le revenu et le niveau de scolarité sont moins élevés, dont la résidence se situe en zone rurale et qui ne possèdent pas d'assurance dentaire privée (Brodeur et autres, 1998). On observe aussi une moins bonne condition buccodentaire chez les individus qui utilisent moins fréquemment les services dentaires. De façon plus spécifique, mis à part le fait que les femmes soient plus édentées que les hommes, on note les mêmes associations entre l'édentation complète et le revenu, le niveau de scolarité ainsi que l'utilisation des services dans

l'ensemble de la population québécoise (Brodeur et autres, 1995).

Les conséquences des maladies buccodentaires sur l'état de santé et de bien-être sont nombreuses. En plus d'influencer directement le taux d'édentation, la carie dentaire peut contribuer au développement des malocclusions, des maladies parodontales, des problèmes à l'articulation temporomandibulaire et peut affecter l'élocution et l'estime de soi (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). L'édentation contribuera en outre à des problèmes d'alimentation (Sheiham et autres, 2001) et de digestion (Tosello et autres, 2001; Gunne, 1985) ainsi qu'à une augmentation significative de la prise de médicaments en lien avec ces problèmes (Brodeur et autres, 1990). Les maladies parodontales, quant à elles, pourraient être associées aux naissances prématurées (McGaw, 2002; Offenbacher et autres, 1998), à la naissance de bébés de petit poids (McGaw, 2002; Davenport et autres, 1998) et à certains problèmes cardiaques (Beck et Offenbacher, 1998).

Certaines recommandations professionnelles font l'objet d'un consensus autour du brossage des dents (deux fois par jour) et de l'utilisation de la soie dentaire (une fois par jour) (Ordre des dentistes du Québec, 2002; Association dentaire canadienne, 2002; Loe, 2000). En ce qui a trait à la consommation d'aliments sucrés, les recommandations professionnelles touchent moins à la quantité qu'à la réduction de la fréquence quotidienne de consommation de ces aliments ainsi qu'au moment de la journée où ils ne doivent pas être pris (en collation et au coucher) (Association dentaire canadienne, 2002; König, 2000; Tinanoff et Palmer, 2000). Quant aux visites en cabinet dentaire, bien qu'elles dépendent de beaucoup de facteurs, une fréquence semestrielle est généralement recommandée (Association dentaire canadienne, 2002).

Mise en contexte culturelle

L'examen de la littérature permet de constater un certain nombre de convergences quant à la situation de la santé buccodentaire des quatre communautés

culturelles à l'étude (chinoise, haïtienne, originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, hispanophone d'Amérique latine), particulièrement en pays d'origine.

La littérature recensée permet d'observer, pour trois des groupes à l'étude, une proportion élevée de personnes se brossant les dents (Minquan et autres, 2000; Kwan et Williams, 1999; Brugman et autres, 1998; Rundberg et Young, 1972), parfois comparable aux données québécoises (Brodeur et autres, 1995). On observe aussi, dans la plupart des communautés d'origine de ces individus, un taux d'édentation plus faible qu'au Québec, qu'elles soient chinoise (Luan et autres, 1989), originaire de pays arabophones (Dougham et autres, 2000; Al Khateeb et autres, 1991; Pilot et autres, 1987) ou hispanophone (Ismail et Szpunar, 1990; Miller et autres, 1987). Cependant, sur le plan de la réhabilitation prothétique, la communauté chinoise semble présenter un taux très faible de réhabilitation chez les personnes complètement édentées (Lin et autres, 2001; Luan et autres, 1989; Hua, 1986; Chen et autres, 1985).

En pays d'origine surtout, mais également en pays d'accueil, la plupart des visites en cabinet dentaire semblent effectuées lorsqu'un problème est perçu (Lo et autres, 2001; Bedos et Brodeur, 2000; Vigild et autres, 1999; Alamoudi et autres, 1996; Watson et Brown, 1995; Schwarz et Lo, 1994; Cisneros et autres, 1979; Rundberg et Young, 1972).

Par ailleurs, on mentionne certaines particularités propres à quelques communautés d'origine. On rapporte ainsi l'utilisation d'une « liane savon » parmi la communauté haïtienne ou celle d'un « bâton à mâcher » chez les personnes du Maghreb et du Moyen-Orient comme instrument d'hygiène buccale (Al-Khateeb et autres, 1991; Rundberg et Young, 1972). Des résultats bénéfiques dus à l'utilisation de tels instruments pour la santé buccodentaire ont d'ailleurs été documentés dans plusieurs pays (Wu et autres, 2001). Enfin, l'utilisation du cure-dents semble fréquente dans la population chinoise, les pourcentages d'utilisation chez les plus de 20 ans allant de 40 % à plus de 70 % (Kwan et Williams, 1999; Lim et

autres, 1994). Il semble cependant que cette habitude servirait à démontrer son appréciation positive d'un repas (Kwan et Bedi, 2000).

La littérature montre que les habitudes alimentaires des enfants du Maghreb et du Moyen-Orient semblent comporter une part très importante d'aliments à forte teneur en sucre (Vigild et autres, 1999; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Akpata et autres, 1992). Cependant, aucune donnée à cet effet n'a pu être recensée pour la population adulte.

Enfin, les communautés chinoise et hispanophone semblent faire preuve d'un certain fatalisme quant à la perte des dents (Lin et autres, 2001; Kwan et Williams, 1999; Watson et autres, 1999; Esa et autres, 1992; Hou et autres, 1989; Lind et autres, 1987; Kiyak, 1981).

Objectifs

Le présent chapitre vise à décrire la perception de la santé dentaire (état, importance accordée et signification d'une bonne santé dentaire) qu'ont les membres de quatre communautés culturelles (chinoise, haïtienne, originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, hispanophone d'Amérique latine) d'immigration récente (10 ans et moins) vivant au Québec. On y présente aussi certaines habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire, le niveau d'édentation complète et le port de prothèses chez ces quatre communautés. Enfin, le taux de réhabilitation prothétique, chez les personnes complètement édentées, et l'utilisation des services dentaires complètent cette description.

En complément à la description des principales variables de santé dentaire, on précisera certaines des associations existant entre elles. On procédera également à l'analyse des associations de ces dernières avec différentes variables sociodémographiques (âge, sexe, scolarité).

Enfin, bien qu'il n'existe pas de données sur la santé dentaire dans l'enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001), un

sondage téléphonique portant sur la santé buccodentaire a été réalisé auprès de l'ensemble de la population adulte du Québec en 1993 (Brodeur et autres, 1995). Ainsi, on pourra comparer les résultats observés en santé buccodentaire chez la population visée par la présente étude avec ceux du sondage sur la santé dentaire des adultes québécois portant sur des éléments similaires.

10.1 Aspects méthodologiques

10.1.1 Indicateurs

Les variables dépendantes retenues dans le cadre de la présente étude, ainsi que les questions qui ont servi à les mesurer, sont en grande partie issues de deux études sur la santé dentaire réalisées auprès de la population adulte québécoise (Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995). Ces variables, toutes issues du questionnaire autoadministré (QAA), sont les suivantes :

L'état de santé dentaire perçu (QAA11) : excellent, très bon, bon, moyen, mauvais; on a retenu pour l'analyse : excellent/très bon. L'importance accordée à la santé des dents et de la bouche (QAA12) : pas important, peu important, important, très important; on a retenu pour l'analyse : très important. La signification d'une bonne santé dentaire (QAA13 a, b, c et d) : on devait accorder un ordre d'importance de 1 à 4 pour chacune des quatre dimensions, et on a retenu pour l'analyse : le plus important. On note, pour cette variable, des taux de non-réponse partielle supérieurs à 10 %. D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classes d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, on découvre que la non-réponse partielle à ces quatre questions est associée à la classe d'âge, les gens de 45 ans et plus répondant en moins grande proportion que les plus jeunes. De plus, on note que la non-réponse partielle à QAA13a est associée à la communauté, les personnes des communautés haïtienne et arabe étant proportionnellement moins nombreuses à répondre, tandis que la non-réponse partielle à QAA13d est

associée au statut d'activité, les étudiants étant ceux y ayant proportionnellement le plus répondu.

Les autres variables dépendantes portent sur la présence de dents naturelles en bouche (QAA14), la fréquence de brossage des dents (QAA16), la fréquence d'utilisation de la soie dentaire (QAA18), l'utilisation d'un cure-dent (QAA19), la dernière visite chez le dentiste (QAA21b), le port de prothèses amovibles (QAA22), et les personnes complètement édentées possédant au moins une prothèse amovible (indice construit à partir du sous-groupe des personnes complètement édentées – QAA14 – et possédant au moins une prothèse dentaire amovible – QAA22).

10.1.2 Portée et limites des données

La plupart des données en santé dentaire de la présente étude peuvent être comparées avec les données issues d'un sondage portant sur des variables de santé dentaire, réalisé à l'automne 1993, auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise de 18 ans et plus (Brodeur et autres, 1995). Les comparaisons entre les deux études sont faites sur une base descriptive mais aucun test statistique n'a été effectué pour apprécier l'importance des différences éventuellement observées entre les deux populations, entre autres en raison du fait que les données québécoises n'ont pas été standardisées pour les fins de la comparaison.

Par ailleurs, la distribution des deux populations présente des différences en ce qui concerne les groupes d'âge représentés et le niveau de scolarité (tableau 10.1). La population visée par la présente étude semble être plus jeune et plus scolarisée que celle du sondage en santé dentaire effectué auprès des adultes québécois. Cette situation pourrait avoir une incidence sur certaines variables étudiées, notamment l'édentation et le port de prothèses dentaires amovibles, fortement liés à l'âge. Ces deux dernières variables ont été analysées selon les différents groupes d'âge, de façon à minimiser l'effet de l'âge pour la population prise dans son ensemble.

Puisque le sondage en santé dentaire auprès des adultes québécois a eu lieu en 1993, l'effet du temps peut avoir une incidence sur les comportements. De plus, la collecte des données ayant été effectuée par sondage téléphonique, ses conditions d'application diffèrent de celles de la présente étude qui s'appuie, pour les variables de santé buccodentaire, sur un questionnaire autoadministré.

10.2 Résultats

10.2.1 Perception, importance et signification

Pour l'ensemble de la population visée par l'étude, environ 28 % considèrent leur état de santé dentaire comme très bon ou excellent, alors que plus de 37 % le considèrent moyen ou mauvais (données non présentées). On note une association significative avec l'âge : plus on est avancé en âge, moins la perception de l'état de santé dentaire est bonne (tableau 10.2). La perception de l'état de santé général et le port de prothèses amovibles sont fortement associés à la perception de l'état de santé dentaire (données non présentées). En effet, ceux qui se perçoivent en moins bonne santé générale et les porteurs de prothèses amovibles ont tendance à se percevoir en moins bonne santé dentaire. La fréquence de brossage des dents et l'utilisation des

services professionnels sont également associées à la perception de l'état de santé dentaire (moins on se brosse les dents et moins on utilise les services du dentiste, moins la perception de l'état de santé dentaire est bonne) (données non présentées). Par ailleurs, on observe une variation de la perception de la santé dentaire selon les communautés culturelles et selon la présence de dents en bouche. On constate ainsi que la communauté chinoise d'immigration récente semble être celle qui se percevrait en moins bonne santé dentaire, près de 62 % de ces immigrants considérant leur état de santé dentaire comme étant moyen ou mauvais (données non présentées).

On observe, pour l'ensemble des quatre groupes, que près de 56 % de la population visée considère sa santé dentaire comme très importante (tableau 10.2). Cette proportion augmente à 93 % lorsqu'on ajoute les personnes qui la considèrent importante (données non présentées). Les personnes ayant au moins une dent, celles qui se brossent les dents au moins deux fois par jour, qui utilisent la soie dentaire au moins une fois par jour et qui ont rendu visite à un dentiste au cours des 12 mois précédant l'administration du questionnaire de l'étude accordent significativement plus d'importance à leur santé buccodentaire (données non présentées).

Tableau 10.1

Quelques caractéristiques des populations visées par l'Étude sur la santé dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec, 1993 et par l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999

		Québec 1993	Communautés culturelles 1998-1999
		%	
Âge	18 à 24 ans	12,3	(15 à 24 ans) 25,5
	25 à 44 ans	45,4	45,2
	45 à 64 ans	27,7	23,2
	65 ans et plus	14,6	6,1
Sexe	Hommes	48,5	47,8
	Femmes	51,5	52,2
Scolarité	6 ans et moins	7,5	7,5
	7 à 12 ans	45,2	34,0
	13 à 15 ans	24,0	23,5
	16 ans et plus	23,3	35,5

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996.

Au regard de la signification d'une bonne santé dentaire, le fait de ne pas avoir de douleur ou d'inconfort correspond, entre autres, au concept d'une bonne santé dentaire pour plus de 62 % de la population à l'étude alors que l'esthétique (avoir de belles dents) n'est retenue que par près de 35 % (tableau 10.2). Le fait de retenir l'absence de douleur ou d'inconfort, comme référents d'une bonne santé dentaire, est associé avec le niveau de scolarité. En effet, plus le niveau de scolarité est élevé, plus la douleur et l'inconfort deviennent importants (tableau 10.2). On note également un lien entre l'âge et la capacité de mastiquer comme référent d'une bonne santé dentaire; plus on est avancé en âge, plus ce concept devient important (tableau 10.2).

La communauté chinoise d'immigration récente tend surtout à considérer que le fait de bien mastiquer et de ne pas avoir de douleur ou d'inconfort correspond au concept d'une bonne santé dentaire. En effet, respectivement près de 73 % et de 69 % des Chinois

y accordent le plus d'importance (données non présentées). Quant à l'esthétique et à la bonne haleine, comme référents d'une bonne santé dentaire, elles semblent particulièrement citées par les immigrants récents d'origine haïtienne, soit respectivement près de 53 % et de 62 % (données non présentées).

10.2.2 Hygiène buccale et habitudes alimentaires

Dans la population des quatre groupes visés ayant au moins une dent naturelle en bouche (environ 90 % de la population), près de 95 % se brossent les dents au moins une fois par jour, alors que 77 % des personnes se les brossent deux fois et plus par jour (tableau 10.3). L'étude auprès de la population québécoise (Brodeur et autres, 1995) nous révèle, quant à elle, un pourcentage similaire (78 %).

Tableau 10.2

Perception de l'état de santé dentaire, importance accordée à celle-ci et signification d'une bonne santé dentaire selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Perception de l'état de santé dentaire (excellente, très bonne)	Importance accordée à la santé dentaire (très important)	Signification d'une bonne santé dentaire (plus important)			
			Capable de mastiquer %	Pas de douleur	Avoir de belles dents	Avoir bonne haleine
Total	27,8	55,9	57,3	62,3	35,3	46,8
Sexe						
Hommes	26,1	50,4	55,9	63,1	32,5	42,9
Femmes	29,5	61,3	58,7	61,6	38,1	50,4
Âge						
18-24 ans	41,7	53,9	47,0	58,4	29,9	38,9
25-34 ans	30,5	52,8	50,1	62,0	37,1	47,6
35-44 ans	25,2	61,8	62,8	63,0	35,3	49,8
45-54 ans	23,1 *	56,3	61,6	62,8	34,9	42,2
55-64 ans	22,5 *	53,7	64,3	70,0	28,3 *	47,9 *
65 ans et plus	11,6 **	46,4 *	72,0	60,9	53,2 *	59,3
Scolarité						
Aucune/Primaire	20,6 *	53,6	58,9	57,0	37,6	46,7
Secondaire	29,6	58,4	56,5	55,9	39,0	46,6
Postsecondaire/non universitaire	32,9	57,2	59,2	71,7	37,3	54,0
Universitaire	26,3	53,6	55,5	61,9	30,9	42,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

La fréquence de brossage des dents est significativement associée au sexe, les hommes se brossant en proportion moins fréquemment les dents (deux fois par jour et plus) que les femmes (69 % c. 85 %). L'âge et la scolarité montrent aussi un lien significatif avec la fréquence de brossage des dents. En effet, les personnes du groupe d'âge se situant entre 35 et 44 ans se brossent les dents au moins deux fois par jour dans une proportion d'environ 81 %, comparativement à près de 53 % pour les personnes de 65 ans et plus. Quant aux personnes moins scolarisées, elles sont moins nombreuses proportionnellement à se brosser les dents deux fois et plus par jour que les plus scolarisées. Ces résultats sont de nouveau similaires à ceux de l'étude québécoise en santé dentaire auprès des adultes québécois (Brodeur et autres, 1995).

Le brossage des dents au moins deux fois par jour varie de près de 65 % pour les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, à près de 91 % pour

les hispanophones d'Amérique latine (données non présentées).

Au regard de l'utilisation de la soie dentaire, autour de 27 % des personnes visées par l'étude ayant au moins une dent naturelle en bouche déclarent utiliser la soie dentaire au moins une fois par jour alors que pour la population québécoise, ce pourcentage s'élève à 32 % (Brodeur et autres, 1995). Les femmes sont significativement plus nombreuses en proportion à l'utiliser au moins une fois par jour que les hommes (32 % c. 23 %). Contrairement à l'étude de Brodeur et autres (1995), aucune association n'est observée avec la scolarité (tableau 10.3). Cette proportion varie de près de 23 % pour les immigrants récents originaires des pays arabophones à plus de 38 % pour la communauté latino-américaine (données non présentées).

Tableau 10.3

Fréquence de brossage des dents, de l'utilisation de la soie dentaire et utilisation du cure-dents selon certaines variables sociodémographiques chez les personnes ayant au moins une dent naturelle en bouche, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Brossage Fréquence (2 fois et plus par jour)	Soie dentaire Fréquence (1 fois et plus par jour) %	Cure-dents Utilisation (oui)
Total	77,0	27,4	41,9
Sexe			
Hommes	69,1	22,6	48,2
Femmes	84,8	32,0	35,7
Âge			
18-24 ans	77,8	29,2	37,6
25-34 ans	79,3	28,7	37,5
35-44 ans	81,0	28,1	43,5
45-54 ans	71,0	22,3	47,9
55-64 ans	73,3	34,2	40,5
65 ans et plus	52,5 *	12,9 **	60,9
Scolarité			
Aucune/Primaire	69,9	23,7 *	39,8
Secondaire	77,4	24,9	43,3
Postsecondaire/non universitaire	81,5	27,7	42,1
Universitaire	74,3	28,6	42,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'utilisation du cure-dents est rapportée par près de 42 % de la population à l'étude ayant au moins une dent en bouche. On note une association significative entre l'utilisation du cure-dents et la variable sexe, plus de 48 % des hommes l'utilisant, comparativement à environ 36 % des femmes (tableau 10.3). La population visée d'origine chinoise présente une utilisation particulièrement élevée avec un pourcentage de plus de 59 % (données non présentées).

Enfin, dans l'alimentation habituelle, la consommation de sucreries (bonbons, chocolat, biscuits, gâteaux, autres sucreries) une fois et plus par jour s'élève à environ 11 % pour l'ensemble de la population visée par cette étude (données non présentées). Chez les immigrants récents originaires du Maghreb et du

Moyen-Orient, près de 14 % consommeraient des sucreries une fois et plus par jour.

10.2.3 Édentation complète

On observe, parmi l'ensemble des immigrants récents à l'étude, que près de 10 % déclarent n'avoir plus aucune dent naturelle en bouche (tableau 10.4). La population québécoise présente quant à elle une proportion de personnes complètement édentées de l'ordre de 20 % (Brodeur et autres, 1995). Par ailleurs, la population visée d'origine chinoise présenterait une proportion de plus de 35 % de personnes complètement édentées (données non présentées).

Tableau 10.4

Édentation complète et port d'au moins une prothèse dentaire amovible selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Édentation complète	Port d'au moins une prothèse amovible
	%	
Total	10,4	16,6
Sexe		
Hommes	9,6 *	15,1
Femmes	11,3	18,1
Âge		
18-24 ans	7,2 **	4,2 **
25-34 ans	4,1 **	4,8 **
35-44 ans	5,2 **	10,1 *
45-54 ans	11,0 **	23,8 *
55-64 ans	34,8 *	57,0
65 ans et plus	42,4 *	64,9
Scolarité/		
Aucune/Primaire	24,7 *	42,3
Secondaire	10,4 *	18,5
Postsecondaire/non-universitaire	8,2 *	11,3 *
Universitaire	5,8 **	8,5 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'âge est un facteur associé à l'édentation de même que la scolarité, et ce, pour l'ensemble de la population visée (tableau 10.4). Alors que plus de 42 % de la population de 65 ans et plus est complètement édentée, moins de 6 % des moins de 45 ans n'ont plus aucune dent naturelle en bouche. On observe également qu'environ 25 % de la population à l'étude ayant au plus un niveau de scolarité primaire est complètement édentée, alors que cette proportion est de moins de 6 % chez les personnes ayant un niveau universitaire. Ces associations sont également observées dans la population québécoise (Brodeur et autres, 1995). Cependant, contrairement à l'étude de Brodeur et autres (1995), la variable sexe ne montre aucune association avec l'édentation complète.

10.2.4 Port de prothèses amovibles

Environ 17 % de la population adulte visée par l'étude porte au moins une prothèse dentaire amovible (tableau 10.4). Pour l'ensemble de la population étudiée, près de 8 % sont porteurs d'une prothèse aux deux maxillaires, environ 5 % au maxillaire supérieur seulement et 2,5 % au maxillaire inférieur seulement (données non présentées). Selon Brodeur et autres (1995), une proportion de 42 % de la population québécoise est porteuse d'au moins une prothèse dentaire amovible.

Le port de prothèses amovibles est lié à l'âge et à la scolarité pour l'ensemble des quatre communautés. En effet, le pourcentage de porteurs de prothèses dentaires amovibles varie d'environ 4 % pour les personnes âgées de 18 à 24 ans à près de 65 % pour les personnes de 65 ans et plus. On observe aussi, pour la catégorie de la population la moins scolarisée (au plus, une scolarité primaire complétée), une proportion nettement plus importante de porteurs de prothèses (autour de 42 %) que pour celle la plus scolarisée, c'est-à-dire ayant complété un niveau universitaire (environ 9 %). Ces associations sont également observées dans la population québécoise (Brodeur et autres, 1995).

10.2.5 Réhabilitation prothétique (chez les personnes complètement édentées)

La réhabilitation prothétique correspond au pourcentage de personnes complètement édentées possédant au moins une prothèse dentaire amovible. Dans la population à l'étude, on observe un pourcentage de réhabilitation prothétique de près de 31 % (données non présentées). En comparaison, la population du Québec présente une proportion de personnes complètement édentées porteuses d'au moins une prothèse amovible de 97 % (Brodeur et autres, 1995).

Par ailleurs, alors qu'il semble que parmi les personnes complètement édentées, 15 % des populations d'origine chinoise et 44 % des hispanophones soient porteuses d'une prothèse amovible, on note, chez les deux autres groupes, des pourcentages égaux ou supérieurs à 70 % (données non présentées).

Il semble n'y avoir aucune différence dans les habitudes alimentaires (fréquence de consommation de pain, de légumineuses, de viandes, de fruits et légumes) entre les personnes complètement édentées qui n'ont subi aucune réhabilitation (porteuses d'aucune prothèse amovible) et celles qui en ont subi une, et ce, pour l'ensemble de la population à l'étude ainsi que pour chacune des communautés prise séparément (données non présentées). En outre, il ne semble exister aucun lien entre le fait d'être complètement édenté sans réhabilitation prothétique et les problèmes rapportés du système gastro-intestinal ou la prise de médicaments.

10.2.6 Utilisation des services

Environ 62 % de la population des quatre groupes visés a consulté un dentiste au cours de l'année précédant sa réponse au questionnaire de l'étude (tableau 10.5). Pour la même variable, la population québécoise présentait un pourcentage de 53 % en 1993 (Brodeur et autres, 1995) et de 52 % en 1999 (Ordre des dentistes du Québec, 1999).

On observe que le fait de posséder une assurance qui couvre les dépenses, au moins en partie, pour les services non assurés par l'État, est associé à une utilisation récente. Alors que plus de 88 % de la population possédant ce type d'assurance a effectué une visite chez un dentiste au cours des 12 mois précédant la réponse au questionnaire de l'étude, près de 70 % des non-assurés déclarent avoir visité le dentiste au cours de cette même période (données non présentées). À ce sujet, les données québécoises vont dans le même sens (Brodeur et autres, 1995).

Les personnes originaires des pays arabophones et hispanophones semblent particulièrement nombreuses,

en proportion, à avoir visité le dentiste au cours de l'année précédant leur réponse au questionnaire de l'étude (soit 76 % d'entre elles). Il est intéressant de noter le lien significatif entre la satisfaction face aux services de santé de la région et le fait d'avoir visité le dentiste au cours des 12 mois précédant l'entrevue pour la communauté chinoise. Chez les immigrants récents d'origine chinoise qui ne sont pas du tout satisfaits des services de santé, seulement 18 % ont consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'entrevue (données non présentées).

Tableau 10.5

Utilisation des services dentaires au cours de l'année précédant l'entrevue selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Dernière visite chez le dentiste (1 an et moins) %
Total	61,7
Sexe	
Hommes	60,0
Femmes	63,3
Âge	
18-24 ans	65,0
25-34 ans	63,8
35-44 ans	64,4
45-54 ans	63,9
55-64 ans	50,3
65 ans et plus	38,8 *
Scolarité	
Aucune/Primaire	49,9
Secondaire	60,8
Postsecondaire/non universitaire	64,5
Universitaire	65,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Le dentiste apparaît comme étant le deuxième professionnel de la santé le plus visité. Parmi les quatre groupes d'immigrants récents, près de 9 % de la population rapporte avoir consulté un médecin généraliste au cours des deux semaines précédant la réponse au questionnaire de l'enquête, et ce pourcentage est d'environ 4 % pour le dentiste.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La présente étude a permis d'observer un certain nombre de résultats qui contribueront à orienter l'approche en santé dentaire auprès de certaines communautés culturelles du Québec. Globalement, la fréquence des mesures d'hygiène buccodentaire (brossage des dents, soie dentaire) des quatre groupes visés par l'étude est comparable à celle de la population québécoise en 1993 (Brodeur et autres, 1995). Cependant, les proportions de personnes complètement édentées, de personnes porteuses d'au moins une prothèse dentaire amovible ainsi que de personnes complètement édentées porteuses d'au moins une prothèse dentaire amovible semblent moins élevées. Par ailleurs, la proportion de personnes ayant effectué une visite chez le dentiste au cours des douze derniers mois apparaît plus élevée. Un certain nombre de variations culturelles semblent cependant ressortir pour ces variables. L'influence de l'appartenance culturelle semble également s'observer sur le plan de la perception de l'état de santé dentaire, de l'importance et de la signification d'une bonne santé dentaire, ainsi que sur le plan de la consommation d'aliments sucrés. Ces observations militeraient en faveur de l'élaboration et de la réalisation d'études épidémiologiques auprès de différentes communautés culturelles de façon à observer l'état de santé buccodentaire et à mettre en relation les différentes variables considérées dans la présente étude avec les variables dentaires cliniques ainsi recueillies.

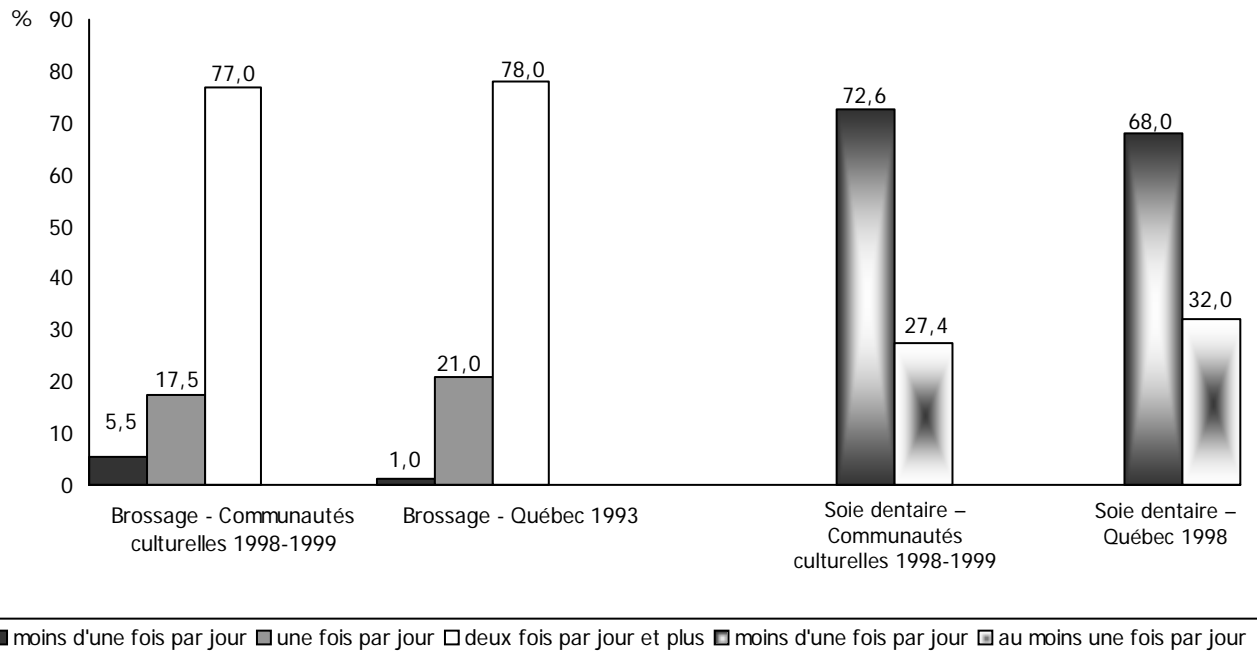
La perception de l'état de sa santé dentaire semble être un concept associé de façon équivoque à la condition dentaire clinique de l'individu (Gift et autres, 1998; Rosenoer et Sheiham, 1995; Atchison et autres, 1993; Drake et autres, 1990; Gooch et autres, 1989; Reisine et Bailit, 1980). Par exemple, la perception de la santé dentaire peut être associée à la présence ou à l'absence de dents (Gift et autres, 1998), comme le montrent les données de la présente étude. Dans ce contexte, les résultats observés quant à la perception doivent être interprétés avec prudence.

Les résultats au regard de la fréquence de brossage des dents de l'ensemble des quatre groupes visés montrent des pourcentages comparables à ceux rencontrés dans la population adulte québécoise (figure 10.1). Le brossage des dents semble ainsi apparaître comme une habitude culturelle bien ancrée non seulement au Québec, mais aussi dans les populations étudiées. Pour le brossage des dents, on retrouve des associations avec les mêmes variables que celles du sondage québécois, de même qu'avec celles d'un bon nombre d'autres études (Charrette, 1993; Ronis et autres, 1993; Hayward et autres, 1989; Heloe et autres, 1982), soit le sexe, l'âge et la scolarité. Ces associations semblent ainsi indépendantes de l'appartenance culturelle.

On note aussi des fréquences d'utilisation de la soie dentaire comparables à celles de la population québécoise (figure 10.1). Ce résultat, bien qu'intéressant sur le plan de la santé, ne semble pas refléter l'état de la situation en pays d'origine pour la communauté chinoise (Kwan et Bedi, 2000; Lim et autres, 1994). La littérature recensée ne rapporte aucune donnée sur l'utilisation de la soie dentaire pour les trois autres communautés. Cependant, puisque ces dernières semblent se comporter de la même façon que les Chinois pour les autres habitudes examinées en pays d'origine (brossage des dents, utilisation des services), il est raisonnable de présumer que la fréquence d'utilisation de la soie dentaire y soit aussi similaire.

Figure 10.1

Proportion de personnes selon la fréquence de brossage des dents et de l'utilisation de la soie dentaire, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1993



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996.

L'utilisation quotidienne de la soie dentaire se présente au Québec comme une habitude dont on fait largement la promotion, tant en cabinet dentaire que dans toutes les campagnes d'éducation à la santé. Il s'agit d'un comportement reconnu comme faisant partie des moyens utiles à la prévention de la carie dentaire et des maladies parodontales. Ainsi, l'importance que prend l'utilisation quotidienne de la soie dentaire chez les communautés culturelles du Québec, par rapport à leur pays d'origine, procéderait soit d'un processus d'acculturation rapide, soit d'un désir de conformité en lien avec les comportements préventifs de la société d'accueil. Cette deuxième hypothèse paraît d'autant plus plausible qu'il n'existe aucun lien entre l'utilisation de la soie dentaire et l'année d'arrivée au Québec de la population immigrante récente.

Quant à l'alimentation, la fréquence quotidienne de consommation de produits sucrés semble plus élevée

parmi les immigrants récents originaires du Maghreb et du Moyen-Orient. Cette observation trouve un écho dans la littérature sur la santé dentaire de certaines régions d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient où l'on constate une consommation importante d'aliments sucrés (Vigild et autres, 1999; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Akpata et autres, 1992).

Puisque l'édentation complète semble être moins importante pour la population à l'étude que pour la population québécoise (10 % c. 20 %), on pourrait conclure que la carie a fait moins de dommages parmi les communautés culturelles visées. En effet, la carie dentaire apparaît comme la principale cause de la perte des dents pour tous les âges, à l'exception peut-être des personnes plus âgées (Stephens et autres, 1991; Chauncey et autres, 1989; Bailit et autres, 1987; Cahen et autres, 1985). Il est cependant intéressant de noter que chez les enfants dont les parents sont des immigrants récents (5 ans

ou moins), le niveau de carie est plus élevé que chez les Québécois. Rappelons que l'édentation est un phénomène multifactoriel et qu'une étude plus approfondie des habitudes et conditions de vie des populations des quatre communautés culturelles visées (avant et après leur arrivée au Canada) serait à même de fournir plus de renseignements quant aux causes précises de l'édentation ainsi qu'aux différences observées avec la population québécoise.

La communauté chinoise semble se démarquer de la population québécoise avec un pourcentage de plus de 35 % de personnes complètement édentées. Toutefois, l'édentation est fortement liée à l'âge et l'on observe, dans la présente étude, une représentation beaucoup plus importante de personnes de 45 ans et plus dans la population d'origine chinoise (près de 40 % contre moins de 26 % pour les trois autres communautés visées). Il semble y avoir aussi dans une partie de la communauté chinoise une certaine forme de fatalisme quant à l'édentation, les membres de cette communauté croyant qu'on ne peut prévenir la perte des dents ou encore, chez les plus âgés, que la présence de dents à un âge avancé « mangera la bonne fortune des enfants » (Kwan et Holmes, 1999; Kwan et Williams, 1999). On note aussi que, pour la population chinoise, les causes de la carie dentaire et des maladies parodontales paraissent mal comprises, spécialement chez les adultes et les aînés (Kwan et Williams, 1999). De plus, malgré l'influence du pays d'adoption, plusieurs immigrants chinois tendent à conserver leurs croyances traditionnelles vis-à-vis de la santé buccodentaire, du moins aux États-Unis (Kiyak et Miller, 1982) et à Singapour (Quah, 1985). Ces croyances semblent surtout partagées par les personnes les plus âgées de la communauté chinoise.

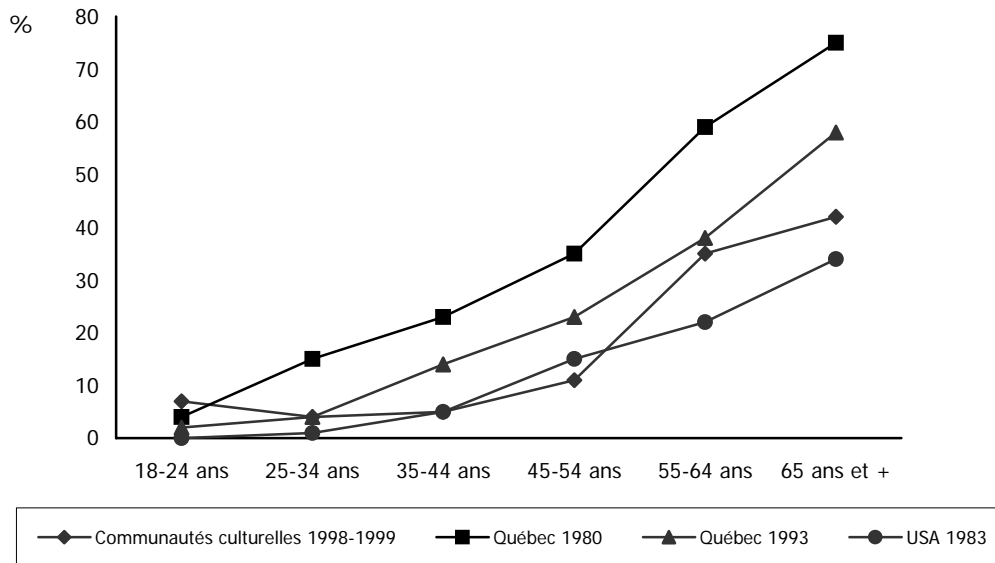
Il est étonnant que l'édentation semble n'être associée au port de prothèses que dans deux communautés sur quatre (haïtienne et originaire de pays arabophones). En effet, l'édentation complète militant grandement en faveur d'une réhabilitation dans le but de maintenir la fonction et l'apparence, on devrait s'attendre à une association importante entre les deux variables pour l'ensemble des communautés.

Ni une bonne ou mauvaise perception de sa santé dentaire, ni l'importance qu'on y accorde ne sont liées à l'édentation complète pour la population des communautés chinoise et hispanophone. Cette dernière observation au regard de la perception pourrait apporter une certaine forme d'explication au taux d'édentation important qu'on semble observer pour la communauté chinoise et pour lequel, qui plus est, il n'y a que peu de réhabilitation. En effet, la croyance voulant qu'il soit normal de perdre ses dents avec l'âge tend à séparer l'édentation de la perception d'un mauvais état de santé dentaire et à défavoriser la réhabilitation prothétique.

Par ailleurs, les données sur l'édentation complète selon l'âge présentent un intérêt certain qui réside dans leur comparaison avec les données du Québec et celles des États-Unis (figure 10.2). En effet, la courbe pour les immigrants récents au Québec visés par l'étude suit un profil qui ressemble plus à celui des États-Unis, en 1983, sur le plan de la prévalence de la condition selon l'âge, et ce, jusqu'à 45 à 54 ans (11 %). Passé ce groupe d'âge, l'édentation chez les communautés culturelles fait un bond important (35 %) pour se stabiliser toutefois à des niveaux inférieurs aux données québécoises les plus récentes (Brodeur et autres, 1995).

Figure 10.2

Pourcentage des personnes complètement édentées au Québec en 1980 et 1993, aux États-Unis en 1983 et parmi quatre groupes d'immigrants récents au Québec en 1998-1999, population de 18 ans et plus



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996, Ismail et autres, 1983, Duquette et autres, 1981.

L'étude de l'évolution de l'édentation au Québec, entre 1980 et 1993, permet de constater que l'incidence actuelle de ce phénomène est faible (Brodeur et autres, 1996). Cette situation permet d'estimer l'évolution du niveau d'édentation pour les années futures au Québec. Ainsi pourrait-on envisager, pour la population des quatre communautés culturelles à l'étude, un niveau d'édentation inférieur à celui du Québec. En effet, la population visée par l'étude montrant une utilisation des services du cabinet dentaire qui semble supérieure à celle de la population québécoise, le niveau de traitement, de très bas qu'il était dans le pays d'origine (Bedos et Brodeur, 2000; Al-Ismaïly et autres, 1997; Lo et Schwarz, 1994; Petersen et Guang, 1994), pourrait augmenter substantiellement. L'extraction dentaire, comme traitement de dernier recours, diminuant, l'incidence de l'édentation devrait se maintenir au niveau de celui du Québec. Puisque la prévalence de l'édentation semble plus faible chez les nouveaux arrivants des communautés culturelles à l'étude que dans la population québécoise, les niveaux

d'édentation devraient demeurer plus faibles aux âges subséquents.

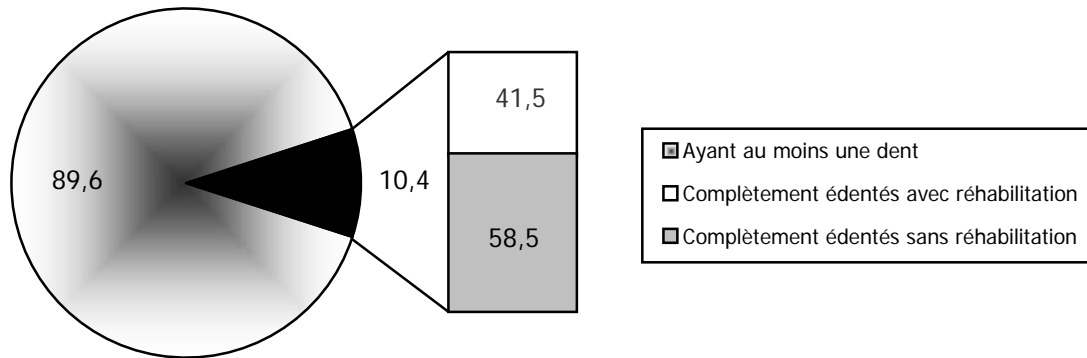
On observe, dans la population québécoise, un pourcentage de port de prothèses amovibles de l'ordre de 42 % en 1993 (Brodeur et autres, 1995), alors qu'il n'est que de 17 % pour l'ensemble des quatre groupes d'immigrants récents visés par l'étude. Puisqu'on remarque un taux d'édentation complète moins important dans la population visée qu'au Québec (10 % c. 20 % au Québec) ainsi qu'un pourcentage de réhabilitation (personne complètement édentée possédant une prothèse dentaire) faible comparativement à celui de la population du Québec, la probabilité de porter une prothèse amovible chez les personnes des communautés culturelles visées s'en trouve diminuée. Cette situation (faible taux d'édentation, faible taux de réhabilitation) semble confirmée par quelques données épidémiologiques issues de certaines régions d'origine, chinoise et haïtienne notamment (Corbet et Lo, 1994; Luan et autres, 1989; Rundberg et Young, 1972).

Par ailleurs, bien que l'âge soit un facteur particulièrement associé au port de prothèses amovibles, il n'est pas un facteur étiologique de l'édentation. C'est plutôt le temps qui agit pour favoriser le cumul des facteurs étiologiques réels qui contribuent à la perte des dents.

Malgré un pourcentage d'édentation complète qui semble moins élevé que dans la population québécoise, il est remarquable de constater la

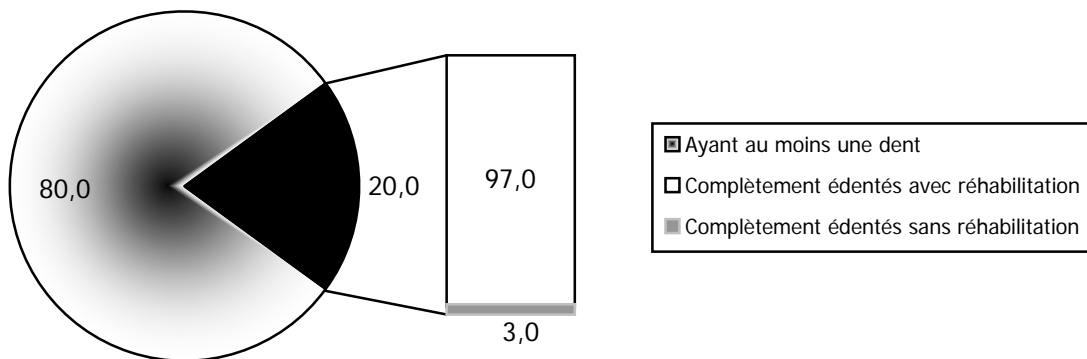
différence qu'on observe entre le pourcentage d'individus complètement édentés porteurs d'au moins une prothèse dentaire amovible de la population des quatre communautés culturelles (près de 42 %), et celui de la population du Québec (97 %) (figures 10.3 et 10.4). Soulignons que l'accès à des traitements prothétiques adéquats demeure limité dans plusieurs régions d'origine des communautés visées (Al-Ismaily et autres, 1997; Corbet et Lo, 1994; Lang et autres, 1984).

Figure 10.3
Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Figure 10.4
Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, Québec 1993



Sources : Brodeur et autres, 1996.

Bien que la figure 10.3 montre un important besoin de réhabilitation prothétique des personnes complètement édentées des groupes visés par l'étude, il doit cependant être interprété à la lumière de leur perception culturelle des besoins liés à leur condition. En effet, la présente étude semble ne montrer aucun lien entre le fait d'être édenté complètement et non-porteur de prothèses et le type d'alimentation, les problèmes rapportés du système gastro-intestinal ou la prise de médicaments. Une étude approfondie de la question de la réhabilitation prothétique permettrait de mieux comprendre les raisons de la sous-utilisation de ce service ainsi que de l'absence de problèmes associés.

Le fait que les immigrants récents chinois et hispanophones semblent présenter des taux de réhabilitation plus faibles que les deux autres groupes pourrait indiquer une relation différente, quant à la réhabilitation et à l'utilisation des services de soins prothétiques. Ainsi, on note, pour les membres de la communauté chinoise, que l'ajustement d'une prothèse, qu'elle soit nouvelle ou pas, n'est pas un comportement habituel dans leur pays d'origine (Kwan et Bedi, 2000). En effet, il semble que leur expérience générale du cabinet dentaire en pays d'origine leur laisse croire qu'ils pourraient ne pas être les bienvenus pour un ajustement prothétique chez un dentiste occidental. L'idée de devenir un patient « impopulaire » est embarrassante, particulièrement chez les gens âgés (Kwan et Holmes, 1999).

Avec un pourcentage de consultation en cabinet dentaire au cours de l'année précédant l'étude qui s'élève à plus de 62 % de la population, les communautés culturelles étudiées semblent se positionner comme des utilisateurs plus importants des services de soins dentaires que les Québécois (53 %). Par ailleurs, dans la plupart des pays industrialisés, l'utilisation annuelle des services dentaires est nettement plus élevée qu'au Québec (Tomar et autres, 1998; Ronis et autres, 1993; Payne et Locker, 1992; Dean, 1991), les pourcentages allant jusqu'à 78 % en Ontario (Association dentaire canadienne, 1990). Il semble ainsi que ce n'est pas

tant l'utilisation des services dentaires par les groupes visés par l'étude qui est élevée, mais bien celle du Québec qui est faible.

Ces constats mettent cependant en évidence l'écart observé, pour l'utilisation des services dentaires, entre certaines données des régions d'origine indiquant une faible utilisation (Bedos et Brodeur, 2000; Dougham et autres, 2000; Hamasha et autres, 2000; Minquan et autres, 2000; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Al-Ismaily et autres, 1997; Schwarz et Lo, 1994; Wright et autres, 1989; Wissa et Zahran, 1988; De Muniz, 1985; Rundberg et Young, 1972) et les observations de la présente étude. Comme pour l'utilisation de la soie dentaire, les phénomènes d'acculturation et de conformité aux normes du pays hôte pourraient jouer un rôle dans l'utilisation des services dentaires. Les facteurs sociodémographiques habituels sont fortement associés à l'utilisation des services dentaires en pays d'origine. Cependant, dans le contexte québécois, la probable tendance à vouloir se conformer aux normes reconnues semble avoir fait disparaître les associations entre les principales variables sociodémographiques et l'utilisation des services dentaires des membres des quatre communautés culturelles à l'étude. À cet effet, il serait intéressant d'être en mesure de déterminer la nature de la consultation en cabinet dentaire (visite pour un problème perçu ou visite préventive) pour la population des communautés culturelles de façon à mieux cerner leur mode d'utilisation.

L'association observée entre le fait de posséder une assurance privée et l'utilisation des services, et ce, pour l'ensemble des communautés culturelles à l'étude, est aussi notée pour la population québécoise (Brodeur et autres, 1995). Cette situation ne fait que confirmer l'importance de la barrière des coûts des services dentaires qui contribue au maintien des inégalités sociales en santé.

Le lien existant entre la satisfaction face aux services de santé de la région et le moment de la dernière consultation en cabinet dentaire, chez les immigrants récents d'origine chinoise, soulève la question de la

sensibilité culturelle de certaines communautés face à l'utilisation d'un service de santé, en particulier chez les membres les plus âgés. En effet, selon Kwan et Williams (1998), bien que la plupart des membres de la communauté chinoise semblent croire à la bonne compétence du dentiste sur le plan clinique, plusieurs d'entre eux, spécialement les adultes et les personnes âgées, déplorent le manque de sensibilité culturelle de ce professionnel dans l'approche avec le patient. Ces mêmes auteurs constatent, pour cette communauté, une préférence pour un dentiste d'origine chinoise. Le coût, la langue, la difficulté de communiquer et l'incertitude au regard des traitements constitueraient les principales barrières à l'utilisation des services d'un dentiste d'origine autre que chinoise.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Cette étude a permis de constater que la signification d'une bonne santé dentaire (capacité masticatoire, absence de douleur et d'inconfort, présence de belles dents, bonne haleine) ainsi que l'importance qu'on y accorde semblent présenter une certaine variation interculturelle. Ces constatations, bien qu'elles n'expriment que des tendances, pourront cependant influencer toute approche d'éducation à la santé dentaire dans le sens d'une prise en compte des particularités des différentes communautés culturelles à l'étude de façon à optimiser le message à transmettre.

Puisque le brossage des dents semble être une habitude largement répandue pour ce qui est de la fréquence quotidienne, l'éducation à la santé dentaire se concentrera sur l'amélioration de l'efficacité du brossage ainsi que sur l'utilisation adéquate de la soie dentaire.

Par ailleurs, malgré un pourcentage très peu élevé de réhabilitation prothétique, l'éducation à la santé dentaire, ciblant l'importance d'une réhabilitation adéquate des personnes appartenant à des communautés culturelles au Québec, devra se montrer

prudente, compte tenu de l'absence de problèmes évidents liés au fait d'être complètement édenté sans réhabilitation prothétique.

Il conviendrait également d'envisager d'autres pistes susceptibles d'influencer l'adoption d'un comportement préventif tant en santé dentaire que dans la sphère de la santé en général. En pays d'origine, les notions de niveau socioéconomique, d'appartenance à une classe sociale particulière ou même d'exposition à la culture occidentale en matière de santé, sont autant de facteurs modulant l'adoption d'un comportement lié à la prévention. Par exemple, le milieu d'origine, qu'il soit rural ou urbain, peut déterminer l'accès non seulement aux soins, mais également aux méthodes et moyens préventifs, favorisant du même coup l'adoption d'habitudes de vie saines. La présence d'un lien régulièrement rapporté entre des habitudes favorables à la santé dentaire et plusieurs variables sociodémographiques, et ce, indépendamment de la population étudiée (Dougham et autres, 2000; Vigild et autres, 1999; Brodeur et autres, 1995; Payne et Locker, 1994; De Muniz, 1985), milite en faveur d'une prise en compte sérieuse d'explications débordant le cadre strict de l'appartenance culturelle.

Bibliographie

- AKPATA, E. S., A. R. AL-SHAMMERY et H. I. SAEED (1992). « Dental caries, sugar consumption and restorative dental care in 12-13 years old children in Riyadh, Saudi Arabia », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 20, p. 343-346.
- ALAMOUDI, N., N. O. SALAKO et I. MASSOUD (1996). « Caries experience of children aged 6-9 years in Jeddah, Saudi Arabia », *International Journal of Paediatric Dentistry*, vol. 6, n° 2, p. 101-105.
- AL-ISMAILY, M., I. G. CHESTNUTT, A. AL-KHUSSAIBY, K. W. STEPHEN, A. AL-RIYAMI, M. ABBAS et M. KNIGHT (1997). « Prevalence of dental caries in Omani 6-year-old children », *Community Dental Health*, vol. 14, n° 3, p. 171-174.

AL-KHATEEB, T.L., D. M. O'MULLANE, H. WHELTON et M. I. SULAIMAN (1991). « Periodontal treatment needs among Saudi Arabian adults and their relationship to the use of Miswak », *Community Dental Health*, vol. 8, p. 323-328.

AL-TAMIMI, S., et P. E. PETERSEN (1998). « Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia », *International Dental Journal*, vol. 48, n° 3, p. 180-186.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (Page consultée le 24 avril 2002). *Site Internet de l'Association dentaire canadienne, Le brossage, la soie dentaire, l'alimentation et le fréquence des consultations* [en ligne] <http://www.cda-adc.ca/public/index.html>

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (1990). Sondage Canada Health Monitor.

ATCHISON, K. A., R. E. MATTHIAS, T. A. DOLAN, J. E. LUBBEN, F. DEJONG, S. SCHWEITZER et S. A. MAYER-OAKES (1993). « Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 53, p. 223-230.

BAILIT, H. L., R. BRAUN, G. A. MARYNIUK et P. CAMP (1987). « Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? », *Journal of the American Dental Association*, vol. 114, p. 40-45.

BECK, J. D., et S. OFFENBACHER (1998). « Oral health and systemic disease: periodontitis and cardiovascular disease », *Journal of Dental Education*, vol. 62, n° 10, p. 859-870.

BEDOS, C., et J. M. BRODEUR (2000). « Déterminants de la carie dentaire parmi les écoliers haïtiens et implication pour la santé publique », *Santé*, vol. 10, n° 3, p. 161-168.

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. BENIGERI, C. BEDOS et S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et 7-8 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 148 p. (Collection analyses et surveillance; 18).

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. PAYETTE, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et C. BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, vol. 11, 148 p. (Collection analyses et surveillance).

BRODEUR, J. M., M. PAYETTE, M. OLIVIER, D. CHABOT, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et A. LEMAY. (1998). *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35-44 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 159 p. (Collection analyses et surveillance; 8).

BRODEUR, J. M., M. BENIGERI, H. NACCACHE, M. OLIVIER et M. PAYETTE (1996). « Évolution de l'édentation au Québec entre 1980 et 1993 », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 62, n° 2, p. 159-166.

BRODEUR, J. M., M. PAYETTE, M. BENIGERI, M. OLIVIER, D. CHABOT, S. WILLIAMSON et A. LEMAY (1995). *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Résultats du sondage, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 71 p.

BRODEUR, J. M., P. L. SIMARD, D. LACHAPPELLE, R. VALLÉE, C. DRAPEAU, J. BOURDAGES et M. DEMERS (1990). *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes complètement édentées sans prothèses fonctionnelles*, Rapport final, Québec, Université Laval, 55 p.

- BRUGMAN, E., G. H. VERRIPS, M. J. DANZ et H. KALSBECK (1998). « Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in the Hague », *Community Dental Health*, vol. 15, p. 109-114.
- CAHEN, P. M., R. M. FRANK et J. C. TURLLOT (1985). « A survey of the reasons for dental extraction in France », *Journal of Dental Research*, vol. 64, p. 1087-1093.
- CHARRETTE, A. (1993). *Dental health. dans: Health and Welfare Canada*. dans STEPHENS, T., et G. D. FOWLER (eds). *Canada's Health Promotion Survey 1990: technical report*, Ottawa, Minister of supply and services Canada, 334 p.
- CHAUNCEY, H. H., R. L. GLASS et J. E. ALMAN (1989). « Dental caries. Principal cause of tooth extraction in a sample of US male adults », *Caries Research*, vol. 23, p. 200-205.
- CHEN, H. M., J. Z. CHANG, X. Q. YI et J. J. PU (1985). « The tooth mortality of 926 persons aged over 60 years », *West China Journal of Stomatology*, vol. 3, p. 121-124.
- CHOO, A., D. M. DELAC et L. B. MESSER (2001). « Oral hygiene measures and promotion: review and considerations », *Australian Dental Journal*, vol. 46, n° 3, p. 166-173.
- CISNEROS, H. C., A. J. DIANGELIS et R. V. KATZ (1979). « Oral Findings in a Minnesota latino population », *Northwest Dentistry*, v. 58, n° 1 p. 7-11.
- CLARKSON, J. J., et J. Mc LOUGHLIN (2000). « Role of fluoride in oral health promotion », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 119-128.
- CORBET, E. F., et E. C. M. LO (1994). « Tooth space in and prosthetic treatment received by the middle-aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 386-391.
- DAVENPORT, E. S., C. E. WILLIAMS, J. A. STERNE, V. SIVAPATHASUNDRAM, J. M. FEARNE et M. A. CURTIS (1998). « The East London Study of Maternal Chronic Periodontal Disease and Preterm Low Birth Weight Infants: study design and prevalence data », *Annals of Periodontology*, vol. 3, n° 1, p. 213-221.
- DEAN, K. (1991). « Relationships between knowledge and belief variables and health maintenance behaviors in a Danish population over 45 years of age », *Journal of Aging Health*, vol. 3, n° 3, p. 386-406.
- DE MUNIZ, B. R. (1985). « Epidemiologic oral health survey of Argentine children », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 13, p. 328-333.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (Page consultée le 31 mai 2001). *Site de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Statistiques, Données détaillées Montréal-Centre, Graphiques, Immigrants 1981-1996*. [en ligne] <http://www.santepub-mtl.qc.ca>.
- DOUGHAM, B., K. KASSAK et D. M. BOURGEOIS (2000). « Oral health status and treatment needs of 35-44 year old adults in Lebanon », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 395-399.
- DRAKE, C. W., J. D. BECK et R. P. STRAUSS (1990). « The accuracy of oral health perceptions in a dentate older population », *Special Care in Dentistry*, vol. 10, p. 16-20.
- DUQUETTE, P., H. LEMAY et M. BOURASSA (1981). « Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec », *Journal dentaire du Québec*, vol. 18, p. 23-28.
- ESA, R., I. A. RAZAK et R. L. JALALLUDIN (1992). « Cross-cultural variations in dental knowledge among antenatal mothers », *Odonto-stomatologie tropicale*, vol. 15, p. 19-23.

- GIFT, H. C., K. A. ATCHISON et T.F. DRURT (1998). « Perception of the natural dentition in the context of multiple variables », *Journal of Dental Research*, vol. 77, n° 7, p. 1529-1538.
- GOOCH, B. F., T. A. DOLAN et L. B. BOURQUE (1989). « Correlates of self reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment », *Journal of Dental Education*, vol. 53, p. 629-637.
- GUNNE, H. S. (1985). « The effect of removable partial dentures on mastication and dietary intake », *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 43, p. 269-278.
- HAMASHA, A. H., I. SASA et M. AL-QUDAH (2000). « Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 28, p. 67-72.
- HAYWARD, R. A., H. K. MEETZ et M. F. SHAPIRO (1989). « Utilization of dental services: 1986 patterns and trends », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 49, p. 147-152.
- HELOE, L., L. AARO et A. SOGAARD (1982). « Dental health practices among Finnish adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 10, p. 308-312.
- HOU, L. T., C. M. LIU, M. Y. WONG et W. K. CHANG (1989). « Study of chinese periodontal patients at National Taiwan University Hospital », *Chinese Dental Journal*, vol. 8, p. 128-141.
- HUA, D. Q. (1986). *Proceeding: First National Congress of Gerodontology*, Beijing.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC; DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE et F. LAPOINTE (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 642 pages (Collection La santé et le bien-être).
- ISMAIL, A. I., et S. M. SZPUNAR (1990). « The prevalence of total tooth loss, dental caries, and periodontal disease among Mexicans Americans, Cubans Americans and Puerto Ricans; findings from NHANES 1982-1984 », *American Journal of Public Health*, vol. 80, p. 66-70.
- ISMAIL, A. I., B. A. BURT, G. E. HENDERSHOT, S. JACK et S. B. CORBIN (1983). « Findings from the Dental Care Supplement of the National Health Interview Survey », *Journal of the American Dental Association*, vol. 114, n° 5, p. 617-621.
- KIYAK, H. A., et R. R. MILLER (1982). « Age differences in oral health attitudes and dental service utilization », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 42, n° 1, p. 29-41.
- KIYAK, H. A. (1981). « Dental beliefs, behaviours and health status among Pacific Asians and Caucasians », *Behavioural Dental Science*, vol. 9, p.10-14.
- KÖNIG, K. G. (2000). « Diet and oral health », *International Dental Journal*, vol. 50, p.162-174.
- KWAN, S. Y. L., et R. BEDI (2000). « Transcultural oral health care and the Chinese – an invisible community », *Dental Update*, vol. 27, p. 296-299.
- KWAN, S. Y. L., et M.A.M. HOLMES (1999). « An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire – a qualitative study », *Health Education Research*, vol. 4, p. 453-460.
- KWAN, S. Y. L., et S. A. WILLIAMS (1999). « Dental beliefs. Knowledge and behaviours of chinese people in the UK », *Community Dental Health*, vol. 16, p. 33-39.
- KWAN, S. Y. L., et S. A. WILLIAMS (1998). « Attitudes of Chinese people toward obtaining dental care in the United Kingdom », *British Dental Journal*, vol. 185, p. 188-191.

- LANG, W. P., M. A. HAMARD et R. C. MACKENZIE (1984). « Rural dental program in Haiti », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 12, p. 233-236.
- LEE, K. L., E. SCHWARZ et K. Y. K. MAK (1993). « Improving oral health through understanding the meaning of health and disease in a chinese culture », *International Dental Journal*, vol. 43, p. 2-8.
- LIM, L. P., E. SCHWARZ et E. C. M. LO (1994). « Chinese health beliefs and oral health practices among the middle aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 364-368.
- LIN, H. C., M. C. WONG, Z. J. WANG et E. C. M. LO (2001). « Oral health knowledge, attitudes, and practices of Chinese adults », *Journal of Dental Research*, vol. 80, p. 1466-1470.
- LIND, O. P., R. W. EVANS, E. F. CORBET, C. J. HOLMGREN, L. P. LIM et K. MAK (1987). « Hong Kong survey of adult oral health, part 2: Oral health related perceptions, knowledge and behaviour », *Community Dental Health*, vol. 4, p. 367-381.
- LO, E. C. M., H. C. LIN, Z. J. WANG, M. C. M. WONG et E. SCHWARZ (2001). « Utilization of dental services in Southern China », *Journal of Dental Research*, vol. 80, p. 1471-1474.
- LO, E.C.M., et E. SCHWARZ (1994). « Attitudes toward dentists and the dental care system among the middle aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, partie 2, p. 369-373.
- LÖE, H. (2000). « Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 129-139.
- LUAN, V. M., V. BAELUM, X. CHEN et O. FEJERSKOV (1989). « Tooth mortality and prosthetic treatment patterns in urban and rural chinese aged 20-80 years », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 17, p. 221-226.
- McGAW, T. (2002). « Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 68, p. 165-169.
- MILLER, A. J., J. A. BRUNELLE, J. P. CARLOS, L. J. BROWN et H. LÖE (1987). « Oral health of United States adults », The national survey of oral health in U.S. employed adults and seniors: 1985-1986, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, *National Institute of Health publication*, n° 87-2868.
- MINQUAN, D., P. E. PETERSEN, F. MINGWEN, B. ZHUAN et T. BAOJUN (2000). « Oral health services in People Republic of China as evaluated by dentists and patients », *International Dental Journal*, vol. 50, n° 5, p. 250-256.
- OFFENBACHER, S., J. D. BECK, S. LIEFF et G. SLADE (1998). « Role of periodontitis in systemic health: spontaneous preterm birth », *Journal of Dental Education*, vol. 62, n° 10, p. 852-858.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (Page consultée le 24 avril 2002). *Site internet de l'Ordre des dentistes du Québec, Informations au public, Info-capsules, Les maladies parodontales*, [En ligne]. <http://www.odq.qc.ca>.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (1999). *Sondage sur la satisfaction et les attentes des Québécois à l'égard des dentistes*, Rapport final, Montréal, 28 p.
- PAYETTE, M., J. M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec, 1989-1990, Rapport final*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 260 p.

- PAYETTE, M., J. M. BRODEUR et Y. LEPAGE (1985). *Enquête santé dentaire Québec, 1983-1984, Rapport préliminaire, volet provincial*, Québec, Association des directeurs de départements de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, 244 p.
- PAYNE, B. J., et D. LOCKER (1994). « Preventive oral health behaviors in a multi-cultural population: the North York Oral Health Promotion Survey », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 60, n° 2, p. 129-130, 133-139.
- PAYNE, B. J., et D. LOCKER (1992). « Oral self-care behaviours in older dentate adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 20, n° 6, p. 376-380.
- PETERSEN, P. E., et L. X. GUANG (1994). « Dental caries prevalence in a group of schoolchildren in Wuhan City, PR China, 1993 », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 465-466.
- PILOT, T., D. E. BARMES, M. H. LECLERQ, B. J. McCOMBIE et J. SARDO-INFIRRI (1987). « Periodontal conditions in adolescents 15-19 years of age; an overview of CPITN data in the WHO Global Data Bank », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 15: 336-338.
- QUAH, S. R. (1985). « The Health Belief Model and preventive health behaviour in Singapore », *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 3, p. 351-363.
- REISINE, S. T., et H. L. BAILIT (1980). « Clinical oral health status and adult perceptions of oral health », *Social Science Medicine*, vol. 14, n° A, p. 597-605.
- RONIS, D. L., W. P. LANG et E. PASSOW (1993). « Toothbrushing, flossing and preventive dental visits by Detroit area residents in relation to demographic and socioeconomic factors », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 53, p. 138-145.
- ROSENOER, L. M., et A. SHEIHAM (1995). « Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults », *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 22, p. 469-480.
- RUNDBERG, P., et W.O. YOUNG (1972). « Dental Knowledge and attitudes in Haiti », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 32, p. 149-157.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec, tome 1, 337 p.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec, tome 2, 103 p.
- SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993?, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, 412 p.
- SANTÉ QUÉBEC; LAVALLÉE, C., C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, 196 p.
- SANTÉ QUÉBEC; PAMPALON, R. L. LOSLIER, G. RAYMOND et P. PROVENCHER (1995). *Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 3, 97 p.
- SCHWARZ, E., et E. C. M. LO (1994). « Dental health knowledge and attitudes among the middle-aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 358-363.

SHEIHAM, A., J. G. STEELE, W. MARCENES, C. LOWE, S. FINCH, C. J. BATES, A. PRENTICE ET A. W. WALLS (2001). « The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people », *Journal of Dental Research*, vol. 80, n° 2, p. 408-413.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Recensement du Canada*, Série des profils de population par subdivision de recensement.

STEPHENS, R. G., S. L. KOGON et A. M. JARVIS (1991). « A study of the reasons for tooth extraction in a Canadian population sample », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 57, p. 501-504.

SUCHETT-KAYE, G., J. J. MORRIER et O. BARSOTTI (2001). « Clinical usefulness of microbiological diagnostic tools in the management of periodontal disease », *Research Microbiology*, vol. 152, n° 7, p. 631-639.

TINANOFF, N., et C. A. PALMER (2000). « Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 60, n° 3, p. 197-206.

TOMAR, S. L., A. B. AZEVEDO et R. LAWSON (1998). « Adult dental visits in California: successes and challenges », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 58, n° 4, p. 275-280.

TOSELLO, A., B. FOTI, C. SEDARAT, J. M. BRODEUR, J. M. FERRIGNO, P. TAVITIAN, G. SUSINI et J. J. BONFIL (2001). « Oral functional characteristics and gastrointestinal pathology: an epidemiological approach », *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 28, n° 7, p. 668-672.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Oral health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD: U.S.), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 308 p.

VIGILD, M., P. E. PETERSEN et R. HADI (1999). « Oral Health behaviour of 12 year-old children in Kuwait », *International Journal of Paediatric Dentistry*, vol. 9, n° 1, p. 23-29.

WATSON, M. R., A. M. HOROWITZ, I. GARCIA et M.T. CANTO (1999). « Caries condition among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents' oral health knowledge, opinions and practices », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 27, p. 8-15.

WATSON, R.W., et J. BROWN (1995). « The oral health of U.S. hispanics: evaluating their needs and their use of dental services », *Journal of American Dental Association*, vol. 126, p. 789-795.

WISSA, A. A., et M. A. ZAHRAN (1988). « Evaluation of governmental dental health services in rural health centers in Egypt », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 16, n° 1, p. 16-18.

WRIGHT, F. A., H. DENG et S. T. SHI (1989). « The dental health status of 6 and 12 year-old Beijing schoolchildren in 1987 », *Community Dental Health*, vol. 6, n° 2, p. 121-130.

WU, C. D., I. A. DAROUT et N. SKAUG (2001). « Chewing sticks: timeless natural toothbrushes for oral cleansing », *Journal of Periodontal Research*, vol. 36, p. 275-284.

Chapitre 11

Santé mentale

Cécile Rousseau
Aline Drapeau

Département de psychiatrie
Hôpital de Montréal pour enfants

Introduction

L'immigration est une expérience structurante qui peut se traduire, pour la personne et pour sa famille, aussi bien par une amélioration du bien-être que par une détresse psychologique accrue, selon les circonstances dans lesquelles la migration se déroule et les attentes auxquelles elle répond (Bibeau et autres, 1992). Contrairement à ce qui a longtemps été pensé, l'immigration et le processus de refuge politique ne constituent pas en eux-mêmes un risque pour la santé mentale des communautés immigrantes (Beiser, 1988). Les communautés, les familles et les personnes immigrantes ont cependant un vécu spécifique aussi bien avant la migration qu'après leur arrivée dans le pays hôte, qui va influencer de façon complexe leur état de bien-être et leur niveau de détresse psychologique.

Ce chapitre vise d'abord à dresser un profil global, d'une part, de la santé mentale des personnes appartenant à quatre ensembles géoculturels de migrants établis au Québec, soit les communautés¹ chinoise, haïtienne, maghrébine et moyen-orientale, et hispanophone et, d'autre part, des facteurs spécifiques à la migration et au statut de minorité susceptibles d'affecter leur bien-être psychosocial, telles la trajectoire migratoire et les situations discriminatoires auxquelles ces personnes ont été confrontées depuis leur arrivée au Québec. Il vise ensuite à examiner les relations entre, d'une part, la santé mentale de ces populations et, d'autre part, leur vécu prémigratoire, leur profil sociodémographique et leur vécu postmigratoire. Le chapitre est divisé en

quatre parties. La première partie présente une revue sommaire de la littérature sur la santé mentale des immigrants et sur les facteurs prémigratoires et postmigratoires qui peuvent l'affecter. La deuxième partie fournit de l'information essentielle sur les aspects méthodologiques de la mesure de la santé mentale et du vécu prémigratoire et postmigratoire dans *l'Étude auprès des communautés culturelles*, ainsi que sur l'analyse des données. La troisième partie résume les résultats observés dans cette étude en ce qui concerne la santé mentale et les facteurs qui y sont associés. Finalement, la dernière partie présente une interprétation de ces résultats qui tient compte du patrimoine ethnoculturel des communautés étudiées et du contexte d'accueil québécois.

11.1 Revue de la littérature

Dans sa politique de santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec reconnaît que la santé mentale comporte trois dimensions (biologique, psychodéveloppementale et contextuelle), mais que :

C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel). (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, p. 21)

1. Le terme « communauté » est ici employé pour désigner les sujets appartenant à un même ensemble géoculturel

En ce qui concerne la psychopathologie, les symptômes de nature anxiodépressive, qu'ils soient subcliniques ou cliniques (dépression majeure, troubles anxieux, problèmes de comportement, état de stress posttraumatique et troubles somatoformes), sont ceux qui le plus souvent sont rapportés comme étant en lien avec les divers stress associés à l'immigration (Ekblad et autres, 1998). L'évaluation du niveau de bien-être subjectif des populations migrantes a souvent été négligée au profit d'une vision plus axée sur la psychopathologie. Ce n'est que très récemment que certaines études ont commencé à décrire des indicateurs de santé mentale positive pour les populations immigrantes (Beiser et autres, 1995). Le décalage très fréquemment rapporté entre un niveau de symptômes élevé et une adaptation sociale adéquate chez des populations réfugiées (Mollica et autres, 1997; Sack et autres, 1996) suggère que des mesures de santé mentale positive pourraient rendre compte de façon complémentaire de phénomènes complexes qu'une perspective psychopathologique ne saisit que trop partiellement.

L'importance relative du vécu prémigratoire et migratoire par rapport à l'expérience postmigratoire est un sujet perpétuel de débat dans le champ des études portant sur la santé mentale des migrants et des réfugiés. Alors que certains considèrent que le vécu prémigratoire a un effet prolongé et qu'il doit toujours être pris en compte, d'autres insistent plutôt sur la prépondérance des facteurs postmigratoires comme déterminants psychosociaux de l'état de santé mentale des groupes de migrants et de réfugiés.

Sur le plan prémigratoire, ce sont surtout les événements traumatiques hors du commun, liés à une situation de guerre ou de violence organisée, qui paraissent avoir un impact à long terme sur la santé mentale des migrants non volontaires, assimilés le plus souvent aux réfugiés (définis selon la Convention de Genève). Les événements traumatiques peuvent avoir visé la personne ou sa famille ou avoir été vécus de façon plus passive, en tant que témoin d'une situation sociale de violence chronique ou aiguë. Ce contexte social et politique est souvent considéré

comme la raison principale de la migration pour les réfugiés, mais son importance pour les autres groupes de migrants demeure peu connue.

Le processus migratoire lui-même est souvent associé à des séparations familiales prolongées. Une étude montréalaise à Montréal a montré que celles-ci ont une durée moyenne de cinq ans pour les réfugiés (Moreau et autres, 1999). Dans le cas d'autres communautés où l'un des parents (par exemple la mère pour les communautés antillaises et philippines) immigrer pour travailler, ces séparations peuvent s'étendre sur de très longues périodes et provoquer des difficultés familiales lors de la réunification (Bals, 1999; Lashley, 2000).

Parmi les facteurs postmigratoires qui sont le plus associés à la santé mentale, on retrouve l'accès au travail et le soutien social (Beiser, 1999). Murphy (1987) avait reconnu que la présence d'un nombre critique de personnes appartenant à la communauté d'origine dans le pays hôte constituait un facteur de protection pour le migrant. Malgré la complexité de la notion de communauté pour des groupes déchirés par la guerre ou la violence organisée et l'hétérogénéité des identités ethniques, religieuses et culturelles au sein d'une même nation, le fait de retrouver un groupe d'appartenance apparaît comme un facteur facilitant l'adaptation dans le pays hôte. La présence d'un confident, l'une des dimensions du soutien social, ressort comme particulièrement importante.

La maîtrise de la langue du pays hôte contribue aussi à l'adaptation subséquente et au bien-être des immigrants. Souvent considérée comme l'un des éléments clés de l'acculturation, la capacité d'utiliser la langue du pays hôte ouvre des portes sur les plans de l'emploi, des études, des services et de l'interaction avec la population en général. Dans le contexte québécois, l'acquisition de la langue se complexifie étant donné la dualité linguistique dans la région métropolitaine de Montréal et les enjeux politiques qui l'entourent (Bibeau et autres, 1992).

Les grandes villes pluriethniques, comme la région métropolitaine de Montréal, constituent un reflet de la pluralité croissante associée aux phénomènes de mondialisation. Cette pluralité, essentiellement source de richesse, est aussi à l'origine de multiples tensions entre les communautés dominantes et minoritaires qui doivent être considérées lorsque l'on évalue le bien-être et la détresse psychologique de leurs membres. Plusieurs recherches ont ainsi décrit une association entre la perception d'événements discriminants et les symptômes dépressifs de groupes culturellement ou racialement minoritaires (Noh et autres, 1999).

L'évaluation de la santé mentale des immigrants et réfugiés se doit donc d'intégrer, d'une part, une perspective temporelle en considérant simultanément le vécu passé des migrants et leur insertion présente dans la société hôte et, d'autre part, une perspective systémique, étant donné que les déterminants du contexte postmigratoire dépendent autant, et parfois même plus, d'enjeux macrosociaux au niveau de la société hôte que des caractéristiques des groupes de migrants. L'interaction de ces deux mondes va par la suite s'inscrire dans l'expérience et l'histoire singulière de chacune des familles migrantes ou réfugiées.

11.2 Aspects méthodologiques

Le questionnaire autoadministré (QAA) de l'*Étude auprès des communautés culturelles*, dans lequel on retrouve les indicateurs de santé mentale, visait les nouveaux arrivants de 15 ans et plus. Ce choix de population cible invite à explorer le profil de santé mentale en tenant compte de l'influence du processus migratoire, tout en reconnaissant, d'une part, que ces variables contextuelles interagissent avec les variables liées au patrimoine culturel et que, d'autre part, elles n'expriment pas toute la complexité du phénomène de l'immigration et de l'adaptation au pays d'accueil (soit première c. deuxième génération, arrivée récente ou plus ancienne, etc.).

Les membres des communautés culturelles établies au Québec peuvent manifester des symptômes anxio-

dépressifs qui reflètent le caractère anxiogène de certaines expériences liées à la migration volontaire ou forcée, à l'adaptation à un nouvel environnement social et au statut de minorité visible dans une société nord-américaine. Ils peuvent aussi éprouver un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction généré par la distance entre les attentes et les espoirs des individus et la réalité de leur vie quotidienne au Québec. Ces dimensions de la santé mentale sont explorées dans l'*Étude auprès des communautés culturelles* et sont mises en relation avec le vécu pré-migratoire des personnes nées à l'extérieur du Québec et avec le mode de vie des membres des minorités visibles qui sont nés au Québec ou qui y ont immigré.

11.2.1 Mesure de la santé mentale

L'étude du profil de santé mentale des communautés culturelles est basée sur une mesure de la santé mentale négative, la symptomatologie anxiodépressive, et sur une mesure de la santé mentale positive, la satisfaction par rapport à la vie actuelle. Ces deux aspects de la santé mentale sont évalués par des instruments de mesure qui font partie du questionnaire autoadministré rempli par les membres visés du ménage âgés de 15 ans et plus; les symptômes anxiodépressifs sont documentés par les questions QAA101 à QAA125 tandis que le niveau de satisfaction est documenté par les questions QAA96 à QAA100.

Les symptômes anxiodépressifs sont mesurés à l'aide du *Symptom Checklist* qui est composé de 25 items (SCL-25) décrivant un symptôme (ex. : tremblements, maux de tête), un comportement (ex. : pleurer facilement) ou un sentiment (ex. : attitude craintive, manque d'intérêt pour tout) lié à l'anxiété ou à la dépression (Hesbacher et autres, 1980). Les personnes répondent au SCL-25 en indiquant à quel point elles ont été troublées par ce symptôme, ou ont adopté ce comportement, ou ont vécu ce sentiment durant les sept derniers jours. Les choix de réponse sont : *pas du tout* (codé 1), *un peu* (codé 2), *beaucoup* (codé 3) et *énormément* (codé 4). L'indice des symptômes anxiodépressifs est obtenu en

calculant la moyenne des réponses fournies aux 25 items et il varie de 1 (*pas du tout*) à 4 (*énormément*). Dans les études populationnelles, sa distribution est asymétrique puisqu'une majorité de personnes rapportent peu ou pas de symptômes. Le SCL-25 a été utilisé à plusieurs reprises auprès des populations immigrantes et réfugiées et sa validité transculturelle est bien établie (Kleijn et autres, 2001; Mollica et autres, 1998; Pernice et Brook, 1996).

Le niveau de satisfaction est mesuré par le *Satisfaction with Life Scale* (SLS) qui a été conçu par Diener et ses collègues (1985) et dont la version française a été produite et validée par Blais et ses collègues (1989). Le SLS regroupe cinq items permettant d'évaluer à quel point une personne est satisfaite de la vie qu'elle mène actuellement. Ces items sont formulés comme des affirmations telles que: *ma vie correspond à mes idéaux* ou *mes conditions de vie sont excellentes*, et les personnes indiquent à quel point elles sont d'accord avec ces affirmations. Les choix de réponses s'étendent de *très en désaccord* (codé 1) à *très d'accord* (codé 5). Le niveau global de satisfaction d'un individu par rapport à sa vie est obtenu en calculant la moyenne des scores enregistrés aux cinq items. Cette moyenne se situe entre 1 et 5, et plus elle est élevée, plus le niveau de satisfaction est grand. Les instruments de mesure de la santé mentale positive sont rares. La plupart sont démesurément longs compte tenu des impératifs de concision exigés par l'*Étude auprès des communautés culturelles* et n'ont pas été testés auprès des immigrants et des réfugiés. Ainsi, contrairement au SCL-25, le SLS n'a pas, à notre connaissance, été utilisé dans des études transculturelles.

11.2.2 Vécu prémigratoire

La décision de quitter son pays d'origine pour s'établir dans un autre pays peut être longtemps mûrie et même s'intégrer à une stratégie migratoire familiale, mais elle peut aussi découler de la situation sociopolitique et économique du pays d'origine qui force une partie de la population à s'exiler à l'extérieur du territoire national. De plus, quelle que

soit la motivation initiale, la migration entraîne des séparations à plus ou moins long terme de la famille, des amis et du mode de vie traditionnel. Outre le pays de naissance et le statut d'immigration, trois aspects du vécu prémigratoire sont décrits dans le présent chapitre :

- Les raisons ayant provoqué la migration sont documentées dans le questionnaire autoadministré à l'aide de quatre questions fermées (QAA136 à QAA139) où le répondant indique si, oui ou non, lui, son conjoint ou sa famille ont décidé d'émigrer à cause de la situation économique dans son pays d'origine, de la situation politique, de la situation de son groupe d'appartenance ethnique, religieux ou racial ou à cause d'un autre type de difficulté. Ces questions ne sont pas mutuellement exclusives de telle sorte qu'une personne peut indiquer plusieurs motifs de migration.
- L'exposition à la violence politique dans le pays d'origine est documentée dans le questionnaire autoadministré à l'aide de deux questions fermées (QAA140 et QAA141). Le répondant indique s'il a été témoin de faits violents liés à des difficultés sociales et/ou politiques dans son pays d'origine, et si lui ou une personne de sa famille a souffert de persécution à cause de la situation difficile dans son pays d'origine. Le fait d'être témoin d'actes violents est considéré comme une exposition indirecte tandis que la persécution personnelle ou familiale est considérée comme une exposition directe. Une personne peut avoir été exposée directement et indirectement à la violence politique exercée dans son pays d'origine.
- L'information concernant les séparations vécues par la famille à cause du processus migratoire est recueillie *par l'interviewer* à l'aide des questions QR178 à QR193. Quatre aspects des séparations familiales sont explorés : est-ce que certains membres de la famille vivaient au Québec avant l'arrivée du répondant? est-ce que celui-ci a été séparé de son conjoint à cause de la migration? est-ce qu'il a été séparé d'un ou plusieurs de ses

enfants à cause de la migration? est-ce que la famille (c'est-à-dire le conjoint et les enfants) est maintenant réunie au Québec? La durée des séparations familiales est aussi documentée.

Il est à noter toutefois que ces questions ne s'adressent qu'à l'informateur-clé dans le ménage, et qu'elles ne portent que sur son expérience personnelle. Les résultats obtenus sur ce plan ne permettent donc pas l'inférence à l'ensemble de la population.

11.2.3 *Vécu postmigratoire*

Parmi les multiples aspects de la vie des immigrants récents documentés dans l'étude, l'ancienneté de l'arrivée au Canada ainsi que quatre aspects du vécu postmigratoire ont été retenus pour l'analyse du profil de santé mentale.

- La maîtrise du français ou de l'anglais parlé est utilisée comme indicateur d'acculturation. Elle est documentée par les questions QAA206 et QAA207. Si le répondant indique qu'il parle bien ou très bien l'une ou l'autre langue, il est codé comme ayant une bonne maîtrise des langues dominantes; s'il indique qu'il parle peu ou pas du tout le français ni l'anglais, il est codé comme n'ayant pas une bonne maîtrise de ces langues. Une bonne maîtrise du français ou de l'anglais parlé est un indicateur d'une acculturation plus élevée.
- La disponibilité d'un confident est considérée comme indicateur du soutien émotionnel qu'un individu retire de son réseau social. Elle est documentée par la question QAA146 où le répondant indique si, oui ou non, il y a dans son entourage une personne à qui il peut se confier et parler librement de ses problèmes.
- Le statut d'emploi est documenté à la question QAA62. Le répondant indique si, oui ou non, il occupe présentement un emploi rémunéré.
- La perception de la discrimination comprend les événements discriminatoires subis depuis l'arrivée au Québec. Elle est documentée à l'aide d'un

questionnaire conçu par Noh et autres (1999) qui inclut huit questions dichotomiques reflétant des circonstances (ex. : dans la recherche d'emploi, dans le milieu scolaire) dans lesquelles des actes discriminatoires ont pu se produire et huit énoncés décrivant les formes de discrimination (ex. : exclusion d'un groupe, refus de servir) auxquelles le répondant a pu être exposé. Les questions sur la perception de la discrimination se trouvent dans le questionnaire autoadministré (QAA126 à QAA135).

11.2.4 *Caractéristiques sociodémographiques*

Quelques caractéristiques sociodémographiques sont aussi mises en relation avec le profil de santé mentale des communautés culturelles. Ces variables sont considérées comme des marqueurs de risque ou de protection parce qu'elles ne constituent pas, en soi, un facteur de risque ou de protection pour la santé mentale; elles sous-tendent plutôt un ensemble de facteurs, telles la situation socioéconomique, les responsabilités familiales ou les ressources personnelles, qui peuvent affecter l'état de santé de la population. Elles incluent : le sexe, le groupe d'âge (15-24 ans; 25-44 ans; 45 ans et plus) et le type de ménage (vit seul, famille biparentale, famille monoparentale, autre type de ménage).

11.2.5 *Analyse statistique*

Les résultats rapportés dans le présent chapitre sont présentés sous forme de pourcentages, de moyennes ou de coefficients de régression multiple. Les pourcentages mesurent la fréquence relative de certains phénomènes liés au vécu prémigratoire et à l'expérience de discrimination et sont utilisés pour décrire la distribution de certains aspects de la réalité des communautés culturelles qui ne sont pas abordés dans les autres chapitres. Les moyennes de l'indice des symptômes anxiodépressifs et de l'indice de satisfaction sont présentées dans le but de comparer le profil de santé mentale de différentes catégories d'individus définies par certaines variables liées au vécu prémigratoire, au vécu postmigratoire et aux caractéristiques sociodémographiques.

Il est habituel dans les rapports produits par la Direction Santé Québec d'utiliser le coefficient de variation comme indicateur du niveau de précision des pourcentages et de considérer comme relativement imprécis un pourcentage qui affiche un coefficient de variation égal ou supérieur à 15 %. Dans le cas des moyennes, le niveau de précision des estimations est basé sur des intervalles de confiance qui indiquent l'étendue des valeurs plausibles de la moyenne dans la population compte tenu de la moyenne et de la variance observées dans l'échantillon et de la taille de l'échantillon. Ces intervalles de confiance sont calculés à un niveau de confiance précis qui, ici, est de 0,95.

L'estimation et l'interprétation des coefficients de régression multiple sont plus complexes que celles des pourcentages et des moyennes. En résumé, la régression multiple vise à estimer l'association entre la variable dépendante (par exemple l'indice des symptômes anxiodépressifs et l'indice de satisfaction) et chacune des variables indépendantes (par exemple le sexe, l'âge et le statut d'emploi) en tenant compte de toutes les variables indépendantes incluses dans le modèle. Le choix des variables indépendantes est donc déterminant dans l'estimation des coefficients de régression multiple.

Les variables incluses dans tous les modèles de régression multiple sont : deux indicateurs du vécu pré-migratoire (persécution personnelle ou familiale et témoin de faits violents); deux indicateurs du profil sociodémographique (âge et sexe); et six indicateurs du contexte postmigratoire (l'ancienneté de l'arrivée au Canada, la discrimination subie au Québec, le statut d'emploi, la disponibilité d'un confident, la maîtrise du français ou de l'anglais et le type de ménage). Le type de ménage comporte trois modalités (vit seul, vit dans une famille monoparentale, vit en couple ou dans un autre type de ménage) et la valeur de référence est le fait de vivre dans une famille biparentale. Notons que puisque des variables liées au vécu pré-migratoire sont incluses dans les modèles de régression multiple, les personnes nées au Québec sont exclues d'emblée et que les analyses multivariées portent uniquement sur les membres des

communautés culturelles ciblées par l'étude qui sont nées à l'extérieur du Québec. Les variables incluses dans les analyses de régression multiple ont été sélectionnées, d'une part, parce qu'elles se sont avérées déterminantes dans d'autres études sur le profil de santé mentale et, d'autre part, parce qu'elles étaient significatives pour au moins une communauté culturelle dans l'étude. Le même modèle de régression a été appliqué pour chacune des communautés, et ce, tant pour l'indice de symptômes anxiodépressifs que pour l'indice de satisfaction.

Le fait qu'un ensemble commun de variables indépendantes ait été inclus dans tous les modèles de régression multiple, qu'elles soient ou non statistiquement significatives, permet de mieux cerner l'interprétation des résultats. Ainsi, les différences que l'on observera quant à l'association entre une variable indépendante et l'indice des symptômes anxiodépressifs et l'indice de satisfaction ne pourront être attribuées à la différence des modèles soumis à l'analyse. L'adéquation des équations de régression multiple retenues a été évaluée par une analyse des résidus. En résumé, on peut conclure que les modèles reflètent adéquatement les données si les résidus sont distribués normalement. Les analyses de résidus suggèrent que les modèles estimés pour l'indice de satisfaction sont satisfaisants, bien que le pourcentage de variance expliqué soit relativement faible (7 % à 17 %, selon la communauté culturelle). Par contre, la variance des résidus augmente en fonction du niveau de l'indice des symptômes anxiodépressifs, ce qui suggère que le modèle estimé par la régression multiple n'est pas optimal. La difficulté du modèle à prédire correctement le score de symptômes à partir des variables indépendantes considérées pourrait s'expliquer en partie par l'asymétrie de la distribution de l'indice des symptômes anxiodépressifs. Le pourcentage de variance expliqué pour l'indice de symptômes varie de 10 % à 17 %, selon la communauté culturelle.

Le pourcentage de variance expliqué par le modèle de régression multiple et le pourcentage de non-réponse partielle sont rapportés dans le texte lors de la

présentation des résultats spécifiques à chaque communauté culturelle. Par souci d'homogénéité, nous présentons dans les tableaux quelques pourcentages ainsi que toutes les moyennes et tous les coefficients de régression qui ont été calculés. Cependant, nous ne mentionnons dans le texte que les pourcentages dont le coefficient de variation est inférieur à 15 % et que les comparaisons de moyennes ou de pourcentages et les coefficients de régression qui se sont avérés statistiquement significatifs.

11.3 Résultats - Portrait global

Avant d'aborder la spécificité de chacun des ensembles culturels ciblés par l'étude, il convient de tracer un portrait global de ces populations afin d'illustrer les liens potentiels entre la santé mentale et les expériences migratoires et le processus d'établissement au Québec. Le niveau moyen de symptômes anxiodépressifs varie de 1,38 à 1,43 selon la communauté culturelle, et il est important de signaler d'emblée que ces moyennes correspondent globalement à celles qui sont rapportées dans le cadre d'études dans la population en général auprès des groupes immigrants et non immigrants et ne s'approchent pas du seuil de 1,75 observé dans des populations cliniques. Cependant, on note une variation intéressante du profil de santé mentale selon certaines caractéristiques sociodémographiques ainsi que selon quelques indicateurs du vécu prémigratoire et postmigratoire.

Mesurant des dimensions complémentaires mais distinctes, les symptômes anxiodépressifs et la satisfaction par rapport à la vie ne correspondent pas nécessairement aux deux pôles opposés d'un même continuum; une personne peut être insatisfaite de sa vie sans pour autant être déprimée ou anxieuse mais parfois ces deux sentiments vont de pair. Ainsi, la moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les femmes (1,48) que chez les hommes (1,35) tandis que celle de l'indice de satisfaction ne varie pas de façon significative selon le sexe (tableau 11.2). Par contre, la moyenne de

l'indice des symptômes anxiodépressifs ne varie pas de façon significative selon le groupe d'âge ou la maîtrise linguistique, mais celle de l'indice de satisfaction est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans (3,49) que chez les personnes de 25 à 44 ans (3,19) ou de 45 ans et plus (3,23). Cette moyenne tend à être aussi plus élevée chez les personnes qui ont une bonne maîtrise du français ou de l'anglais (3,27) que chez celles qui ne maîtrisent aucune de ces deux langues (3,17) (tableaux 11.2 et 11.3). Finalement, la moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les personnes appartenant à des familles monoparentales (1,48) que chez celles des familles biparentales (1,40).

La quasi totalité des membres des communautés culturelles ciblées par l'étude est née à l'extérieur du Canada et la plupart de ces immigrants (87 %) demeurent au Québec depuis cinq ans et plus². La situation politique (65 %) et économique (41 %) régnant dans le pays d'origine sont les principaux motifs évoqués pour immigrer (tableau 11.1). Environ 47 % des personnes ciblées par l'*Étude auprès des communautés culturelles* ont été témoins de faits violents liés au contexte sociopolitique de leur pays d'origine et environ 28 % ont souffert de persécution en tant que victime ou en tant que proche parent d'une victime (tableau 11.1). Ce vécu prémigratoire révèle une exposition importante à la violence organisée et peut constituer un risque pour le bien-être psychosocial des immigrants dans le pays d'accueil malgré la résilience que la majorité de ces immigrants démontrent face à l'adversité.

2. Données non présentées dans les tableaux.

Tableau 11.1

Vécu prémigratoire, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui		Non					
	%							
Exposition à la violence politique								
Témoin de faits violents	46,7		53,3					
Souffert de persécution	27,8		72,2					
Motif de migration								
Situation économique	40,9		59,1					
Situation politique	65,0		35,0					
Groupe d'appartenance	14,6		85,4					
Autre	11,4		88,6					
Statut d'immigration								
Réfugié	16,8		83,2					
Parrainé	21,0		79,0					
Autre immigrant	61,2		38,8					
Non-immigrant	1,0 **		99,0					
Séparations familiales ¹								
Séparé du conjoint	24,8		75,2					
Séparé d'un ou plusieurs enfants	13,4		86,6					
Réunification familiale complétée	67,3		32,7					
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon le vécu prémigratoire								
	SCL-25				Satisfaction			
	Oui	I. C.	Non	I. C.	Oui	I. C.	Non	I. C.
Groupe d'appartenance	1,55	1,45; 1,65	1,40	1,37; 1,43	3,16	2,96; 3,36	3,28	3,21; 3,35
Migration politique	1,41	1,38; 1,45	1,42	1,37; 1,48	3,26	3,17; 3,34	3,23	3,12; 3,34
Témoin de faits violents	1,44	1,40; 1,48	1,41	1,37; 1,45	3,18	3,07; 3,28	3,31	3,23; 3,39
Souffert de persécution	1,51	1,45; 1,57	1,38	1,35; 1,41	3,10	2,96; 3,23	3,31	3,24; 3,38

1. Informateurs-clés seulement.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.2

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25		I. C.		Satisfaction		I. C.	
Sexe								
Hommes	1,35		1,31; 1,38		3,23		3,15; 3,32	
Femmes	1,48		1,44; 1,51		3,29		3,22; 3,37	
Groupe d'âge								
15-24 ans	1,42		1,37; 1,47		3,49		3,36; 3,61	
25-44 ans	1,40		1,36; 1,44		3,19		3,10; 3,27	
45 ans et plus	1,43		1,38; 1,48		3,23		3,11; 3,36	
Type de famille								
Monoparentale	1,51		1,40; 1,62		3,19		2,98; 3,40	
Biparentale	1,40		1,35; 1,44		3,33		3,24; 3,43	

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.3

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Maîtrise linguistique				
Français ou anglais	1,41	1,37; 1,44	3,27	3,19; 3,25
Ni français ni anglais	1,43	1,38; 1,47	3,17	3,09; 3,34
Emploi rémunéré				
Avec emploi	1,40	1,36; 1,43	3,24	31,6; 3,33
Sans emploi	1,45	1,40; 1,49	3,24	3,14; 3,35
Confident disponible				
Avec confident	1,40	1,37; 1,43	3,30	3,24; 3,37
Sans confident	1,52	1,44; 1,60	3,00	3,06; 3,28

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Ainsi, les immigrants qui ont quitté leur pays en raison de la persécution de leur groupe d'appartenance rapportent un niveau moyen de symptômes anxio-dépressifs supérieur à celui de ceux qui n'ont pas immigré pour cette raison (1,55 c. 1,40); les immigrants qui ont été témoins de faits violents ressentent un niveau moyen de satisfaction inférieur à celui de ceux qui n'ont pas subi cette expérience traumatisante (tableau 11.1). Les immigrants qui ont personnellement souffert de persécution dans leur pays d'origine manifestent un niveau moyen de symptômes supérieur (1,51 c. 1,38) mais aussi un niveau moyen de satisfaction inférieur (3,10 c. 3,31) aux niveaux moyens de ceux qui n'ont pas été exposés à cette forme de violence organisée (tableau 11.1).

En quittant leur pays d'origine, les immigrants laissent derrière eux une ou plusieurs personnes, en particulier des membres de leur famille, à qui ils étaient et demeurent attachés. L'immigration entraîne une séparation plus ou moins prolongée de la famille nucléaire lorsque la stratégie migratoire s'organise autour de l'envoi ou du départ précipité d'un ou de quelques membres de la famille qui joueront le rôle d'éclaireur dans le pays d'accueil et qui seront rejoints par le reste de la famille quelques mois ou quelques années plus tard. Environ 25 % des informateurs-clés des communautés culturelles visées par l'étude ont été séparés de leur conjoint ou de leur conjointe à cause de la migration tandis qu'à peu près 13 % ont été séparés d'un ou de quelques-uns de leurs enfants (tableau 11.1). Pour environ 37 % des immigrants

séparés, la séparation du conjoint a duré (ou dure depuis) trois ans et plus; pour 57 %, la séparation d'un enfant s'est prolongée au-delà de trois ans; et dans 56 % des cas, la réunification familiale a été réalisée après cinq ans et plus de séparation³. Au moment de l'entrevue, la majorité (67 %) des informateurs-clés des communautés culturelles étudiées étaient réunis avec leur famille nucléaire, ce qui implique qu'environ une personne sur trois (33 %) avait un ou plusieurs membres de sa famille nucléaire vivant à l'extérieur du Canada, que ce soit volontairement ou involontairement.

L'établissement dans le pays d'accueil se déroule rarement sans heurt puisqu'il exige l'adaptation à un environnement socioculturel qui bouleverse les modes de vie traditionnels et défie parfois les convictions sociales, idéologiques et politiques acquises dans le pays d'origine. Cette adaptation peut être plus difficile si l'immigrant ne dispose pas d'un réseau social sur lequel s'appuyer et avec qui échanger. De fait, la présente étude confirme que les gens qui n'ont personne à qui se confier rapportent un niveau moyen de symptômes anxiodépressifs plus élevé que ceux qui ont un confident (1,52 c. 1,40) et ils sont aussi moins satisfaits de leur vie actuelle (3,00 c. 3,30) (tableau 11.3).

3. Données non présentées dans les tableaux.

De plus, la position de minorité et la distance socioculturelle entre le pays d'origine et le pays d'accueil peuvent se refléter par la discrimination, réelle ou perçue comme telle, exercée à l'encontre des immigrants. Environ 30 % des membres des communautés culturelles visées par l'étude rapportent avoir subi de la discrimination (tableau 11.4). Cette discrimination s'est manifestée dans le cadre de la recherche d'un emploi (69 %), du recours aux services publics (52 %) ou de santé (21 %), du contact avec le milieu scolaire (49 %), ou de la recherche d'un logement (35 %). Les personnes qui rapportent une expérience de discrimination présentent un niveau moyen de symptômes anxiodépressifs plus élevé (1,50 c. 1,38) et un niveau moyen de satisfaction plus faible (3,05 c. 3,33) que celles qui n'en rapportent pas (tableau 11.4).

L'*Étude auprès des communautés culturelles* étant une étude transversale, elle ne permet pas de distinguer la séquence temporelle dans la relation entre, d'une part, les symptômes anxiodépressifs et la satisfaction

par rapport à la vie et, d'autre part, la perception de la discrimination et la disponibilité d'un confident. Le sentiment de discrimination ou l'absence de confident peuvent provoquer une détérioration du bien-être psychosocial mais il est aussi plausible qu'un état anxiodépressif et une insatisfaction par rapport à la vie éloignent les confidents potentiels et affectent le déroulement et la perception des interactions sociales.

Bien que les communautés culturelles partagent maints aspects d'un vécu prémigratoire éprouvant et d'un contexte postmigratoire parfois précaire, elles possèdent néanmoins certaines caractéristiques spécifiques qui peuvent modifier la dynamique psychosociale qui anime chacune de ces communautés. Dans les pages qui suivent, le profil de chacune des communautés culturelles sera présenté successivement pour faire ressortir leur spécificité.

Tableau 11.4
Sentiment de discrimination, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui		Non	
	%			
Selon le sexe et l'âge				
Sexe				
Hommes	31,4		68,6	
Femmes	28,3		71,7	
Groupe d'âge				
15-24 ans	25,9		74,1	
25-44 ans	33,1		67,0	
45 ans et plus	26,6		73,4	
Total	29,8		70,2	
Selon la source de discrimination				
Recherche d'emploi	68,8		31,2	
Recherche de logement	34,5		65,5	
Milieu scolaire	48,7		51,3	
Services publics	52,5		47,5	
Services de santé	21,2		78,8	
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon la présence/absence de discrimination				
	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Présence de discrimination	1,50	1,46; 1,54	3,05	2,93; 3,17
Absence de discrimination	1,38	1,35; 1,42	3,33	3,25; 3,41

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

11.3.1 Résultats — Communauté chinoise

La plupart des caractéristiques sociodémographiques et des descripteurs du vécu postmigratoire étudiés sont associés au profil de santé mentale des membres de la communauté chinoise. Ainsi, la moyenne des indices des symptômes anxiodépressifs et du sentiment de satisfaction est plus élevée chez les femmes de la communauté chinoise que chez les hommes (tableau 11.6). La biparentalité semble associée à une détérioration du profil de santé mentale plutôt qu'à une amélioration : la moyenne des symptômes anxiodépressifs est plus élevée (1,37) et celle du niveau de satisfaction est plus faible (3,18) parmi les personnes vivant dans une famille biparentale que parmi celles qui vivent dans une

famille monoparentale (respectivement 1,25 et 3,96). De plus, on note une association entre l'âge et le profil de santé mentale : la moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs et celle de l'indice de satisfaction sont plus élevées parmi les jeunes (respectivement 1,48 et 3,34) que parmi les personnes plus âgées (tableau 11.6). Parallèlement, la maîtrise linguistique en tant qu'indicateur d'acculturation est associée au sentiment de satisfaction : la moyenne de cet indice est plus faible chez les membres de la communauté chinoise qui ne parlent ni français ni anglais (3,03) que chez ceux qui maîtrisent bien l'une ou l'autre langue (3,22) (tableau 11.7).

Tableau 11.5

Vécu prémigratoire, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui		Non	
	%			
Exposition à la violence politique				
Témoin de faits violents	37,4		62,6	
Souffert de persécution	8,0 *		92,0	
Motif de migration				
Situation économique	14,8 *		85,2	
Situation politique	57,2		42,8	
Groupe d'appartenance	2,0 **		98,0	
Autre	25,4		74,6	
Statut d'immigration				
Réfugié	1,0 **		99,0	
Parrainé	20,9		79,1	
Autre immigrant	77,8		22,2	
Non immigrant	0,2		99,8	
Séparations familiales¹				
Séparé du conjoint	21,0 *		79,0	
Séparé d'un ou plusieurs enfants	10,8 **		89,2	
Réunification familiale complétée	75,8		24,2 **	
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon le vécu prémigratoire				
	SCL-25			
	Oui		Non	
		I. C.		I. C.
	Satisfaction			
	Oui		Non	
		I. C.		I. C.
Groupe d'appartenance	1,67	1,28; 2,07	1,38	1,34; 1,42
Migration politique	1,41	1,36; 1,47	1,35	1,28; 1,41
Témoin de faits violents	1,45	1,38; 1,52	1,34	1,29; 1,40
Souffert de persécution	1,47	1,32; 1,62	1,38	1,33; 1,43
	3,19	2,83; 3,55	3,12	3,01; 3,22
	3,08	2,96; 3,21	3,14	2,97; 3,31
	3,00	2,82; 3,17	3,19	3,07; 3,32
	2,91	2,58; 3,23	3,13	3,02; 3,25

1. Informateurs-clés seulement.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.6

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Sexe				
Hommes	1,34	1,28; 1,40	3,03	2,91; 3,16
Femmes	1,42	1,37; 1,47	3,24	3,11; 3,37
Groupe d'âge				
15-24 ans	1,48	1,39; 1,57	3,34	3,18; 3,50
25-44 ans	1,35	1,29; 1,40	2,98	2,84; 3,13
45 ans et plus	1,36	1,29; 1,42	3,21	3,02; 3,39
Type de famille				
Monoparentale	1,25	1,17; 1,32	3,96	3,58; 4,34
Biparentale	1,37	1,31; 1,43	3,18	3,02; 3,33
Total	1,38		3,14	

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.7

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Maîtrise linguistique				
Français ou anglais	1,35	1,30; 1,40	3,22	3,09; 3,34
Ni français ni anglais	1,41	1,35; 1,47	3,03	2,88; 3,18
Emploi rémunéré				
Avec emploi	1,37	1,31; 1,42	3,13	3,01; 3,25
Sans emploi	1,39	1,34; 1,45	3,11	2,95; 3,26
Confident disponible				
Avec confident	1,36	1,32; 1,41	3,17	3,06; 3,28
Sans confident	1,53	1,40; 1,66	2,78	2,49; 3,07

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

La quasi-totalité de la population visée d'origine chinoise est née à l'extérieur du Canada et a immigré au Québec surtout à titre d'immigrants indépendants, d'étudiants ou d'entrepreneurs (environ 78 %), mais aussi par parrainage (environ 21 %) (tableau 11.5). Bien qu'à peine 1 % des immigrants chinois aient été admis au Québec à titre de réfugiés, environ 57 % ont quitté leur pays d'origine pour des raisons politiques et 37 % ont été témoins de faits violents (tableau 11.5). Une minorité d'immigrants chinois (25 %) attribuent leur migration à d'autres raisons telles que la réunification familiale ou la poursuite d'études. Quelles que soient les raisons qui ont motivé leur départ du pays d'origine, la migration a permis à près de 40 % des immigrants chinois d'être réunis avec un ou plusieurs membres de leur famille

qui les avaient précédés au Québec⁴. Néanmoins, au moment de l'entrevue, environ 21 % des informateurs-clés de la communauté chinoise étaient séparés de leur conjoint et 11 % d'un ou de plusieurs enfants parce que ces membres de leur famille nucléaire vivaient à l'extérieur du Québec (tableau 11.5).

Dans la communauté chinoise, le sentiment de satisfaction par rapport à la vie actuelle est associé à la durée de résidence, la moyenne du niveau de satisfaction étant plus élevée chez les plus anciens que chez ceux qui sont arrivés depuis moins de cinq ans (3,17 c. 2,95)⁴.

4. Données non présentées dans les tableaux.

Il est aussi associé au statut d'immigration à l'arrivée au Québec, la moyenne du niveau de satisfaction des personnes parrainées étant plus faible que celle des autres immigrants à l'exception des réfugiés (2,88 c. 3,22)⁴. Par ailleurs, le niveau de satisfaction ne varie pas de façon significative en fonction des indicateurs du vécu prémigratoire, mais la moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les immigrants chinois qui ont été témoins de faits violents (1,45 c. 1,34).

Environ 39 % des personnes d'origine chinoise visées par l'étude ont éprouvé des sentiments de discrimination au moins une fois depuis leur arrivée au Québec (tableau 11.8). Ces actes discriminatoires se sont principalement déroulés dans leur relation avec

les services publics (68 %), dans la recherche d'emploi (58 %) et dans le milieu scolaire (47 %).

La moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les membres de la communauté chinoise qui n'ont personne à qui se confier que chez ceux qui ont un confident (1,53 c. 1,36) (tableau 11.7) et chez ceux qui ont souffert de discrimination comparativement à ceux qui n'en ont pas été victimes (1,49 c. 1,31) (tableau 11.8). La moyenne du niveau de satisfaction exprimé par les membres de la communauté chinoise qui ont quelqu'un à qui se confier est plus élevée que la moyenne de ceux qui n'ont pas de confident (3,17 c. 2,78) et elle est plus faible chez ceux qui ont subi de la discrimination que chez ceux qui n'en ont pas subi (2,96 c. 3,24).

Tableau 11.8
Sentiment de discrimination, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%			
	Oui	Nor		
Selon le sexe et l'âge				
Sexe				
Hommes	34,0*	66,0		
Femmes	43,8	56,2		
Groupe d'âge				
15-24 ans	50,0*	50,0 *		
25-44 ans	39,0*	61,0		
45 ans et plus	32,0*	68,0		
Total	39,0	61,0		
Selon la source de discrimination				
Recherche d'emploi	58,4	41,6		
Recherche de logement	23,7*	76,3		
Milieu scolaire	47,0	53,0		
Services publics	67,8	32,2		
Services de santé	22,1*	77,9		
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon la présence/absence de discrimination				
	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Présence de discrimination	1,49	1,43; 1,55	2,96	2,82; 3,10
Absence de discrimination	1,31	1,26; 1,36	3,24	3,10; 3,38

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Lorsque l'on tient compte simultanément du vécu prémigratoire, du contexte postmigratoire et du profil sociodémographique par une analyse de régression linéaire multiple, on constate que certains facteurs demeurent significatifs tandis que d'autres perdent leur importance. Ainsi, le niveau moyen de symptômes anxiodépressifs augmente d'environ 0,10 chez les membres de la communauté chinoise qui ont été témoins de faits violents dans leur pays d'origine et de 0,16 chez ceux qui ont vécu des expériences de discrimination au Québec alors qu'il diminue d'environ 0,17 chez ceux qui ont un confident disponible, de 0,11 chez ceux qui peuvent s'exprimer en français ou en anglais et de 0,16 chez ceux qui vivent dans une famille monoparentale par opposition

à une famille biparentale (tableau 11.9). Par ailleurs, la disponibilité d'un confident augmente d'environ 0,34 le niveau moyen de satisfaction mais le fait d'être un homme, de vivre au Canada depuis moins de cinq ans et d'avoir subi des actes discriminatoires contribue à diminuer de façon significative le sentiment de satisfaction par rapport à la vie actuelle (tableau 11.10). Le pourcentage de non-réponse partielle globale est de 16,5 % pour le modèle de l'indice des symptômes anxiodépressifs et de 16,6 % pour le modèle de l'indice de satisfaction; le pourcentage de variance expliquée se situe respectivement à 16 % et 11 % pour chacun de ces modèles.

Tableau 11.9

Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	0,87	0,02	-0,18 à 0,22
A été témoin de faits violents	0,02	0,10	0,02 à 0,18
Profil sociodémographique			
Âge	< 0,00	-0,00	-0,00 à -0,00
Sexe ⁴	0,11	-0,05	-0,11 à 0,01
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,78	0,02	-0,10 à 0,14
A vécu de la discrimination	< 0,00	0,16	0,08 à 0,24
A un emploi rémunéré	0,56	0,02	-0,04 à 0,08
A un confident	0,01	-0,17	-0,29 à -0,05
Parle bien français ou anglais	0,01	-0,11	-0,19 à -0,03
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,03	-0,14	-0,30 à 0,02
Vit dans une famille monoparentale ⁵		-0,16	-0,24 à -0,08
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		0,08	-0,06 à 0,22

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.10

Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population chinoise de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu pré migratoire			
A souffert de persécution	0,88	0,03	-0,38 à 0,44
A été témoin de faits violents	0,40	-0,09	-0,31 à 0,13
Profil sociodémographique			
Age	0,40	-0,00	-0,00 à -0,00
Sexe ⁴	0,01	-0,23	-0,39 à -0,07
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,03	-0,32	-0,61 à -0,03
A vécu de la discrimination	< 0,00	-0,34	-0,54 à -0,14
A un emploi rémunéré	1,00	-0,00	-0,18 à 0,18
A un confident	0,03	0,34	0,05 à 0,63
Parle bien français ou anglais	0,12	0,15	-0,05 à 0,35
Type de ménage			
Vit seul ⁵		-0,38	-0,71 à -0,05
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,30	-0,17 à 0,77
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		-0,03	-0,34 à 0,28

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

11.3.2 Résultats — Communauté haïtienne

Dans la communauté haïtienne, la moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,48 c. 1,32) tandis que la moyenne de l'indice de satisfaction tend à être plus élevée chez les jeunes (3,26) que chez les personnes de 25 à 44 ans (2,97) (tableau 11.12). Les indicateurs du vécu postmigratoire ne sont pas associés de façon significative au profil de santé mentale de la population haïtienne à l'exception de la disponibilité d'un confident : la moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les personnes qui n'ont pas de confident (1,54) que chez celles qui ont quelqu'un à qui se confier (1,41) (tableau 11.13).

L'étude révèle qu'environ 47 % des membres de la communauté haïtienne visée ont été parrainés pour immigrer au Québec, 39 % se sont installés au Québec comme immigrants indépendants, étudiants ou entrepreneurs, 13 % ont été admis à titre de réfugiés et près de 21 % sont nés au Québec (tableau 11.11). Le départ d'Haïti serait principalement motivé par des

raisons politiques (66 %) et/ou économiques (57 %). De plus, environ 47 % des immigrants haïtiens ont été témoins de faits violents dans leur pays d'origine et environ 27 % ont été personnellement touchés par la violence politique en Haïti puisque eux ou un membre de leur famille ont été persécutés.

Environ 85 % des immigrants haïtiens de 15 ans et plus résident au Québec depuis cinq ans et plus et, à leur arrivée, 60 % des immigrants haïtiens étaient accueillis par un ou plusieurs membres de leur famille qui les avaient précédés au Québec⁵. Le processus de migration a signifié la séparation temporaire du conjoint ou des enfants pour, respectivement, environ 38 % et 19 % des informateurs-clés de la communauté haïtienne (tableau 11.11). La majorité (63 %) des répondants principaux (informateurs-clés) haïtiens visés par l'étude ont complété la réunification avec leur famille nucléaire, mais la séparation d'un ou plusieurs membres de la famille nucléaire demeure une réalité pour un sur trois d'entre eux.

5. Données non présentées dans les tableaux.

Tableau 11.11

Vécu prémigratoire, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%							
	Oui	Non						
Exposition à la violence politique								
Témoin de faits violents	46,8	53,2						
Souffert de persécution	27,0	73,0						
Motif de migration								
Situation économique	57,4	42,6						
Situation politique	66,1	33,9						
Groupe d'appartenance	3,9 **	96,1						
Autre	11,8 *	88,2						
Statut d'immigration								
Réfugié	13,3 *	86,7						
Parrainé	47,3	52,7						
Autre immigrant	39,0	61,0						
Non-immigrant	0,4 **	99,6						
Séparations familiales ¹								
Séparé du conjoint	38,2	61,8						
Séparé d'un ou plusieurs enfants	18,6 *	81,4						
Réunification familiale complétée	63,0	37,0 *						
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon le vécu prémigratoire								
	SCL-25				Satisfaction			
	Oui	I. C.	Non	I. C.	Oui	I. C.	Non	I. C.
Groupe d'appartenance	1,63	1,32; 1,94	1,42	1,37; 1,48	3,30	2,87; 3,74	3,08	2,95; 3,20
Migration politique	1,40	1,34; 1,47	1,48	1,37; 1,60	3,07	2,94; 3,21	2,95	2,74; 3,17
Témoin de faits violents	1,47	1,39; 1,55	1,39	1,31; 1,47	2,97	2,82; 3,13	3,06	2,90; 3,22
Souffert de persécution	1,41	1,30; 1,52	1,42	1,36; 1,49	3,09	2,87; 3,31	3,01	2,88; 3,13

1. Informateurs-clés seulement.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.12

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25		Satisfaction	
	I. C.	I. C.	I. C.	I. C.
Sexe				
Hommes	1,32	1,24; 1,39	3,02	2,86; 3,18
Femmes	1,48	1,41; 1,56	3,06	2,93; 3,20
Groupe d'âge				
15-24 ans	1,41	1,32; 1,51	3,26	3,07; 3,44
25-44 ans	1,42	1,34; 1,49	2,97	2,80; 3,13
45 ans et plus	1,41	1,29; 1,53	3,03	2,85; 3,21
Type de famille				
Monoparentale	1,46	1,31; 1,61	3,19	2,96; 3,41
Biparentale	1,38	1,30; 1,46	2,96	2,75; 3,17
Total	1,42		3,05	

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.13

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Maitrise linguistique				
Français ou anglais	1,40	1,33; 1,47	3,02	2,89; 3,15
Ni français ni anglais	1,44	1,33; 1,56	2,97	2,75; 3,19
Emploi rémunéré				
Avec emploi	1,37	1,31; 1,44	3,02	2,86; 3,18
Sans emploi	1,46	1,37; 1,54	3,05	2,90; 3,21
Confident disponible				
Avec confident	1,41	1,35; 1,47	3,04	2,92; 3,16
Sans confident	1,54	1,41; 1,66	2,97	2,64; 3,31

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Les expériences prémigratoires des membres de la communauté haïtienne ne semblent pas associées de façon significative à leur profil de santé mentale (tableau 11.11). Par contre, le niveau moyen de satisfaction est plus élevé chez les Haïtiens qui ont été parrainés (3,23) pour immigrer au Québec que chez ceux qui ont été admis comme immigrants indépendants, étudiants ou entrepreneurs (2,95) et il est particulièrement faible parmi les réfugiés (2,66) (données non présentées).

Environ 31 % des Haïtiens visés par l'étude mentionnent avoir subi un acte discriminatoire depuis

leur arrivée au Québec (tableau 11.14). Les attitudes racistes contre les Haïtiens se produisent principalement dans la recherche d'emploi (73 %) ou de logement (67 %) (tableau 11.14). Le sentiment de discrimination éprouvé par les membres de la communauté haïtienne est associé à leur profil de santé mentale. Ainsi, le niveau moyen de symptômes anxiodépressifs est plus élevé chez ceux qui ont subi une certaine discrimination que chez ceux qui n'en n'ont pas subi (1,51 c. 1,37) et la moyenne du niveau de satisfaction est plus faible parmi les victimes de discrimination (2,77 c. 3,13) (tableau 11.14).

Tableau 11.14

Sentiment de discrimination, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui	Non		
	%			
Selon le sexe et l'âge				
Sexe				
Hommes	36,2 *	63,8		
Femmes	27,5 *	72,5		
Groupe d'âge				
15-24 ans	24,7 **	75,3		
25-44 ans	36,4 *	63,6		
45 ans et plus	24,5 **	75,5		
Total	31,1	68,9		
Selon la source de discrimination				
Recherche d'emploi	72,5	27,5 *		
Recherche de logement	67,1	32,9 *		
Milieu scolaire	41,3 *	58,7		
Services publics	43,8	56,2		
Services de santé	15,2 **	84,8		
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon la présence/absence de discrimination				
	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Présence de discrimination	1,51	1,40; 1,62	2,77	2,58; 2,97
Absence de discrimination	1,37	1,31; 1,43	3,13	3,00; 3,27

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Lorsque l'on tient compte simultanément du vécu prémigratoire, des caractéristiques sociodémographiques et du contexte postmigratoire, seul le sexe modifie de façon significative le niveau de symptômes anxio-dépressifs : les hommes haïtiens rapportent un niveau moyen de symptômes de 0,18 inférieur à celui des femmes (tableau 11.15). Par ailleurs, dans l'analyse de régression multiple portant sur le niveau de satisfaction, seule l'expérience de discrimination s'avère significative : le niveau de satisfaction est, en moyenne, de 0,34 plus faible chez les Haïtiens qui ont

vécu de la discrimination que chez ceux qui n'en n'ont pas subi (tableau 11.16). Le pourcentage de non-réponse partielle globale est de 30,4 % pour le modèle de l'indice des symptômes anxiodépressifs et de 30,3 % pour le modèle de l'indice de satisfaction; le pourcentage de variance expliquée se situe respectivement à 11 % et 7 % pour chacun de ces modèles.

Tableau 11.15

Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	0,18	-0,10	-0,24 à 0,04
A été témoin de faits violents	0,06	0,12	-0,00 à 0,24
Profil sociodémographique			
Âge	0,71	-0,00	-0,00 à -0,00
Sexe ⁴	< 0,00	-0,18	-0,28 à -0,08
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,82	0,02	-0,14 à 0,18
A vécu de la discrimination	0,15	0,09	-0,03 à 0,21
A un emploi rémunéré	0,16	-0,08	-0,20 à 0,04
A un confident	0,10	-0,16	-0,32 à 0,00
Parle bien français ou anglais	0,62	-0,04	-0,20 à 0,12
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,47	0,15	-0,11 à 0,41
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,01	-0,15 à 0,17
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		-0,02	-0,14 à 0,10

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.16

Variabiles indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population haïtienne de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β ¹	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	0,59	0,07	-0,19 à 0,33
A été témoin de faits violents	0,77	0,04	-0,22 à 0,30
Profil sociodémographique			
Âge	0,20	-0,00	-0,00 à 0,00
Sexe ⁴	0,14	0,16	-0,06 à 0,38
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,93	0,01	-0,28 à 0,30
A vécu de la discrimination	0,01	-0,34	-0,60 à -0,08
A un emploi rémunéré	0,35	-0,12	-0,36 à 0,12
A un confident	0,33	0,17	-0,18 à 0,52
Parle bien français ou anglais	0,71	-0,06	-0,35 à 0,23
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,33	-0,24	-0,65 à 0,17
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,12	-0,17 à 0,41
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		0,04	-0,25 à 0,33

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

11.3.3 Résultats – Communauté du Maghreb et du Moyen-Orient

Le profil de santé mentale des personnes originaires du Maghreb ou du Moyen-Orient ne varie pas de façon significative en fonction du type de famille, de la maîtrise linguistique ou du statut d'emploi (tableaux 11.18 et 11.19). Par contre, le niveau moyen de symptômes anxiodépressifs est plus élevé chez les femmes (1,49) que chez les hommes (1,38) et la moyenne du sentiment de satisfaction est plus élevée dans le groupe des 15-24 ans (3,60) que dans celui des 25-44 ans (3,27) ou des 45 ans et plus (3,27). Parmi les indicateurs du vécu postmigratoire, seule la disponibilité d'un confident est associée à la santé mentale : la moyenne du niveau de satisfaction tend à être plus élevée chez les personnes qui ont quelqu'un à qui se confier (3,39) que chez celles qui n'en ont pas (3,12).

La plupart (76 %) des membres de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient ciblés par l'étude ont immigré au Québec à titre d'immigrants indépendants,

d'entrepreneurs ou d'étudiants tandis qu'une minorité a été parrainée (12 %) ou admise comme réfugiée (10 %) (tableau 11.17). Ces immigrants ont émigré pour des raisons politiques (64 %), économiques (43 %) et/ou parce que leur groupe d'appartenance était persécuté (24 %). Environ 44 % des immigrants en provenance de pays arabophones ont été témoins de faits violents liés aux conflits armés qui règnent dans leur pays d'origine, et 27 % ont subi une persécution personnelle ou familiale. La majorité (86 %) de ces immigrants sont installés au Québec depuis cinq ans et plus⁶. La migration s'est soldée par une séparation d'un ou plusieurs membres de la famille nucléaire mais environ 61 % des informateurs-clés vivent maintenant au Québec avec toute leur famille nucléaire.

La moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs exprimés par les personnes qui ont quitté leur pays parce que leur groupe d'appartenance était persécuté

6. Données non présentées dans les tableaux.

est plus élevée que la moyenne de celles qui n'évoquent pas cette raison pour justifier leur migration (1,53 c. 1,40) (tableau 11.17). Elle est aussi plus élevée chez les immigrants du Maghreb et du Moyen-Orient qui ont personnellement souffert de persécution ou dont la famille a été victime de persécution comparativement à ceux qui n'ont pas été directement

ou indirectement persécutés (1,59 c. 1,37). Parallèlement, la moyenne de l'indice de satisfaction est moins élevée chez les membres de ces communautés qui ont personnellement souffert de persécution dans leur pays d'origine ou dont la famille a été persécutée que chez ceux qui n'ont pas été persécutés (3,04 c. 3,44).

Tableau 11.17

Véçu prémigratoire, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui	Non						
	%							
Exposition à la violence politique								
Témoin de faits violents	43,8	56,2						
Souffert de persécution	26,8	73,2						
Motif de migration								
Situation économique	43,1	56,9						
Situation politique	64,1	35,9						
Groupe d'appartenance	24,3	75,7						
Autre	13,0*	87,0						
Statut d'immigration								
Réfugié	10,4	89,6						
Parrainé	11,7	88,3						
Autre immigrant	76,3	23,7						
Non immigrant	1,6	98,4						
Séparations familiales¹								
Séparé du conjoint	11,4*	88,6						
Séparé d'un ou plusieurs enfants	4,7**	95,3						
Réunification familiale complétée	61,0*	39,0**						
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon le vécu prémigratoire								
	SCL-25				Satisfaction			
	Oui	I. C.	Non	I. C.	Oui	I. C.	Non	I. C.
Groupe d'appartenance	1,53	1,41; 1,64	1,40	1,34; 1,45	3,18	2,95; 3,41	3,40	3,26; 3,53
Migration politique	1,45	1,38; 1,51	1,40	1,32; 1,49	3,32	3,17; 3,48	3,36	3,17; 3,55
Témoin de faits violents	1,47	1,39; 1,55	1,43	1,36; 1,50	3,28	3,08; 3,49	3,38	3,24; 3,52
Souffert de persécution	1,59	1,48; 1,70	1,37	1,32; 1,43	3,04	2,78; 3,30	3,44	3,31; 3,57

1. Informateurs-clés seulement.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.18

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Sexe				
Hommes	1,38	1,32; 1,45	3,29	3,14; 3,45
Femmes	1,49	1,42; 1,55	3,39	3,25; 3,54
Groupe d'âge				
15-24 ans	1,43	1,34; 1,52	3,60	3,35; 3,84
25-44 ans	1,41	1,34; 1,48	3,27	3,13; 3,42
45 ans et plus	1,48	1,39; 1,56	3,27	3,03; 3,51
Type de famille				
Monoparentale	1,34	1,12; 1,57	3,63	2,85; 4,40
Biparentale	1,43	1,36; 1,51	3,39	3,24; 3,55
Total	1,43		3,34	

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.19

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Maîtrise linguistique				
Français ou anglais	1,44	1,38; 1,50	3,33	3,20; 3,46
Ni français ni anglais	1,41	1,32; 1,50	3,22	2,97; 3,47
Emploi rémunéré				
Avec emploi	1,43	1,36; 1,49	3,31	3,16; 3,47
Sans emploi	1,45	1,38; 1,53	3,32	3,12; 3,51
Confident disponible				
Avec confident	1,42	1,36; 1,47	3,39	3,27; 3,51
Sans confident	1,51	1,38; 1,64	3,12	2,73; 3,52

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Environ 26 % des personnes originaires de pays arabophones ont vécu au moins une expérience de discrimination (tableau 11.20). Dans la majorité des cas, cette discrimination s'exerce au cours de la recherche d'emploi (74 %). La moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les personnes qui ont subi des actes discriminatoires que chez celles qui n'en ont pas subi (1,52 c. 1,41) mais le sentiment de satisfaction ne varie pas de façon significative en fonction des expériences discriminatoires.

Parmi les divers facteurs significatifs identifiés dans les analyses bivariées, seuls la persécution subie dans le pays d'origine et le sexe demeurent significatifs dans les analyses de régression multiple portant sur les symptômes anxiodépressifs (tableau 11.21). Les immigrants du Maghreb et du Moyen-Orient qui ont été

persécutés rapportent un niveau de symptômes qui est, en moyenne, de 0,25 plus élevé que celui de ceux qui n'ont pas subi cette violence politique et les hommes expriment un niveau de symptômes qui est, en moyenne, de 0,12 inférieur à celui des femmes. Lorsqu'on contrôle pour le vécu prémigratoire, le profil sociodémographique et le contexte postmigratoire, la persécution subie dans le pays d'origine demeure aussi un facteur important du niveau de satisfaction puisqu'il est, en moyenne, de 0,44 plus faible chez les personnes qui ont été persécutées que chez celles qui ne l'ont pas été (tableau 11.22). Le pourcentage de non-réponse partielle globale est de 22,4 % pour le modèle de l'indice des symptômes anxiodépressifs et de 22,1 % pour le modèle de l'indice de satisfaction; le pourcentage de variance expliquée se situe respectivement à 10 % et 12 % pour chacun de ces modèles.

Tableau 11.20

Sentiment de discrimination, population du Maghreb et de Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui	Non		
	%			
Selon le sexe et l'âge				
Sexe				
Hommes	28,7	71,3		
Femmes	22,6 *	77,4		
Groupe d'âge				
15-24 ans	22,0 *	78,0		
25-44 ans	27,4	72,6		
45 ans et plus	25,7 *	74,3		
Total	25,8	74,2		
Selon la source de discrimination				
Recherche d'emploi	74,2	25,8*		
Recherche de logement	27,7 **	72,3		
Milieu scolaire	49,4 *	50,6		
Services publics	42,1 *	57,9		
Services de santé	15,7 **	84,9		
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon la présence/absence de discrimination				
	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Présence de discrimination	1,52	1,44; 1,60	3,19	2,94; 3,44
Absence de discrimination	1,41	1,35; 1,47	3,37	3,23; 3,51

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.21

Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu pré migratoire			
A souffert de persécution	<0,00	0,25	0,11 à 0,39
A été témoin de faits violents	0,10	-0,09	-0,19 à 0,01
Profil sociodémographique			
Âge	0,93	0,00	-0,00 à 0,00
Sexe ⁴	0,02	-0,12	-0,22 à -0,02
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,70	-0,02	-0,14 à 0,10
A vécu de la discrimination	0,21	0,07	-0,05 à 0,19
A un emploi rémunéré	0,82	0,01	-0,11 à 0,13
A un confident	0,07	-0,16	-0,34 à 0,02
Parle bien français et/ou anglais	0,84	0,01	-0,11 à 0,13
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,93	-0,02	-0,24 à 0,20
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,02	-0,14 à 0,18
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		0,05	-0,11 à 0,21

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.22

Variabes indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population du Maghreb et du Moyen-Orient de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	< 0,00	-0,44	-0,75 à -0,13
A été témoin de faits violents	0,42	0,12	-0,16 à 0,40
Profil sociodémographique			
Âge	0,21	-0,00	-0,00 à 0,00
Sexe ⁴	0,93	-0,01	-0,23 à 0,21
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,48	-0,10	-0,36 à 0,16
A vécu de la discrimination	0,29	-0,15	-0,43 à 0,13
A un emploi rémunéré	0,99	-0,00	-0,26 à 0,26
A un confident	0,14	0,27	-0,08 à 0,62
Parle bien français ou anglais	0,65	0,06	-0,22 à 0,34
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,10	-0,52	-0,97 à -0,07
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,07	-0,36 à 0,50
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		-0,23	-0,60 à 0,14

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

11.3.4 Résultats — Communauté hispanophone

La moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs exprimés par les femmes de la communauté hispanophone est plus élevée que celle des hommes (1,49 c. 1,30) et la monoparentalité semble liée à une augmentation des symptômes comparativement à la biparentalité (1,56 c. 1,34) (tableau 11.24). De plus, le profil anxiodépressif est fortement teinté par certains aspects du vécu postmigratoire. La moyenne du niveau de symptômes est plus élevée chez les personnes qui n'ont pas d'emploi rémunéré (1,46 c. 1,36) et chez celles qui n'ont personne à qui se confier (1,54 c. 1,38) (tableau 11.25). Le niveau moyen de satisfaction est, quant à lui, plus élevé chez les jeunes hispanophones (3,50) que chez leurs aînés de 25 à 44 ans (3,25), chez les personnes qui vivent dans une famille biparentale (3,45) que chez celles qui vivent en famille monoparentale (2,95), et chez celles qui ont quelqu'un à qui se confier (3,38 c. 2,80).

Le statut d'immigration des hispanophones est très diversifié puisque aucune catégorie n'est majoritaire : environ 41 % ont été accueillis au Québec comme réfugiés, 36 % comme immigrants indépendants, entrepreneurs ou étudiants, 23 % ont été parrainés (tableau 11.23). Les immigrants hispanophones ont quitté leur pays d'origine surtout pour des raisons politiques (71 %) mais aussi pour des raisons économiques (42 %). Un peu plus de la moitié (58 %) des immigrants hispanophones ont été témoins de faits violents dans leur pays d'origine et 42 % ont été victimes de persécution les visant personnellement ou visant un membre de leur famille.

Tableau 11.23

Vécu prémigratoire, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui	Non						
	%							
Exposition à la violence politique								
Témoin de faits violents	57,9	42,1						
Souffert de persécution	42,3	57,7						
Motif de migration								
Situation économique	41,8	58,2						
Situation politique	70,9	29,1						
Groupe d'appartenance	7,2 *	92,8						
Autre	12,0 *	88,0						
Statut d'immigration								
Réfugié	41,0	59,0						
Parrainé	23,0	77,0						
Autre immigrant	35,7	64,3						
Non immigrant	0,4 **	99,6						
Séparations familiales ¹								
Séparé du conjoint	28,6	71,4						
Séparé d'un ou plusieurs enfants	18,4 *	81,6						
Réunification familiale complétée	67,7	32,3 *						
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon le vécu prémigratoire								
	SCL-25				Satisfaction			
	Oui	I. C.	Non	I. C.	Oui	I. C.	Non	I. C.
Groupe d'appartenance	1,69	1,48; 1,90	1,39	1,34; 1,44	2,97	2,74; 3,21	3,30	3,20; 3,40
Migration politique	1,36	1,32; 1,40	1,50	1,39; 1,62	3,32	3,22; 3,42	3,17	3,00; 3,35
Témoin de faits violents	1,38	1,34; 1,43	1,44	1,35; 1,52	3,19	3,07; 3,31	3,44	3,31; 3,56
Souffert de persécution	1,44	1,37; 1,50	1,38	1,32; 1,44	3,20	3,06; 3,35	3,38	3,28; 3,49

1. Informateurs-clés seulement.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.24

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction des caractéristiques sociodémographiques, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Sexe				
Hommes	1,30	1,25; 1,34	3,34	3,24; 3,44
Femmes	1,49	1,42; 1,56	3,30	3,18; 3,41
Groupe d'âge				
15-24 ans	1,37	1,29; 1,46	3,50	3,37; 3,64
25-44 ans	1,41	1,35; 1,47	3,25	3,13; 3,26
45 ans et plus	1,39	1,32; 1,47	3,31	3,13; 3,48
Type de famille				
Monoparentale	1,65	1,46; 1,84	2,95	2,71; 3,19
Biparentale	1,34	1,30; 1,39	3,45	3,33; 3,56
Total	1,40		3,32	

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.25

Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction en fonction du vécu postmigratoire, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Maîtrise linguistique				
Français ou anglais	1,37	1,32; 1,42	3,31	3,20; 3,41
Ni français ni anglais	1,45	1,36; 1,54	3,32	3,18; 3,45
Emploi rémunéré				
Avec emploi	1,36	1,31; 1,41	3,29	3,18; 3,40
Sans emploi	1,46	1,38; 1,54	3,29	3,16; 3,42
Confident disponible				
Avec confident	1,38	1,33; 1,43	3,38	3,29; 3,47
Sans confident	1,54	1,39; 1,68	2,80	2,51; 3,08

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

La moyenne du niveau de symptômes anxiodépressifs est plus élevée chez les immigrants hispanophones qui ont migré parce que leur groupe d'appartenance était persécuté dans leur pays d'origine (Oui : 1,69; Non : 1,39) mais elle est plus faible chez ceux qui ont quitté leur pays pour des raisons politiques (Oui : 1,36; Non : 1,50) (tableau 11.23). Le vécu prémigratoire est aussi associé au niveau de satisfaction. Ainsi, la moyenne du sentiment de satisfaction est plus élevée chez ceux qui ont migré à cause de la persécution de leur groupe d'appartenance (non : 3,30; oui : 2,97), chez ceux qui n'ont pas été témoins de faits violents (non : 3,19; oui : 3,44) et chez ceux qui n'ont pas souffert de persécution (non : 3,20; oui : 3,38).

La majorité (91 %) des immigrants hispanophones ciblés par l'étude sont arrivés au Canada depuis cinq ans et plus⁷. Pour plusieurs informateurs-clés, la migration a provoqué la séparation du conjoint (29 %) ou d'un ou plusieurs enfants (18 %) (tableau 11.23). Bien que la majorité (environ 68 %) des informateurs-clés hispanophones soient réunis avec leur famille, un pourcentage non négligeable (32 %) est séparé d'un ou de plusieurs membres de la famille nucléaire vivant à l'extérieur du Québec. Près d'un immigrant hispanophone sur trois (32 %) a souffert de discrimination depuis son arrivée au Québec (tableau 11.26). Les actes discriminatoires se sont principalement déroulés lors de l'utilisation des services publics (63 %), au cours de la recherche d'emploi (65 %) ou dans le milieu scolaire (53 %). La moyenne de l'indice des symptômes anxiodépressifs

est plus élevée chez les personnes qui ont vécu des expériences discriminatoires (1,46) que chez celles qui n'en ont pas vécu (1,37), et la moyenne du niveau de satisfaction par rapport à la vie est, quant à elle, plus faible chez les personnes qui ont subi de la discrimination que chez celles qui n'en ont pas subi (3,04 c. 3,42).

Plusieurs facteurs identifiés dans les analyses bivariées comme étant associés à la santé mentale des membres de la communauté hispanophone demeurent significatifs dans les analyses multivariées où l'on tient compte du vécu prémigratoire, des caractéristiques sociodémographiques et du contexte postmigratoire (tableau 11.27). Ainsi, le niveau de symptômes anxiodépressifs est, en moyenne, plus faible de 0,18 chez les hommes, de 0,16 chez les personnes qui ont un confident disponible et de 0,14 chez celles qui ont une bonne maîtrise du français ou de l'anglais; par contre, il est, en moyenne, de 0,18 plus élevé chez les personnes qui vivent seules ou en ménage monoparental comparativement à celles qui vivent dans une famille traditionnelle. Par ailleurs, le niveau de satisfaction diminue, en moyenne, de 0,32 chez les personnes qui sont victimes de discrimination et de 0,42 chez celles qui vivent dans une famille monoparentale comparativement à une famille biparentale, mais il est de 0,60 plus élevé chez celles qui ont quelqu'un à qui se confier. Le pourcentage de non-réponse partielle est de 25,7 % pour le modèle de l'indice des symptômes anxiodépressifs et de 24,9 % pour le modèle de l'indice de satisfaction; le pourcentage de variance expliquée se situe à 17 % pour ces deux modèles.

7. Données non présentées dans les tableaux.

Tableau 11.26

Sentiment de discrimination, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Oui	Non		
	%			
Selon le sexe et l'âge				
Sexe				
Hommes	33,4	66,6		
Femmes	30,3 *	69,7		
Groupe d'âge				
15-24 ans	20,2 **	79,8		
25-44 ans	39,3	60,7		
45 ans et plus	25,1 **	74,9		
Total	31,8	68,2		
Selon la source de discrimination				
Recherche d'emploi	64,7	35,9		
Recherche de logement	36,9	63,1		
Milieu scolaire	53,2	46,8		
Services publics	62,6	37,4		
Services de santé	34,0 *	66,0		
Moyennes du SCL-25 et du niveau de satisfaction selon la présence/absence de discrimination				
	SCL-25	I. C.	Satisfaction	I. C.
Présence de discrimination	1,46	1,38; 1,54	3,04	2,87; 3,21
Absence de discrimination	1,37	1,32; 1,43	3,42	3,32; 3,51

• Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.27

Variables indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le SCL-25, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	0,14	0,07	-0,03 à 0,17
A été témoin de faits violents	0,06	-0,09	-0,19 à 0,01
Profil sociodémographique			
Âge	0,17	-0,00	-0,00 à 0,00
Sexe ⁴	< 0,00	-0,18	-0,26 à -0,10
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,57	-0,04	-0,18 à 0,10
A vécu de la discrimination	0,07	0,09	-0,01 à 0,19
A un emploi rémunéré	0,29	-0,05	-0,15 à 0,05
A un confident	0,02	-0,16	-0,30 à -0,02
Parle bien français ou anglais	0,01	-0,14	-0,26 à -0,02
Type de ménage			
Vit seul ⁵	0,01	0,18	0,00 à 0,36
Vit dans une famille monoparentale ⁵		0,18	0,04 à 0,32
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		-0,03	-0,19 à 0,13

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 11.28

Variabiles indépendantes du modèle de régression linéaire portant sur le niveau de satisfaction, population hispanophone de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Variable indépendante	Test Chi-carré ²	β^1	Intervalle de confiance ³
Vécu prémigratoire			
A souffert de persécution	0,39	-0,07	-0,25 à 0,11
A été témoin de faits violents	0,52	-0,06	-0,24 à 0,12
Profil sociodémographique			
Âge	0,52	0,00	-0,00 à 0,00
Sexe ⁴	0,41	0,06	-0,08 à 0,20
Contexte postmigratoire			
Moins de 5 ans au Canada	0,62	0,07	-0,21 à 0,35
A vécu de la discrimination	< 0,00	-0,32	-0,52 à -0,12
A un emploi rémunéré	0,86	-0,02	-0,18 à 0,14
A un confident	< 0,00	0,60	0,31 à 0,90
Parle bien français ou anglais	0,28	0,10	-0,08 à 0,28
Type de ménage			
Vit seul ⁵	< 0,00	-0,30	-0,63 à 0,34
Vit dans une famille monoparentale ⁵		-0,42	-0,66 à -0,18
Vit en couple ou dans un autre type de ménage ⁵		-0,09	-0,35 à 0,17

1. Coefficient de régression linéaire.

2. Niveau de signification de la variable selon le test du chi-carré ajusté par Satterthwaite.

3. Intervalle de confiance du coefficient de régression linéaire.

4. Homme = 1; Femme = 0.

5. La catégorie de référence pour les variables descriptives du ménage est la famille traditionnelle avec deux parents et un enfant ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

11.4 Discussion

La moyenne des symptômes anxiodépressifs rapportés par les membres des communautés culturelles ciblées par l'étude s'apparente aux moyennes observées avec le SCL-25 lors d'études dans la population en général, et la moyenne de leur niveau de satisfaction par rapport à leur vie actuelle au Québec est relativement élevée. Ces résultats suggèrent donc que, globalement, les membres des communautés culturelles au Québec vont plutôt bien, du moins quant aux dimensions de la santé mentale qui ont été mesurées. Cela ne signifie évidemment pas qu'aucun membre des communautés culturelles ne souffre de problèmes de santé mentale puisque le profil dressé par l'étude est un profil moyen. Néanmoins, le profil plutôt positif des groupes visés par l'étude s'accorde avec celui dressé par d'autres chercheurs qui concluent que la migration ne constitue pas en elle-même un risque pour la santé mentale (Beiser, 1988; Bibeau et autres, 1992). Non pas que la migration

elle-même et le processus d'adaptation qui s'ensuit soient dénués de stress, mais peut-être davantage parce que, de façon générale, les immigrants forment un groupe de personnes sélectif, particulièrement résilient. Si certains aspects du profil de santé mentale des communautés culturelles étudiées rappellent celui observé dans des études québécoises et américaines (en particulier la prédominance des symptômes anxiodépressifs chez les femmes), les résultats de l'étude confirment cependant la spécificité de l'expérience migratoire et son influence potentielle sur la santé mentale.

Les données qui décrivent les raisons de migration et l'exposition prémigratoire à la violence organisée invitent à repenser la distinction traditionnelle entre les réfugiés et les autres catégories d'immigrants. En effet, alors que l'on considère habituellement l'exposition à la violence organisée et la migration pour des raisons politiques comme des marqueurs du processus de refuge, les résultats indiquent que

malgré la présence d'une minorité de réfugiés dans l'échantillon (17 %), plus de 65 % des répondants ont quitté leur pays pour des raisons politiques. De plus, 47 % rapportent avoir été témoins de faits violents, et 28 % mentionnent que leur famille ou eux-mêmes ont été persécutés. Probablement méconnue, parce que non documentée, cette exposition massive des populations migrantes à la violence organisée doit être mise en relation avec la transformation des mouvements migratoires des dernières décennies et la complexité grandissante des phénomènes de violence organisée dans le contexte de la modernité et de la mondialisation (Henry et autres, 1995; Das et autres, 2000).

En ce qui concerne les expériences associées au vécu postmigratoire, l'expérience de la discrimination ressort comme importante pour tous les groupes d'immigrants récents visés. Les pourcentages d'exposition à la discrimination (environ entre 26 % et 39 %, selon les communautés) correspondent, à peu de choses près, à ceux décrits par des études réalisées dans le reste du Canada (Noh et autres, 1999), ou dans le cadre d'autres enquêtes nord-américaines (Sanders-Thompson, 1996). Ces expériences sont souvent difficiles à cerner à cause de l'importance grandissante de nouvelles formes de discrimination, plus subtiles, qui ont progressivement remplacé les manifestations claires de racisme bannies par la rectitude politique (Meertens et Pettigrew, 1997). Les lieux de discrimination mis en cause rejoignent ceux qui ont été observés dans l'ensemble canadien : la recherche d'emploi et de logement, le milieu du travail et le milieu scolaire, les services publics (Henry et autres, 1995). Mais l'ampleur de la discrimination rapportée par les groupes d'immigrants récents visés étonne, compte tenu de la réputation de tolérance et d'ouverture de la société québécoise. Elle suggère qu'il est essentiel de penser de façon créative à des mesures permettant une amélioration des relations entre les communautés et entre les personnes qui coexistent dans une société plurielle comme la région métropolitaine de Montréal.

Ces expériences prémigratoires et postmigratoires ont une influence sur la santé mentale des communautés étudiées dans le cadre de *l'Étude auprès des communautés culturelles*. Malgré les années écoulées depuis la migration (en moyenne, sept ans), l'exposition à la violence organisée continue d'être associée au niveau de symptômes anxiodépressifs des immigrants ciblés par l'étude. Une expérience personnelle et/ou familiale de persécution est associée à la fois à plus de symptômes anxiodépressifs et à moins de satisfaction face à la vie. Ces résultats convergent avec la plupart des travaux réalisés auprès de populations réfugiées qui documentent l'impact d'un vécu traumatique prémigratoire sur l'état de santé mentale de ces populations (Silove et autres, 1997; Mghir et autres, 1995; Chi-Ying Chung et Kagawa-Singer, 1993). D'autres travaux montrent aussi comment ces expériences traumatiques se combinent à l'effet de séparations et à l'absence de soutien social dans leur contribution à la dépression (Hauff et Vaglum, 1995). L'importance relative et surtout la persistance à long terme de l'effet de ces facteurs prémigratoires ne font cependant pas consensus. Beiser (1999) suggère que l'effet du passé est évanescant et que l'expérience postmigratoire prend rapidement le pas sur le vécu prémigratoire. Sans nier l'importance du passé, d'autres auteurs soulignent aussi la prépondérance des difficultés économiques et des facteurs liés à l'acculturation dans la détresse psychologique chez les migrants (Sunquist et autres, 2000; Gorst-Unsworth et Goldenberg, 1998). Les données de l'étude suggèrent qu'une expérience prémigratoire de persécution liée à la violence organisée a un effet persistant sur la santé mentale de certains immigrants et confirment la nécessité de tenir compte de ce vécu, même des années après la migration.

Sur le plan des facteurs postmigratoires influençant la santé mentale, deux facteurs sont associés à la fois aux symptômes anxiodépressifs et à la satisfaction face à la vie : la disponibilité d'un confident et la perception de la discrimination. Quoique la présence d'un confident soit une mesure très partielle du soutien social, elle a souvent été décrite comme un

facteur de protection pour les migrants et les réfugiés (Pernice et Brook, 1996; Gorst-Unsworth et Goldenberg, 1998; Hauff et Vaglum, 1995), alors qu'au contraire l'isolement a été identifié comme facteur de risque (Silove et autres, 1997). Les résultats de l'*Étude auprès des communautés culturelles* coïncident donc avec la littérature dans ce domaine.

L'association entre la perception de la discrimination et la santé mentale retient particulièrement l'attention dans la mesure où elle exprime les tensions associées au fait de vivre ensemble et d'avoir un statut de minorité dans la région métropolitaine de Montréal. Cette association est probablement bidirectionnelle : d'un côté, la discrimination et une position d'exclusion relative peuvent provoquer des symptômes dépressifs; d'un autre côté, ces symptômes peuvent amener à interpréter comme discriminantes des situations qui autrement auraient été perçues comme ambiguës. Par ailleurs, on peut aussi penser que le déni de situations de racisme subtil est fréquent et représente une stratégie valable pour survivre dans une société très multiethnique (Noh et autres, 1999). Quoi qu'il en soit, cette situation réclame certainement plus d'attention non seulement sur le plan de la reconnaissance de l'ampleur du problème, mais aussi sur le plan d'interventions institutionnelles et sociétales visant à valoriser les différences et à minimiser les zones d'exclusion.

Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres recherches, le statut d'emploi n'apparaît pas ici comme un déterminant majeur de l'état de santé mentale. Cette divergence pourrait résulter de certaines particularités du marché du travail au Québec, comme le taux de chômage relativement élevé et l'importance du travail au noir. La difficulté d'accéder à un emploi pourrait produire un ajustement subséquent des attentes des personnes et des communautés et ainsi modifier la relation habituellement observée entre le statut d'emploi et la santé mentale. Elle pourrait aussi résulter d'un biais d'information entraînant une sous-déclaration du travail autonome ou du travail au noir et lié au fait que la collecte des données se faisait

sous l'égide de l'Institut de la statistique du Québec, une agence gouvernementale.

La maîtrise linguistique du français ou de l'anglais, marqueur indirect d'un certain niveau d'acculturation, est significativement associée à la satisfaction face à la vie mais pas aux symptômes anxiodépressifs. Cette association n'a rien d'étonnant étant donné l'isolement et les difficultés qui peuvent survenir d'une incapacité de manier les langues d'usage courant dans la société hôte.

Les équations de régression multiple retenues expliquent entre 7 % et 19 % de la variance des indices des symptômes anxiodépressifs et de satisfaction. À première vue, ces pourcentages de variance expliquée peuvent sembler relativement faibles. Cependant, d'une part, ces pourcentages ne sont pas négligeables et témoignent de l'effet potentiel du vécu prémigratoire, des caractéristiques sociodémographiques et du contexte postmigratoire sur la santé mentale des immigrants et, d'autre part, une variance expliquée inférieure à 20 % est la norme plutôt que l'exception en sciences sociales, à cause de la complexité des phénomènes mesurés. Néanmoins, les résultats des régressions multiples suggèrent aussi que des facteurs additionnels pourraient être considérés pour mieux comprendre la santé mentale des immigrants. Par exemple, la prise en compte de facteurs intrafamiliaux pourrait être essentielle à une compréhension holistique du phénomène.

Les résultats indiquent que certains aspects du profil des différentes communautés culturelles visées convergent. Cependant, chacune des zones géoculturelles étudiées présente des spécificités qui seront discutées subséquentement, sans reprendre les considérations générales mentionnées pour l'ensemble des communautés.

- Communauté chinoise

Même si environ 99 % des membres de la communauté chinoise visée ne sont pas des réfugiés,

la situation politique dans leur pays d'origine semble jouer un rôle important quant à leur décision d'immigrer. Le fait d'avoir été témoin de faits violents en lien avec cette situation politique est associé à plus de symptômes anxiodépressifs et à moins de satisfaction. Dans une étude de la dépression dans la Chine contemporaine, Kleinman (1985) souligne l'importance de ses composantes culturelles et sociales, par exemple : l'expérience humiliante et destructrice de la révolution culturelle et les tensions structurelles dans un marché du travail sous contrôle serré. Cela suggère qu'il ne faut pas négliger l'impact possible de situations de violence organisée de faible intensité, qui n'attirent pas l'attention des médias comme les conflits armés internes ou internationaux.

Une fois au Québec, les femmes de la communauté chinoise rapportent plus de symptômes anxiodépressifs que les hommes, mais se disent aussi plus satisfaites de leur vie que ces derniers. La même situation se retrouve chez les plus jeunes qui expriment également un niveau moyen de symptômes anxiodépressifs et de satisfaction plus élevé que leurs aînés. Il est possible que ces paradoxes apparents illustrent un rapport différent à l'expression, positive ou négative, d'affects selon le sexe et l'âge. En effet, plusieurs auteurs (Hsu, 1971; Kleinman, 1977) ont relevé que les règles culturelles chinoises traditionnelles interdisent une expression ouverte d'affects forts, qu'ils soient dysphoriques ou joyeux. Dans le cas des sujets plus jeunes, on peut penser que l'acculturation joue un rôle dans l'évolution des modalités d'expression affective. La question des femmes paraît plus complexe et attire l'attention sur un autre résultat paradoxal, soit le fait que les familles chinoises monoparentales (très majoritairement dirigées par des femmes) sont en meilleure santé mentale que les familles biparentales. On peut émettre l'hypothèse que les changements de rôle amenés par la migration comportent certains avantages pour les femmes, qu'il s'agisse d'un allègement des obligations envers la famille étendue ou de l'adoption d'une plus grande marge de manœuvre dans les activités sociales. Des recherches ultérieures sont cependant nécessaires à l'interprétation de ces données.

Une autre question qui retient l'attention pour la communauté chinoise est la perception de la discrimination. Celle-ci est particulièrement élevée sur le plan des services publics, de la recherche d'emploi et en milieu scolaire. Un retour à l'histoire de la migration chinoise au Canada peut contribuer à la compréhension des racines de ce phénomène (Henry et autres, 1995). Les immigrants chinois, qui ont été dans le passé l'objet d'une exploitation cruelle, étaient aussi considérés comme une menace pour la société canadienne et cantonnés à des secteurs d'activité restreints (Bolaria et Li, 1988). Cette histoire relativement récente a peut-être été transmise aux nouveaux membres d'une communauté chinoise qui a conservé le souvenir de ces expériences douloureuses. L'écart culturel entre les normes interactives de la communauté chinoise et celles des autres communautés, incluant les Québécois de souche, pourrait aussi être en partie responsable du pourcentage élevé de Chinois qui considèrent subir de la discrimination au Québec.

▪ Communauté haïtienne

Malgré une exposition élevée à la violence organisée en Haïti, celle-ci ne semble pas avoir un impact actuel majeur sur le plan de la santé mentale des Haïtiens. Sans minimiser d'aucune façon l'importance de la violence organisée en Haïti (Marotte, 1997), les résultats suggèrent peut-être qu'elle doit être comprise de façon élargie en tenant compte de l'histoire haïtienne et des stratégies internalisées pour faire face à cette longue suite de traumatismes sociaux : esclavage et colonisation, dictature et coups d'État. On pourrait alors penser, comme le propose Martin-Baro (1994), que la violence organisée est devenue un état de « normalité anormale » qui, hors de situations personnelles extrêmes, ne constitue plus un événement.

La perception de la discrimination ressort comme un déterminant important de la santé mentale positive et négative. De façon générale, les Noirs ont été l'objet d'un racisme important et persistant en Amérique du Nord (Henry et autres, 1995). Même si l'histoire des communautés noires au Québec et au Canada, qui

remonte à quelques siècles, se distingue de l'histoire de la communauté haïtienne au Québec, qui est relativement récente, il importe de rappeler que la discrimination contre les Noirs au Québec a été légale jusqu'au milieu du XX^e siècle. En 1919, une cour québécoise a statué que la discrimination contre les Noirs n'était pas contraire à la moralité et à l'ordre public. En 1939, à la suite du refus de servir un Noir dans une taverne québécoise en 1931, la Cour suprême du Canada a conclu que la discrimination raciale pouvait être justifiée par des lois (Walker, 1980). De plus, le haut pourcentage d'immigrants récents d'origine haïtienne (49 %) qui dénoncent la discrimination subie au cours de la recherche de logement illustre bien les résultats d'une étude réalisée en 1988 par la Commission des droits de l'homme du Québec qui suggéraient que les personnes de race noire, de classe sociale moyenne et basse, sont celles qui sont le plus souvent rejetées par les propriétaires (Henry et autres, 1995). L'histoire collective récente doit être rappelée lors de l'interprétation de données sur la discrimination de communautés de race noire afin de ne pas tomber, d'une perspective de victimisation qui définit toute la société hôte comme raciste, dans une tendance au déni de la réalité de la discrimination.

- Communauté du Maghreb et du Moyen-Orient

La grande hétérogénéité des origines nationales, ethniques et religieuses réunies dans ce groupe géoculturel rend l'interprétation des données sur le vécu prémigratoire particulièrement délicate. Elle demeure cependant incontournable étant donné d'une part, l'importance du fait politique dans la décision de migrer pour ce groupe et, d'autre part, le niveau d'exposition rapporté à la violence organisée. Étant donné l'hétérogénéité sociale de la communauté maghrébine et moyen-orientale, cette exposition correspond à la fois à des situations de violation des droits de l'homme chroniques et à des vagues de migration provoquées par des conflits sociaux plus aigus pouvant avoir un caractère complexe et très violent (par exemple le conflit algérien).

Dans cet ensemble géoculturel, l'appartenance à un groupe ciblé par la répression est associée à plus de symptômes anxiodépressifs. De même, un vécu familial ou personnel de persécution est associé à une hausse du niveau de symptômes et à une diminution de la satisfaction face à la vie. Ces données confirment la nécessité de tenir compte des groupes d'appartenance spécifique et de leur impact sur la trajectoire migratoire et le niveau d'exposition traumatique. Elles soulignent aussi l'effet persistant d'une persécution chez un groupe dont seule une minorité de personnes (10 %) se présentent comme réfugiées.

Dans la région métropolitaine de Montréal, les jeunes rapportent plus de satisfaction que leurs aînés face à leur vie. Des analyses plus complexes seront nécessaires afin de déterminer si cet effet de l'âge est attribuable au fait que les plus jeunes ont été moins exposés aux difficultés de l'expérience prémigratoire ou s'il s'agit essentiellement d'une adaptation réussie au contexte de la région métropolitaine de Montréal.

Enfin, la perception de la discrimination est associée à l'intensité des symptômes anxiodépressifs dans les analyses bivariées mais ne demeure pas un facteur significatif lorsque l'on tient compte de certains aspects du vécu prémigratoire, du profil sociodémographique et du contexte postmigratoire dans les analyses multivariées. La discrimination dans la recherche d'emploi (74 %) est la plus fréquemment rapportée. Une des barrières clés dans l'accès à l'emploi des minorités au Canada est la reconnaissance des compétences acquises préalablement (équivalence de diplômes, valeur des expériences passées). Cette situation rend particulièrement difficile l'accès des professionnels étrangers à des emplois qualifiés. De plus, pour un travail similaire ils sont souvent moins payés que leurs pairs canadiens (Henry et autres, 1995).

- Communauté hispanophone

La communauté formée par les Latino- et Centro-Américains est le groupe de l'étude pour lequel les réfugiés sont, proportionnellement, les plus nombreux (41 %). Ce résultat est sans surprise car l'histoire de l'établissement de ces communautés au Canada suit

de près l'histoire des coups d'État et des dictatures du cône sud (Chili, Argentine, Uruguay, Paraguay), puis l'histoire des conflits armés centro-américains (au Guatemala et au Salvador en particulier).

L'exposition à la violence organisée des membres de la communauté hispanophone d'immigration récente a été considérable : près de 42 % ont subi une persécution personnelle ou familiale dans leur pays d'origine. Cette persécution prémigratoire et le fait d'avoir été témoin de faits violents sont significativement associés à une moins grande satisfaction face à la vie. Par contre, la persécution n'est pas associée à l'indice des symptômes anxiodépressifs et la migration pour des raisons politiques semble ressortir comme un facteur de protection. Pour tenter de comprendre ce qui, à première vue, peut apparaître comme un paradoxe, il est intéressant de considérer les résultats d'une étude montréalaise portant sur des enfants centro-américains et cambodgiens. Cette étude montrait les répercussions négatives que les traumatismes prémigratoires vécus par la famille peuvent avoir sur la santé mentale des enfants, mais elle suggérait aussi que certaines situations traumatiques peuvent avoir un effet protecteur pour les enfants à cause du contexte communautaire qu'elles forgent et des attentes parentales vis-à-vis de ces enfants (Rousseau et autres, 1998; Rousseau et autres, 1999). Ces observations sur des enfants ne peuvent être extrapolées aux adultes mais elles laissent néanmoins entrevoir que les résultats de la présente étude reflètent la grande complexité de la réponse à des événements traumatiques en montrant que certains aspects du vécu prémigratoire constituent un risque pour la santé mentale alors que d'autres stimulent la résilience, que ces facteurs peuvent agir différemment sur l'une ou l'autre dimension de la santé mentale, et que leur effet varie d'une communauté culturelle à l'autre. Les significations associées aux événements traumatiques prémigratoires et à l'exil et les caractéristiques personnelles d'engagement socio-politique pourraient être à l'origine des différences observées.

Conclusion

Les résultats de l'*Étude auprès des communautés culturelles* peuvent soutenir les efforts des décideurs, des intervenants et des communautés en matière de santé mentale et de ses déterminants. En premier lieu, ces résultats suggèrent que la population visée dans son ensemble se sent relativement bien psychologiquement dans l'environnement québécois et ne doit pas être considérée d'emblée comme un fardeau sur le plan des services de santé mentale.

Ces résultats invitent aussi à repenser certains présupposés au sujet des immigrants et des réfugiés et de leur expérience prémigratoire. L'ampleur de l'exposition prémigratoire à la violence organisée parmi les membres des quatre communautés culturelles ciblées par l'étude remet en cause la distinction traditionnellement établie entre réfugiés et immigrants. De plus, l'impact de cette exposition sur la santé mentale, des années après l'arrivée au Québec, démontre que le vécu traumatique associé à la violence organisée ne peut être banalisé et souligne l'importance d'une approche qui considère toute l'histoire des migrants et non pas seulement les années vécues dans la société d'accueil. Les CLSC et les écoles, en particulier, pourraient développer des interventions qui tiennent compte du vécu prémigratoire sans provoquer d'effets secondaires tels que des phénomènes de retraumatisation. Sans attribuer à l'exposition à la violence organisée des effets délétères systématiques qui nieraient la résilience des immigrants et des réfugiés, il importe néanmoins de reconnaître le rôle de la violence organisée comme motivation à la migration et d'en informer non seulement les intervenants mais aussi une opinion publique souvent plus encline à percevoir les immigrants et les réfugiés comme des personnes essentiellement motivées par une amélioration de leurs conditions économiques.

Les résultats de l'étude soulèvent aussi de façon incontournable la question de la discrimination et de sa place dans notre société et dans le quotidien des personnes. Pour toutes les communautés culturelles ciblées par l'étude, l'expérience de la discrimination

est considérable et a un lien négatif avec la santé mentale. Ces résultats sont un appel à un examen des politiques des établissements scolaires, des services publics, sociaux et de santé en matière de discrimination. Des recherches plus approfondies, réalisées en partenariat avec les diverses communautés culturelles, sont nécessaires pour mieux comprendre les dynamiques personnelles, groupales et sociales qui sous-tendent la discrimination explicite et implicite et sa perception, ainsi que ses liens avec la santé mentale et le bien-être psychosocial. Devant la pluralité grandissante de notre société, il convient de s'atteler au défi du vivre ensemble à partir d'une vision intégrée des diverses formes de discrimination et de concevoir des politiques, des programmes et des interventions qui tiennent compte de cette réalité.

Enfin, l'étude montre les dangers inhérents à toute généralisation hâtive dans le domaine de la santé mentale des migrants, en illustrant comment l'histoire et les racines d'une communauté même très hétérogène peuvent influencer ce qui va constituer un facteur de vulnérabilité ou de protection. Autant il est important de saisir les interactions dynamiques entre les phénomènes migratoires, autant, au moment de planifier des programmes et des interventions, il convient aussi de considérer chaque communauté et ses composantes de façon spécifique.

Bibliographie

BALS, M. (1999). *Les domestiques étrangères au Canada : esclaves de l'espoir*, Montréal, L'Hartman, 239 p.

BEISER, M. (1988). *Puis... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*, Ottawa, Rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, 127 p.

BEISER, M. (1999). *Strangers at the Gate - The "Boat People's" First Ten Years in Canada*, Toronto, University of Toronto Press Incorporated, 214 p.

BEISER, M., R. DION, A. GOTOWIEC, I. HYMAN et N. VU (1995). « Immigrant and refugee children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, p. 67-72.

BIBEAU, G., A. M. CHAN-YIP, M. LOCK, C. ROUSSEAU, C. STERLIN et H. FLEURY (1992). *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 289 p.

BLAIS, M. R., R. J. VALERAND, L. G. PELLETIER et N. BRIÈRE (1989). « Validation transculturelle de l'Échelle de satisfaction de vie », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 21, p. 210-233.

BOLARIA, B. S., et P. S. LI (1988). *Racial Oppression in Canada*, 2nd ed., Toronto, Garamond Press, 272 p.

CHI-YING CHUNG, R., et M. KAGAWA-SINGER (1993). « Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees », *Social Science and Medicine*, vol. 36, p. 631-639.

DAS, V., A. KLEINMAN, M. RAMPHLELE et P. REYNOLDS (2000). *Violence and Subjectivity*, Berkeley, University of California Press, 379 p.

DIENER, E. F., R. A. EMONS, R. J. LARSEN et S. GRIFFIN (1985). « Satisfaction with life scale », *Journal of personality assessment*, vol. 49, p. 71-75.

EKBLAD, S., R. KOHN et B. JANSSON (1998). « Psychological and clinical aspects of immigration and mental health » dans OKPAKU, S. O. (ed), *Clinical Methods in Transcultural psychiatry*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 42-66.

GORST-UNSWORTH, C., et G. GOLDENBERG (1998). « Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile », *British Journal of Psychiatry*, vol. 172, p. 90-94.

- HAUFF, E., et P. VAGLUM (1995). « Organized violence and the stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees, three years after resettlement », *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, p. 360-367.
- HENRY, F., C. TATOR, W. MATTIS et T. REES (1995). *The Colour of Democracy - Racism in Canadian Society*, Canada, Harcourt Brace and Co, 323 p.
- HESBACHER, P. T., K. RICKELS, R. J. J. MORRIS, H. NEWMAN et H. ROSENFELD (1980). « Psychiatric illness in family practice », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 41, p. 6-10.
- HSU, F. L. K. (1971). « Psychosocial homeostasis and jen: conceptual tools for advancing psychological anthropology », *American Anthropology*, vol. 73, p. 23-44.
- KLEIJN, W. C., J. E. HOVENS et J. J. RODENBURG (2001). « Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptoms Checklist-25 in different languages », *Psychological Reports*, vol. 88, p. 527-532.
- KLEINMAN, A. M. (1977). « Depression, somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry" », *Social Science and Medicine*, vol. 11, p. 3-10.
- KLEINMAN, A. M et B. GOOD (1985). *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, Berkeley, University of California Press, 535 p.
- LASHLEY, M. (2000). « The unrecognized social stressors of migration and reunification in Caribbean families », *Transcultural Psychiatry*, vol. 37, p.201-215.
- MAROTTE, C., et H. R. RAZAFIMBAHINY (1997). *Mémoire oubliée, Haïti 1991-1995*, Monte Carlo et Montréal, Les Éditions Regain et Cidihca, 302 p.
- MARTIN-BARO, I. (1994). « War and the psychosocial trauma of Salvadoran children » dans ARON, A., et S. CORNE (eds.), *Writings for a Liberation Psychology*, Cambridge, Harvard University Press, p. 122-135.
- MEERTENS, R. W., et T. F. PETTIGREW (1997). « Is subtle prejudice really prejudice? », *Public Opinion Quarterly*, vol. 61, p. 54-71.
- MGHIR, R., W. FREED, A. RASKIN et W. KATON (1995). « Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, p. 54-30.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 62 p.
- MOLLIKA, R. F., C. POOLE, L. SON, C. C. MURRAY et S. TOR (1997). « Effects of war trauma on Cambodian Refugee. Adolescents' functional health and mental health status », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, p. 1098-1106.
- MOLLIKA, R. F., K. MCINNES, T. PHAM, M. C. SMITH-FAWZI, E. MURPHY et L. LIN (1998). « The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 186, p. 543-553.
- MOREAU, S., C. ROUSSEAU et A. MEKKI-BERRADA (1999). « Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 11, p. 177-196.
- MURPHY, H. B. M. (1987). « Migration, culture and our perception of the stranger » dans CORIN, E., S. LAMARRE, P. MIGNEAULT et M. TOUSIGNANT (eds.), *Anthropological Perspectives in Psychiatry*, Montréal, Canada, Éditions du Girame, groupe de recherche interuniversitaire en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie, p. 77-86.

NOH, S., M. BEISER, F. HOU et E. RUMMENS (1999). « Perceived discrimination, depression and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada », *Journal of Health and Social Behavior*, p. 40, p. 195-207.

PERNICE, R et J. BROOK (1996). « Refugees' and immigrants' mental health. Association of demographic and postmigratory factors », *Journal of Social Psychology*, vol. 136, p. 511-519.

ROUSSEAU, C., A. DRAPEAU et E. CORIN (1998). « Risk and protective factors in Central American and Southeast Asian refugee children », *Journal of Refugee Studies*, vol. 11, p. 20-37.

ROUSSEAU, C., A. DRAPEAU et R. PLATT (1999). « Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees », *Child Abuse and Neglect*, vol. 23, p. 1263-1273.

SACK, W. H., G. N. CLARKE et J. R. SEELEY (1996). « Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees », *Child Development*, vol. 67, p. 107-116.

SANDERS-THOMPSON, V. L. (1996). « Perceived experiences of racism as stressful life events », *Community Mental Health Journal*, vol. 32, p. 223-233.

SILOVE, D., I. SINNERBRINK, A. FIELD, V. MANICAVASAGAR et Z. STELL (1997). « Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, p. 351-357.

SUNQUIST, J., L. BAYARD-BURFIELD, L. M. JOHANSSON et S.- E. JOHANSSON (2000). « Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants - Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, p. 357-365.

WALKER, J. (1980). *The History of Blacks in Canada: A Study Guide for Teachers and Students*, Ottawa, Minister of State for Multiculturalism, 181 p.

Chapitre 12

Utilisation des services de santé et des services sociaux

Serge Chevalier
Sylvie Gravel

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Il a été clairement montré que l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux favorise le maintien de la santé ou, le cas échéant, le retour à un état de santé optimal. Inversement, on peut faire valoir que l'inaccessibilité à ces mêmes services entraîne une détérioration de la santé des personnes (Evans et Stoddard, 1990; Fournier et Piché, 2000). L'accessibilité aux services représente ainsi un des éléments à partir desquels peuvent s'établir des iniquités entre différents sous-groupes d'une population et, ce faisant, s'actualiser des vulnérabilités liées à l'immigration.

Ces dernières années, au Québec, les préoccupations en matière d'accessibilité ont plutôt été orientées vers les groupes vulnérables, incluant les communautés culturelles et, encore plus spécifiquement, les groupes d'immigration récente. Plusieurs documents officiels adoptent des positions témoignant de l'évolution des perspectives relatives à l'accessibilité, afin de se doter de moyens pour documenter les conditions de vie de ces groupes, d'établir le partage des responsabilités institutionnelles à l'égard de ces groupes et d'inscrire l'accessibilité aux services en tant que prémisses à la citoyenneté.

En 1992, *La politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux amorce officiellement le virage. On y établit qu'il faut « agir pour et avec les groupes vulnérables », les communautés culturelles d'immigration récente étant identifiées en tant que groupe vulnérable à des problèmes d'adaptation étant donné les facteurs de

risque auxquels elles sont exposées : difficulté d'intégration sociale et professionnelle, perturbation de l'environnement et stress économique (MSSS, 1992).

En 1994, le MSSS, par le biais du Bureau des services aux communautés culturelles, retient six orientations relatives à l'amélioration de l'accessibilité des services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles du Québec. Le document établit des responsabilités partagées par différentes directions du Ministère, parmi lesquelles on retrouve la Direction générale de la santé publique (MSSS, 1994).

Malgré les énoncés du MSSS en 1994, on ne retrouve, dans les priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997), aucune référence aux communautés culturelles.

Par ailleurs, cette même préoccupation d'accessibilité s'avère très présente dans la région de Montréal-Centre. Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 décrète le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population (RRSSS de Montréal-Centre, 1998).

Tout récemment, le plan stratégique du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI, 2001) a repris l'énoncé selon lequel l'accessibilité aux services est une condition essentielle pour les individus afin de participer à la société comme citoyens à part entière.

Bref, les récentes politiques, orientations et priorités incluent, le plus souvent à tout le moins, une préoccupation sinon un parti pris clair en faveur des communautés culturelles. Ces efforts commencent-ils à porter fruit?

Dans ce chapitre, on vise à répondre à des questions de trois ordres. On cherche à savoir quel est le profil de consommation des services sociaux et des services de santé : quels sont les professionnels consultés et où ont lieu les consultations. On examine aussi le profil des consommateurs – que l'on compare au profil de ceux qui ne consomment pas de services. Enfin, on compare la consommation de services de chacune des communautés retenues dans l'étude avec celle de la population en général du Québec.

12.1 Aspects méthodologiques

12.1.1 Indicateurs

Les résultats présentés dans ce chapitre sont obtenus à partir d'une série de questions administrées par un intervieweur (les questions 18 à 39 du ORI). Les questions sont adressées à une personne adulte qui répond pour chacun des membres du ménage sélectionné.

Les questions visent à vérifier si l'une ou l'autre personne du ménage a consulté, au cours des deux semaines précédant l'entrevue, certains professionnels de la santé. Les questions concernent nommément les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les dentistes, les infirmiers, les pharmaciens, les optométristes ou opticiens, les physiothérapeutes ou ergothérapeutes, les chiropraticiens, les acupuncteurs, les praticiens de médecine non traditionnelle (médecine douce), les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes ou diététiciens. Une question supplémentaire sert à déterminer si d'autres personnes auraient été consultées.

Dans le cas des omnipraticiens et des médecins spécialistes, des questions subsidiaires établissent le lieu de consultation, si un rendez-vous a été pris, le cas

échéant, la durée d'attente avant l'obtention du rendez-vous et une évaluation de l'acceptabilité de cette durée d'attente.

Pour chaque personne du ménage qui a consulté, on identifie le dernier professionnel consulté, le problème à l'origine de la consultation, le lieu de la consultation et, s'il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste, si des médicaments ont été prescrits.

Les indicateurs retenus incluent le type de professionnels, la nature du problème et le lieu de consultation. Trois indices ont été construits permettant d'établir si une personne a consulté 1) un médecin (omnipraticien ou spécialiste), 2) un professionnel autre que médecin et 3) un professionnel de la santé quel qu'il soit.

Une dernière question incluse dans le questionnaire autoadministré (QAA238, qui n'est disponible que pour les personnes âgées de 15 ans et plus) permet de mesurer la satisfaction de la population quant aux services sociaux et aux services de santé qu'elle reçoit.

Les données sont comparables à celles obtenues auprès de la population québécoise en général lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de Santé Québec (données standardisées). Les questions des deux études sont presque identiques.

12.2.1 Portée et limites des données

Les données portent seulement sur les deux semaines précédant l'entrevue. Cette période de référence s'avère assez longue pour obtenir des données probantes et suffisamment courte pour réduire les biais de mémoire et de télescopage (ceux par lesquels les répondants incluent des événements antérieurs au moment de référence ou excluent des consultations ayant eu lieu après l'ancrage temporel). Les questions sont adressées à une seule personne qui doit répondre pour l'ensemble des membres du ménage. Un tel procédé est susceptible de créer un biais. En effet, la personne qui répond peut ne pas détenir toute l'information. Ce biais est cependant minimisé puisqu'il s'avère que ce sont surtout les femmes qui sont

répondantes principales et qu'elles sont, le plus souvent, responsables des questions de santé dans un ménage. Le cas échéant, les sous-déclarations seraient surtout dues à l'omission d'événements de moindre importance.

Les questions QRI33 à QRI37 ont un taux de non-réponse partielle supérieur à 10 %. Ces questions portent sur : le lieu de la dernière consultation, s'être fait prescrire un médicament par un médecin ou un dentiste, s'être fait prescrire des lunettes, des prothèses ou d'autres fournitures médicales, et avoir une assurance maladie privée. Cependant, aucune association significative n'a été décelée entre la non-réponse partielle à chacune de ces questions et les variables de communauté, de classe d'âge, de sexe et de statut d'activité au cours des 12 derniers mois.

12.2 Résultats

Les résultats obtenus montrent qu'environ 20 % des personnes de l'ensemble des communautés visées ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue. Dans la population québécoise en général, c'est plutôt 24 % qui ont consulté au cours de la même période (tableau 12.1). Bien que l'ordre de grandeur soit comparable, la différence s'avère statistiquement significative. L'ensemble des membres des communautés culturelles consulte tout autant les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) que l'ensemble de la population québécoise (données standardisées). C'est au chapitre des autres professionnels que les différences sont plus éloquentes : 9 % des personnes des communautés culturelles visées ont consulté un professionnel de la santé autre que médecin pendant les deux semaines précédant l'entrevue alors que dans la population québécoise en général cette proportion s'élève à 15 %. Les dentistes sont tout autant consultés par les uns et les autres; les pharmaciens le sont moins par les personnes de l'ensemble des communautés culturelles visées, lesquelles consulteraient également moins les optométristes et opticiens.

▪ Médecins

Environ 13 % de l'ensemble des personnes des communautés culturelles visées ont consulté un médecin au cours des deux semaines précédant l'entrevue; 10 % ont consulté un omnipraticien et 4 % un médecin spécialiste, la spécialité la plus mise à contribution étant la pédiatrie (tableau 12.2). En effet, environ le tiers (34 %) des personnes qui ont consulté un médecin spécialiste ont consulté un pédiatre (données non présentées).

Près des deux tiers de la population des communautés culturelles (61 %) ont consulté leur omnipraticien en clinique privée. Parmi les personnes qui ont consulté, près de la moitié ont pris rendez-vous avant de se présenter. Parmi ces dernières, la moitié (51 %) ont obtenu un rendez-vous au cours de la semaine suivant l'appel de prise de rendez-vous. Une faible portion de la population des communautés culturelles a dû attendre jusqu'à six mois. Approximativement les deux tiers (66 %) des personnes qui ont pris rendez-vous estiment que le temps d'attente demeure acceptable (données non présentées).

Dans le cas des personnes des communautés culturelles qui ont consulté un médecin spécialiste, 69 % ont vu le professionnel en cabinet ou clinique privés; 88 % ont pris rendez-vous; 39 % de ceux-ci ont obtenu leur rendez-vous dans la semaine suivant l'appel et 66 % jugent les délais acceptables (données non présentées).

Tableau 12.1

Utilisation des services de santé et des services sociaux, communautés culturelles 1998-1999 et population québécoise 1998

	Communautés culturelles	Population en général
	%	
Un ou l'autre des professionnels	19,9	23,7
Médecin (omnipraticien ou spécialiste)	13,3	13,5
Autres professionnels	9,2	14,6
Omnipraticien	10,0	10,1
Spécialiste	4,2	4,5
Dentiste	5,1	4,6
Infirmière	1,0 *	1,5
Pharmacien	1,2 *	3,9
Optométriste/opticien	0,9 *	1,6
Physiothérapeute/ergothérapeute	0,6 **	0,9
Chiropraticien	0,3 **	1,2
Acupuncteur	0,0 **	0,2 *
Praticiens de médecine non traditionnelle	0,4 **	0,5
Psychologue	0,2 **	1,0
Travailleur social	0,1 **	0,8
Diététiste/diététicien	0,3 **	0,2 *
Autres	0,0 **	0,0 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

▪ Professionnels de la santé autres que médecins

Environ 5,1 % de la population des communautés culturelles visées ont visité un dentiste au cours des deux semaines précédant l'entrevue et environ 1 % ont eu recours respectivement aux services de pharmaciens, d'infirmières ou infirmiers ou d'optométristes (ou d'opticiens). On ne peut rien conclure à propos de la consultation des autres professionnels, les résultats étant basés sur des effectifs trop restreints (tableau 12.1).

▪ Dernière consultation

Le plus souvent, la dernière consultation en date a été faite auprès d'un omnipraticien (43 %), d'un dentiste (23 %) ou d'un médecin spécialiste (19 %) (tableau 12.2). Les personnes des communautés culturelles visées ont, toutes proportions gardées, plus souvent fait appel à chacun de ces professionnels que les personnes de la population québécoise en général (respectivement 33 %, 17 % et 14 %) (tableau 12.2).

Autant pour les communautés culturelles que dans la population en général, la dernière consultation a le plus souvent eu lieu en cabinet privé. La prévention s'avère le motif principal de consultation dans les deux populations (tableau 12.2).

▪ Comparaisons par communauté

Les comparaisons entre chacune des communautés visées et la population québécoise en général montrent des différences dans la proportion de personnes qui ont consulté, sauf en ce qui concerne les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient (tableau 12.2). Il appert cependant que tous consultent autant les omnipraticiens mais que la population en général fait plus souvent appel aux professionnels autres que médecins. Les lieux de consultation privilégiés varient aussi selon la communauté. Par ailleurs, on n'observe aucune différence quant au motif de consultation évoqué. Dans la même population en général, le motif le plus fréquemment mentionné reste la prévention.

Les taux observés dans les communautés ne diffèrent pas de celui calculé dans la population en général.

Proportionnellement, les immigrants d'origine chinoise ont moins consulté que la population en général. Ils ont moins consulté au total; plus précisément, ils consultent moins de médecins (les spécialistes en particulier) et moins les autres professionnels de la santé. La dernière consultation a eu lieu plus souvent, en proportion, en cabinet privé.

Les immigrants récents haïtiens consultent moins que la population en général. La différence la plus marquée est en rapport avec la consultation de professionnels autres que médecins. Environ un Haïtien sur vingt (4,5 %) a consulté de tels professionnels alors qu'environ une personne sur sept (15 %) dans la population québécoise en général a fait de même.

Les immigrants originaires du Maghreb et du Moyen-Orient consultent tout autant, dans l'ensemble, que la population en général, mais eux aussi consultent moins de professionnels autres que médecins (11 % contre 15 % dans l'ensemble de la population québécoise).

La population originaire des pays hispanophones consulte moins les professionnels de la santé (autres que médecins) que la population québécoise en général (10 % contre 14 % dans la population en général). Les hispanophones (76 %) sont aussi proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des québécois (66 %) à consulter en cabinet privé.

Tableau 12.2

Différents indicateurs d'utilisation des services de santé et des services sociaux selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et population québécoise en général 1998 (données standardisées)

	Comm. culturelles	Pop. gén. ¹	Chine	Pop. gén.	Haiti	Pop. gén.	Maghreb et M.-O.	Pop. gén.	Pays hispano.	Pop. gén.
	%									
A consulté	19,9	23,7	16,7	24,5	14,6	24,1	22,5	23,6	20,0	23,5
Médecin	13,3	13,5	10,1	14,0	11,9	13,8	15,2	13,3	12,2	13,3
Professionnel autre que médecin	9,2	14,6	8,5	15,0	4,5 *	14,7	10,7	14,5	10,0	14,4
Omnipraticien	10,1	10,1	8,0	10,4	8,2	10,3	11,7	10,0	9,5	9,9
Spécialiste	4,2	4,5	2,6 *	4,9	4,5 *	4,6	5,0 *	4,4	3,4 *	4,4
Dentiste	5,1	4,6	4,5 *	4,4	1,6 **	4,6	6,5	4,6	5,2 *	4,6
Dernier professionnel										
Omnipraticien	42,8	33,0	43,8	32,7	50,6	33,3	42,2	32,9	40,0	33,0
Spécialiste	18,7	13,6	12,0 **	14,0	28,3 *	13,7	18,7 *	13,5	16,8 *	13,5
Dentiste	23,0	16,7	25,7 *	15,2	9,7 **	16,7	25,1	16,8	24,2	17,1
Dernière consultation bureau privé	71,1	65,4	80,1	64,6	74,3	65,4	66,0	65,5	75,9	65,7
Motif (prévention)	23,1	22,1	25,5 *	22,7	13,8 **	22,2	25,5 *	22,0	21,5 *	21,8
Fait prescrire	26,4	..	17,9 *	..	38,7	..	25,4 *	..	26,1	..

1 Les valeurs pour la population en général sont multiples parce qu'elles sont standardisées pour l'âge et le sexe de chacune des régions d'origine.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

▪ Date d'arrivée au Canada

L'utilisation des services de l'un ou l'autre des professionnels de la santé pour l'ensemble des communautés culturelles visées ne varie pas selon la date d'arrivée au Canada : 20 % des personnes récemment arrivées (moins de cinq ans) ont consulté, 19 % des personnes arrivées plus tôt (cinq ans et plus) ont fait de même et les personnes nées au Canada ont consulté dans une proportion de 24 % (rappelons que ce sont surtout des enfants mineurs qui constituent la catégorie des personnes nées au Canada) (tableau 12.3). Nous n'observons aucune différence quant à la proportion de personnes qui consultent un professionnel autre que médecin. En fait, la seule différence significative est celle observée quant à la

consultation des médecins. Les personnes nées au Canada consultent plus (18 %) que celles nées à l'extérieur du Canada (indépendamment de la date d'arrivée). On n'observe cependant pas de différence entre la proportion de personnes qui consultent un omnipraticien ou un spécialiste. On peut émettre l'hypothèse que cette consommation de services supérieure est essentiellement due à l'âge.

Le lieu de consultation ne varie pas selon la date d'arrivée au Canada (tableau 12.5).

Tableau 12.3

Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels et certaines variables culturelles, population totale, communautés culturelles 1998-1999

	Un ou l'autre	Médecin	Omnipraticien	Spécialiste	Autres professionnels
	%				
Date d'arrivée					
Moins de 5 ans	20,0	12,2 *	8,5 *	4,5 **	9,9 *
5 ans et plus	19,0	11,9	9,5	3,7	9,6
Né au Canada	23,5	18,2	13,1	5,7 *	8,4 *
Statut					
Indépendant	18,2	11,1	8,6	3,5 *	9,0
Autres	21,3	15,1	11,3	4,9	9,4
Sexe					
Masculin	18,0	11,7	9,7	2,7 *	8,8
Féminin	21,8	14,9	10,6	5,7	9,6
Âge					
0-14 ans	21,4	15,0	10,7	4,6 *	9,0
15-24 ans	15,9	10,2 *	8,9 *	1,9 **	7,0 *
25-44 ans	19,8	12,0	9,0	4,3 *	10,6
45 ans et plus	20,5	15,1	12,3	5,3 *	8,7 *
Intégration linguistique					
Français ou anglais	20,2	...	...	...	...
Ni français ni anglais	19,0	...	...	...	...

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Statut d'immigrant

Le statut d'immigrant est aussi associé à la consultation, plus particulièrement à celle des médecins (11 % des immigrants indépendants ont consulté un médecin comparativement à 15 % des personnes d'autres statuts) et plus spécifiquement encore des omnipraticiens (9 % des immigrants indépendants ont consulté un omnipraticien contre 11 % des personnes d'autres statuts) (tableau 12.3).

Le lieu de consultation ne varie pas selon le statut d'immigrant (tableau 12.5).

- Intégration linguistique

Les personnes déclarant ne connaître ni le français ni l'anglais ne semblent pas présenter de façon significative de différences d'accès aux services (tableau 12.3). Ni la consultation d'un professionnel de la santé, ni le lieu de consultation privilégié ne semblent associés à la connaissance du français ou de l'anglais.

- Sexe

Les hommes consultent moins que les femmes en ce qui a trait à l'ensemble des professionnels de la santé. Les femmes consultent plus les médecins (15 % d'entre elles l'ont fait au cours des deux semaines précédant l'entrevue contre 12 % des hommes) et plus particulièrement les médecins spécialistes (6 % des femmes contre 3 % des hommes) (tableau 12.3).

Comparativement à la population québécoise en général, les femmes de l'ensemble des communautés culturelles visées consultent moins l'un ou l'autre des professionnels de la santé (22 %) (tableau 12.3) que celles de la population en général (27 %) (tableau 12.4). Autant les hommes que les femmes des communautés culturelles consultent moins les professionnels de la santé autres que médecins.

Les hommes des communautés culturelles visées par l'étude consultent plus dans un cabinet privé, un CLSC ou une clinique externe que les hommes de la population en général. Les femmes des communautés culturelles consultent plus, en proportion, dans ces mêmes lieux (93 %) que les femmes de la population en général (80 %) (tableau 12.5).

Tableau 12.4

Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels, le sexe et l'âge, population québécoise en général 1998 (données standardisées)

	Médecin	Autres professionnels	Un ou l'autre
	%		
Sexe			
Masculin	11,5	12,3	20,3
Féminin	15,5	16,9	27,2
Âge			
0-14 ans	13,7	12,6	22,5
15-24 ans	10,2	12,4	19,5
25-44 ans	12,2	16,1	23,8
45 ans et plus	18,3	17,0	29,6

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Âge

Au chapitre des consultations, dans l'ensemble des groupes d'immigrants récents visés par l'étude, on n'observe aucune différence selon l'âge (tableau 12.3). Des différences sont cependant notables entre les membres des communautés culturelles visées et la population en général. Les personnes les plus âgées (45 ans et plus) des communautés culturelles sont proportionnellement moins nombreuses (21 %) à consulter l'un ou l'autre des professionnels de la santé (tableau 12.3) que celles de la population en général (30 %) (tableau 12.4). À tous les âges, les personnes des communautés culturelles s'avèrent moins susceptibles de consulter un professionnel de la santé autre que médecin.

Les personnes âgées de 25 ans et plus des communautés culturelles s'avèrent proportionnellement plus nombreuses que celles de la population québécoise en général à consulter dans un cabinet privé, un CLSC ou une clinique externe (tableau 12.5).

- Scolarité

La consultation d'un professionnel de la santé ne varie pas significativement selon la scolarité. Le lieu de la dernière consultation n'est pas, non plus, associé à la scolarité (données non présentées).

- Prescription d'un médicament

Environ une personne sur quatre (26 %) ayant consulté, et pour qui le dernier professionnel vu est un médecin (omnipraticien ou spécialiste) ou un dentiste, s'est fait prescrire un médicament (tableau 12.6). La plupart des personnes dans cette situation (89 %) ont pu assumer le coût du médicament (données non présentées).

On n'observe pas de différence significative selon la date d'arrivée au Canada ni selon le statut d'immigrant (tableau 12.6).

Tableau 12.5

Pourcentage des consultations qui ont lieu en cabinet privé, CLSC ou clinique externe selon la date d'arrivée au Canada, le statut d'immigrant, le sexe, l'âge et l'intégration, communautés culturelles 1998-1999 et population québécoise en général 1998 (données standardisées)

	Communautés culturelles %	Population en général
Total	90,8	80,4
Date d'arrivée		
Moins de 5 ans	94,5	...
5 ans et plus	91,0	...
Né au Canada	89,1	...
Statut		
Indépendant	91,5	...
Autres	90,4	...
Sexe		
Masculin	87,9	80,8
Féminin	93,2	80,1
Âge		
0-14 ans	91,2	82,7
15-24 ans	86,4	77,8
25-44 ans	90,2	80,6
45 ans et plus	94,7	78,1
Intégration linguistique		
Français ou anglais	92,2	...
Ni français ni anglais	92,8	...

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 12.6

Prescription d'un médicament aux personnes pour lesquelles le dernier professionnel consulté est médecin (omnipraticien ou spécialiste) ou dentiste, communautés culturelles 1998-1999

	%
Total	26,4
Région d'origine	
Chine	17,9 *
Haïti	38,7
Maghreb et Moyen-Orient	25,4 *
Pays hispanophones	26,1
Date d'arrivée	
Moins de 5 ans	26,5 **
5 ans et plus	27,1
Né au Canada	25,2 *
Statut	
Indépendant	23,5
Autres	28,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Satisfaction quant aux services sociaux et de santé

La question portant sur la satisfaction quant aux services sociaux et aux services de santé ne présume pas que les personnes ont reçu des services dans les deux semaines précédant l'entrevue. Elles peuvent, à la limite, n'avoir jamais eu recours aux services depuis leur arrivée. Le taux de satisfaction s'avère relativement élevé puisque 68 % de la population immigrante s'estime satisfaite (très satisfaite ou assez satisfaite). Ce taux diffère toutefois, sur le plan statistique, de celui observé dans la population québécoise en général (75 %). La satisfaction n'est pas associée à la date d'arrivée au Canada ni au statut d'immigrant. Il ne semble pas y avoir de lien non plus avec l'intégration linguistique (tableau 12.7).

La satisfaction varie selon le sexe. Les hommes (64 %) des communautés culturelles sont proportionnellement moins nombreux à juger les services satisfaisants que les femmes (71 %). Ces taux de satisfaction sont inférieurs à ceux de la population québécoise en général qui sont de 74 % chez les hommes et de 77 % chez les femmes. La satisfaction varie aussi significativement selon l'âge. Chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, environ 61 % se disent satisfaites des services. C'est d'ailleurs pour cette seule catégorie d'âge qu'on note une différence significative par rapport au taux de satisfaction observé dans la population en général (74 % des personnes sont satisfaites) (tableau 12.7).

Tableau 12.7
Satisfaction quant aux services sociaux et aux services de santé (très satisfait ou assez satisfait), communautés culturelles 1998-1999 et population québécoise en général 1998 (données standardisées)

	Communautés culturelles %	Population en général
Total	67,5	75,4
Date d'arrivée		
Moins de 5 ans	67,8	...
5 ans et plus	67,3	...
Statut		
Indépendant	67,5	...
Autres	67,6	...
Sexe		
Masculin	64,2	74,3
Féminin	70,7	76,5
Âge		
15-24 ans	78,1	79,5
25-44 ans	61,4	73,7
45 ans et plus	71,0	75,6
Intégration linguistique		
Français ou l'anglais	66,4	...
Ni français ni anglais	67,1	...

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

12.3 Discussion

Les résultats de l'étude auprès des communautés culturelles confirment certaines des hypothèses de travail de départ. Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que les personnes issues des communautés culturelles visées utilisent moins les services de santé et sociaux (20 %) que celles issues de la population québécoise en général (24 %). Il était également attendu que les personnes issues des communautés culturelles consultent davantage le médecin en cabinet privé (71 %) que l'ensemble de la population (65 %). Toutefois, cette préférence pour la consultation en cabinet privé est étonnamment marquée chez les immigrants récents d'origine chinoise (80 %) et hispanophone (76 %).

La plus grande surprise est sans aucun doute qu'il n'y a pas de lien entre l'utilisation des services de santé et sociaux et la durée de séjour au Canada. Compte tenu du fait que l'utilisation des services est étroitement liée à la connaissance des réseaux et que l'immigrant récent est justement en reconstruction de ses réseaux dans ses premières années d'installation, il est surprenant qu'il n'y ait pas de différence significative. En fait, la différence n'est significative que dans la distinction entre ceux nés au Canada et ceux nés à l'étranger, sans égard au statut d'immigration (réfugié, indépendant et parrainé).

Ces faits saillants de l'étude correspondent à des résultats d'autres études menées sur le sujet à une période similaire. Au même moment où s'élabore l'étude auprès des communautés culturelles, soit en 1994-1995, se dessine un courant de préoccupations sur l'accessibilité et l'adéquation des services aux personnes immigrantes et de communautés culturelles. Ainsi, pour la même période à Montréal, il y a une première enquête sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes qui étudie le recours aux services dans les 12 mois précédant l'enquête (Heneman et autres, 1994). Une deuxième étude porte sur l'utilisation des services de santé, dont les services de santé mentale, par la population d'un quartier à forte concentration d'immigrants, et ce, pour une même période rétrospective de 12 mois (Kirmayer et autres, 1996). Et finalement, à la même époque, le Manitoba et l'Alberta mènent conjointement une vaste étude rétrospective à partir des fichiers médicaux sur les consultations médicales et les hospitalisations en 1996 pour la population immigrante récente recensée par le Conseil canadien sur l'immigration (Kliwer et Kazanjan, 2000). Ces trois études rétrospectives se réfèrent à une période de 12 mois contrairement à la présente étude qui s'en tient, pour l'utilisation des services, aux deux semaines antérieures à l'étude. Malgré cette différence dans la période de référence, la comparaison des résultats entre ces enquêtes demeure pertinente.

La première étude citée, celle de Heneman et autres (1994), se centre sur l'adéquation des services en exploitant les concepts d'accessibilité des services (géographique, économique, linguistique et culturelle), de la disponibilité des services (existence et proximité) et finalement, de la compatibilité des services (interprétation et compréhension des problèmes, communication, attente, jugement professionnel et relation entre patient et intervenant). La deuxième étude mentionnée, celle de Kirmayer et autres (1996), analyse le recours aux services de santé en général et aux services en santé mentale pour les individus souffrant de symptômes de dépression, d'anxiété, de somatisation ou éprouvant des problèmes sociaux récents, et ce, selon l'appartenance ethnoculturelle et le type d'acculturation (intégration, assimilation,

séparation et marginalisation). Quant à la troisième étude citée, celle de Kliwer et Kazanjan (2000), elle étudie les motifs de consultation médicale et les hospitalisations chez les adultes immigrants au cours de leur première année de résidence au Canada, selon leur statut d'immigration et selon d'autres caractéristiques sociodémographiques. Bien que ces trois études abordent des concepts différents de l'utilisation des services de santé et sociaux et bien que les méthodologies soient également fort différentes, plusieurs des résultats présentent certaines similitudes avec ceux de la présente étude.

Selon les résultats de l'étude de Kirmayer et autres (1996), les personnes immigrantes ont, en une année, recours de la même façon aux services de santé et sociaux que les personnes non immigrantes (78 % contre 76 %) alors que dans l'étude auprès des communautés culturelles, le taux d'utilisation des services au cours des deux dernières semaines est de 20 % chez la population immigrante et de 24 % chez celle non immigrante. Qu'est-ce qui peut expliquer cette différence? On n'en sait trop rien, si ce n'est que chez les immigrants récents, on note une sous-utilisation des services. Dans la population visée par l'étude, la durée moyenne de séjour est de moins de 10 ans alors que dans l'enquête de Kirmayer et autres (1996) la durée moyenne de séjour est de 15 ans. On peut mentionner qu'au cours de la première année d'installation, les consultations médicales chez les personnes immigrantes sont de 40 % inférieures à celles de la population non immigrante et les hospitalisations sont de 60 % inférieures (Kliwer et Kazanjan, 2000). Après une première année, les taux de consultation ont tendance à augmenter surtout chez les femmes en raison des grossesses.

Qu'il y ait moins de consultations et d'hospitalisations au cours des premières années, cela semble attribuable d'une part à la méconnaissance des services et, d'autre part, à un meilleur état de santé chez la population récemment immigrée (Chen et autres, 1996). Outre ces deux raisons, il semble également y avoir une sous-déclaration des problèmes de santé, dont une sous-déclaration plus marquée des problèmes de santé mentale.

La méconnaissance des services est un aspect très souvent mentionné dans l'analyse de l'accessibilité des services, surtout pour des services d'ordre psychosocial, ou encore, pour une spécialité peu répandue dans les pays en développement comme l'ergothérapie.

Comme l'ont démontré Chen et ses collaborateurs (1996), les personnes résidant au Canada depuis moins de dix ans sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance. Après dix ans d'exposition aux facteurs de risque spécifiques à l'environnement canadien, les personnes immigrantes développeraient les mêmes problèmes respiratoires, cardiovasculaires et allergiques que les non immigrants.

Quant à la sous-déclaration des problèmes de santé, Kirmayer et ses collaborateurs (1996) notent dans leur étude que les taux d'utilisation des services de soins pour les problèmes de détresse psychologique sont significativement inférieurs chez les personnes immigrantes (5,5 % contre 14,7 %). Même en contrôlant pour le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, le niveau de détresse et les événements stressants, il semble que seuls les facteurs culturels liés à la compréhension et à l'interprétation des symptômes de détresse soient déterminants dans l'utilisation des services (Kirmayer et autres, 1996, p. 11). Cela va dans le même sens que les résultats de la présente étude où le recours à des ressources spécialisées en santé mentale, tel un psychologue, est de moins de 1 %.

En fait, les médecins les plus consultés sont l'omnipraticien et le pédiatre, tant selon les données de l'étude auprès des communautés culturelles que selon celles de l'étude sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes (Heneman et autres, 1994). Dans cette dernière étude, les familles sont interrogées sur les problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Même si les problèmes de santé de la mère tels que la nervosité, l'anxiété ou le stress sont plus fréquemment mentionnés, les familles consultent pour les problèmes de santé des enfants (otites, fièvre, etc.) (Gravel et Legault, 1996).

Tant dans la présente étude que dans celle de Kliewer et Kazanjan (2000), menée auprès des immigrants récents, le statut est déterminant sur les taux d'utilisation des services. Ainsi dans la présente étude, les personnes ayant un statut de réfugié ou de parrainé consultent dans 15 % des cas comparativement à 11 % chez les immigrants indépendants. Dans l'étude de Kliewer et Kazanjan, les hommes réfugiés résidant au Manitoba consultent dans 6,7 % des cas alors que les immigrants investisseurs ne consultent que dans 1,8 % des cas (p. 13). Il faut ici comprendre que la condition initiale de santé du réfugié est très différente de celle de l'immigrant indépendant. Il en est tout autant des conditions de vie lors de la période d'installation dans la société d'accueil.

Si le statut semble être déterminant sur les taux d'utilisation des services, il n'en est pas de même pour la durée de séjour au Canada. Tant dans l'étude auprès des communautés culturelles que dans celle sur les services de santé mentale (Kirmayer et autres, 1996), la durée de séjour, même analysée sous l'angle des types d'acculturation, n'est pas significative. L'effet de la durée de séjour sur les taux de consultation n'est perceptible que sur une courte période d'immigration comme l'ont démontré Kliewer et Kazanjan (2000). De plus, il faut prendre en considération que dans cette dernière étude, l'augmentation des consultations est attribuable aux grossesses qui surviennent surtout après une première année d'installation des immigrants. Indépendamment du statut et de la durée de séjour au Canada, tant dans la population immigrante que dans la population en général, les consultations périnatales et pédiatriques sont importantes.

Outre les consultations pédiatriques et périnatales, la population immigrante consulte beaucoup pour des maladies infectieuses telles que la tuberculose, la rubéole, l'hépatite B et la malaria. Lorsque la population non immigrante consulte pour des maladies infectieuses, c'est surtout pour des maladies transmises sexuellement (Kliewer et Kazanjan, 2000). Les motifs d'hospitalisation chez les hommes, qu'ils soient immigrants ou non, sont essentiellement des problèmes respiratoires et digestifs. Toutefois, il y a un

taux important de chirurgie des yeux pour les hommes immigrants (Kliewer et Kazanjan, 2000).

Tant la présente étude que celle sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes démontrent que les personnes immigrantes consultent davantage en cabinet privé qu'à l'urgence.

Quant à la satisfaction, les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux de l'enquête sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes. Dans l'étude auprès des communautés culturelles, 64 % des hommes des communautés culturelles et 71 % des femmes se disent satisfaits des services reçus. Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux de la population québécoise en général, soit 74 % chez les hommes et 77 % chez les femmes. Cependant, si l'on prend les différentes dimensions de la satisfaction telles qu'elles sont traitées dans l'enquête auprès des jeunes familles immigrantes, la satisfaction globale est assez importante puisque 94 % des personnes ne manifestent pas le besoin d'un interprète lors de la consultation, 90 % se sentent bien comprises par les intervenants, 85 % considèrent avoir suffisamment de temps pour expliquer leur problème lors de la consultation, 47 % se disent confortables avec la différence culturelle entre elles et l'intervenant, 96 % ne sont pas dérangées par l'écart d'âge ni par la différence de sexe (97 %) entre elles et l'intervenant, et finalement, 83 % se disent confiantes quant au jugement professionnel de l'intervenant pour ce qui est du traitement choisi (Gravel et Legault, 1996). Au chapitre des insatisfactions, les améliorations souhaitées par les jeunes familles immigrantes sont, par ordre d'importance : de diminuer le temps d'attente lors des consultations et pour l'obtention d'un rendez-vous, d'accorder la priorité aux enfants dans les urgences et d'assurer un meilleur accès aux services d'interprétation et de traduction (Heneman et autres, 1994), ce qui correspond aux mêmes constats que ceux faits dans la présente étude où 34 % des personnes immigrantes déplorent le temps d'attente lors des consultations.

En résumé, les résultats de l'étude auprès des communautés culturelles vont dans le même sens que

ceux des autres études, à savoir que les personnes immigrantes utilisent dans une moindre proportion les services de santé et sociaux en comparaison des personnes non immigrantes, et que la satisfaction est relativement semblable pour les deux groupes. Toutefois, la compréhension de l'utilisation des services de santé et sociaux par la population immigrante prend davantage de sens lorsqu'elle s'inscrit dans une analyse des réseaux formel et informel (Kobayashi et autres, 1998) et encore plus lorsque les problèmes d'ordre psychologique sont abordés. Ce dernier aspect pourrait être examiné dans des analyses subséquentes des données de la présente étude.

Conclusion

À la lumière des résultats de la présente étude et de ceux de la littérature, une étude longitudinale de l'utilisation des services de santé et sociaux par les populations immigrantes selon les cycles d'intégration (Berry et autres, 1987) apporterait probablement un éclairage nouveau sur le sujet. Un protocole d'enquête sur 10 ans, centré sur l'utilisation des services à des périodes charnières de l'intégration, soit après la première année d'arrivée, à la cinquième et à la dixième année, et ce, pour les 12 mois précédant le moment de collecte des données, donnerait des résultats plus probants. Outre les variables liées à l'utilisation des services, l'étude devrait documenter les différentes composantes de l'intégration : l'intégration économique et professionnelle (réseau de travail, chômage, reconnaissance de la formation et des expériences et déqualification), l'intégration linguistique (langue utilisée au travail, dans les services, à la maison et dans les loisirs) et l'intégration sociale (appartenance ethnique des réseaux, du voisinage et des collègues) (Gravel et Battaglini, 2000). Une telle étude permettrait de voir au cours des années à la fois l'évolution de l'état de santé physique et psychologique et des besoins des personnes immigrantes et l'adéquation des services auxquels elles ont recours.

Bibliographie

BERRY, J., U. KIM et P. BOSKI (1987). « Psychological Acculturation of Immigrants », *Cross-Cultural Adaptation: Current Approches, International and Intercultural Communication Annual*, vol. XI, p. 62-89.

CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol.7, n° 4, p. 37-50.

EVANS, R. G., et G. L. STODDARD (1990). « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, p. 1347-1363.

FOURNIER, M.-A., et J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 19, p. 387-407.

GRAVEL, S., et A. BATTAGLINI (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie Régionale des services sociaux et de santé de Montréal-Centre, 243 p.

GRAVEL, S., et G. LEGAULT (1996). « Adéquation des services de santé aux jeunes familles immigrantes », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 3, p. 152-158.

HENEMAN, B., G. LEGAULT, S. GRAVEL, S. FORTIN et E. ALAVARADO (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et École de service social de l'Université de Montréal, 1 vol. (pag. multiple).

IASENZA, I. et F. MUCCI (1994). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles. Orientations et plan d'action 1994-1997*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 68 p.

KIRMAYER, L. J., G. GALBAUD DU FORT, A. YOUNG, M. WEINFELF et J. C. CLASRY (1996). *Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study*, Montréal, Culture and Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital, 144 p. (Collection « Culture & Mental Health Research Unit report », n° 6 (Part 1)).

KLIEWER, E., et A. KAZANJAN (2000). *The Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A pilot Study*, Vancouver, BC Office of Health Technology Assessment, 49 p.

KOBAYASHI, A., E. MOORE et M. ROSENBERG (1998). *Healthy Immigrant Children: A Demographic and Geographic Analysis*, Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique et Développement des ressources humaines Canada, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, rédigé par H. Valentini, Direction générale de la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (2001). *Plan stratégique 2001-2004*, Québec, gouvernement du Québec, 34 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux (1998-2002) – Défi de l'accès*, Montréal, RRSS de Montréal-Centre, 128 p.

Chapitre 13

Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Lise Dunnigan

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

En 1990, dans le cadre de la réforme du système socio-sanitaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait son intention d'instaurer dans l'ensemble du Québec un service téléphonique disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, afin d'améliorer l'accès aux services et de faciliter l'orientation des citoyens vers les ressources les plus appropriées (MSSS, 1990). En 1994, un cadre de référence définissant les objectifs et le modèle d'organisation de ce nouveau service spécifiait que « dans les régions où il y a d'autres communautés culturelles, la régie devra prendre en considération la composition du milieu et voir à adapter le service en conséquence » (MSSS, 1994, page 11).

Ce service, maintenant connu sous l'appellation *Info-Santé CLSC*, est offert par les CLSC dans tout le Québec depuis 1995, à l'exception des régions nordiques¹. Il permet à toute personne de communiquer avec une infirmière 24 heures par jour et 7 jours par semaine sans aucuns frais. La mission du service est de fournir de l'information et des conseils sur toute question reliée à la santé et au bien-être. Au besoin, l'infirmière oriente la personne qui appelle vers la ressource socio-sanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Le système de santé québécois a été le premier en Amérique du Nord à mettre en place un tel service dans la presque totalité de son territoire. Au cours de l'exercice financier 2000-2001, Info-Santé CLSC a traité près de 2,4 millions d'appels, soit

323 appels par année pour 1 000 personnes desservies.

Les services Info-Santé CLSC ont fait l'objet d'une évaluation provinciale portant sur les cinq premières années d'implantation (Dunnigan, 1999). Dans le cadre de cette évaluation, une enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998) a montré que les interventions des infirmières apportent un soutien efficace à la prise en charge des problèmes soumis par les usagères et usagers, qu'elles contribuent à l'acquisition ou au renforcement de leurs connaissances et qu'elles permettent dans bien des cas d'éviter des consultations inappropriées au cabinet du médecin ou à la salle d'urgence. Cette étude a fait ressortir les effets de ce service sur l'utilisation judicieuse des ressources du réseau et sur le renforcement de l'autonomie des individus dans la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches. Son rôle est donc en lien étroit avec les stratégies proposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992).

Le rapport final de l'évaluation des services Info-Santé CLSC conclut qu'il y aurait avantage, tant du point de vue de la population que du système de santé, à faire en sorte que ce service soit plus largement connu et utilisé, notamment parmi les sous-groupes initialement ciblés, tels que les personnes âgées et les personnes d'expression anglaise (Dunnigan, 1999).

Cependant, on disposait jusqu'ici de très peu d'information quant à la notoriété et à l'utilisation d'Info-Santé CLSC parmi la clientèle cible appartenant aux communautés culturelles. Aucune donnée reliée aux caractéristiques linguistiques ou ethnoculturelles

1. Il s'agit des régions du Nord-du-Québec, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik.

de la clientèle n'est disponible dans le système d'information Info-Santé CLSC. En 1997, une enquête menée auprès de 4 705 personnes ayant fait appel à Info-Santé CLSC dans l'ensemble du Québec avait montré que 3,5 % d'entre elles ($n = 164$) parlaient *habituellement* une langue autre que le français ou l'anglais à la maison. Pour les besoins de l'étude, cet échantillon ne comptait cependant que des personnes aptes à donner une entrevue téléphonique en français ou en anglais (Hagan et autres, 1998). Aucune différence significative n'a été observée quant à la qualité ou à l'utilité perçues du service dans ce groupe.

En janvier 1998, dans un premier sondage auprès d'un échantillon aléatoire de 1 231 personnes provenant de l'ensemble du Québec, on retrouvait la même proportion de personnes parlant *le plus souvent* une langue autre que le français ou l'anglais à la maison (3,5 %, $n = 66$); cette fois encore l'échantillon ne comptait que des répondants aptes à compléter une entrevue dans l'une ou l'autre de ces deux langues. On remarquait néanmoins que la notoriété d'Info-Santé CLSC était plus faible chez les personnes parlant *le plus souvent* une langue autre que le français ou l'anglais à la maison (67 %, $n = 66$) comparativement à celles parlant le plus souvent français (77 %, $n = 868$) (SOM inc., 1998).

Sur la base d'un échantillon beaucoup plus important (20 773 répondants au QAA), l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998) a confirmé que les personnes de langue maternelle autre que le français ou l'anglais sont moins nombreuses à connaître l'existence d'Info-Santé CLSC que les personnes de langue maternelle française (61 % contre 78 %). Elles sont également moins nombreuses à l'avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie (21 % contre 31 %); l'écart entre ces deux groupes persiste, mais de façon moins marquée, parmi les personnes qui connaissent l'existence du service (34 % contre 41 %) (Dunnigan, 2000). Mais ces données demeurent reliées uniquement aux variables linguistiques et ne fournissent qu'une indication très indirecte de la pénétration d'Info-Santé CLSC parmi les communautés

culturelles ou parmi les populations récemment immigrées.

Les objectifs visés dans le cadre de la présente étude sont donc d'estimer la notoriété d'Info-Santé CLSC, soit la proportion de gens qui connaissent son existence, le taux de pénétration, soit la proportion de gens qui l'ont utilisé, ainsi que la fréquence d'utilisation du service parmi les personnes récemment immigrées de chacune des quatre communautés à l'étude, en les comparant à l'ensemble de la population québécoise (données standardisées). L'analyse décrira les facteurs sociodémographiques qui y sont associés. Elle tentera également de décrire le recours à d'autres services chez les personnes qui n'ont pas réussi à obtenir la communication avec l'infirmière du service.

13.1 Aspects méthodologiques

13.1.1 Indicateurs

Les questions posées dans la présente étude sont identiques à celles utilisées dans l'ESS 1998 et apparaissent à la section XIII du questionnaire autoadministré qui s'adresse aux personnes âgées de 15 ans ou plus (QAA198 à QAA202). La section est introduite par la question « Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région? » (QAA198). Les deux questions suivantes permettent de connaître la proportion de gens qui ont déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (QAA199) et la fréquence d'utilisation au cours d'une période de 12 mois (QAA200). Dans le cadre de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC réalisée de 1994 à 1999, des questions semblables à celles-ci, mais non identiques, ont été posées dans un sondage auprès de la population (SOM inc., 1998) tandis que la seconde question faisait aussi partie d'une enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998; Dunnigan, 1999).

La question QAA201 a pour but d'identifier les gens qui n'ont pas pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'ils ont tenté de contacter le service, et la question QAA202 vise à décrire les démarches que ces

personnes ont dû effectuer auprès d'une autre ressource pour obtenir de l'aide. Ces deux questions s'inspirent de celles posées lors de l'enquête auprès de la clientèle mentionnée plus haut, mais portent cette fois sur un événement réel plutôt que sur une situation hypothétique (« Si Info-Santé n'avait pas existé, diriez-vous que... »).

Dans l'analyse de l'utilisation d'Info-Santé CLSC, les résultats sont d'abord présentés succinctement en utilisant la population totale âgée de 15 ans ou plus comme dénominateur. Les analyses plus détaillées sont effectuées en établissant les proportions sur la base des personnes âgées de 15 ans ou plus qui connaissent l'existence du service, de façon à mieux faire ressortir les différences entre les personnes qui choisissent d'utiliser le service et celles qui ne l'utilisent pas.

L'indice d'intégration linguistique a été utilisé pour certains croisements de variables, étant donné que des études antérieures ont montré que le français comme langue maternelle est associé à la connaissance et à l'utilisation d'Info-Santé CLSC (MSSS, 1990). Le groupe des personnes de langue maternelle anglaise et celui des personnes de langue maternelle autre que le français ou l'anglais comptent tous deux une plus faible proportion de personnes qui connaissent et qui utilisent le service : l'indice d'intégration linguistique a donc été croisé avec les variables d'analyse en distinguant les personnes qui s'expriment aisément en français et celles qui ne le peuvent pas.

13.1.2 Portée et limites des données

Pour toutes les questions concernant le recours à Info-Santé CLSC, le taux de non-réponse partielle se situe à moins de 5 %.

Il faut noter que, parmi les personnes qui ont déjà utilisé le service, on peut retrouver des personnes qui ont appelé pour elles-mêmes ou au sujet d'une autre personne; dans le second cas, si cette autre personne est également âgée de 15 ans ou plus et qu'elle compte aussi parmi les répondants au QAA, il se peut qu'elles déclarent toutes les deux avoir déjà utilisé le service et que le taux de pénétration soit ainsi surestimé. Dans l'ensemble de la population, selon l'ESS 1998, environ 1,8 million de personnes ont utilisé Info-Santé CLSC au moins une fois

au cours d'une période de 12 mois; si un tiers d'entre elles ont appelé trois fois ou plus au cours de l'année, comme le suggèrent les résultats de cette même enquête, on obtient environ 3 millions d'appels, un nombre qui dépasse sensiblement le volume d'appels rapporté par les services Info-Santé CLSC, soit 2,4 millions en 1998-1999 (Béland, 2002). Cette distorsion peut découler d'une surestimation du nombre de personnes qui ont appelé au cours de la période de 12 mois ou, encore, d'une surdéclaration du nombre d'appels faits par chaque individu au cours de ladite période. Une mesure plus précise du nombre d'utilisations à partir des choix de réponse proposés dans le questionnaire permettrait de circonscrire davantage ce biais.

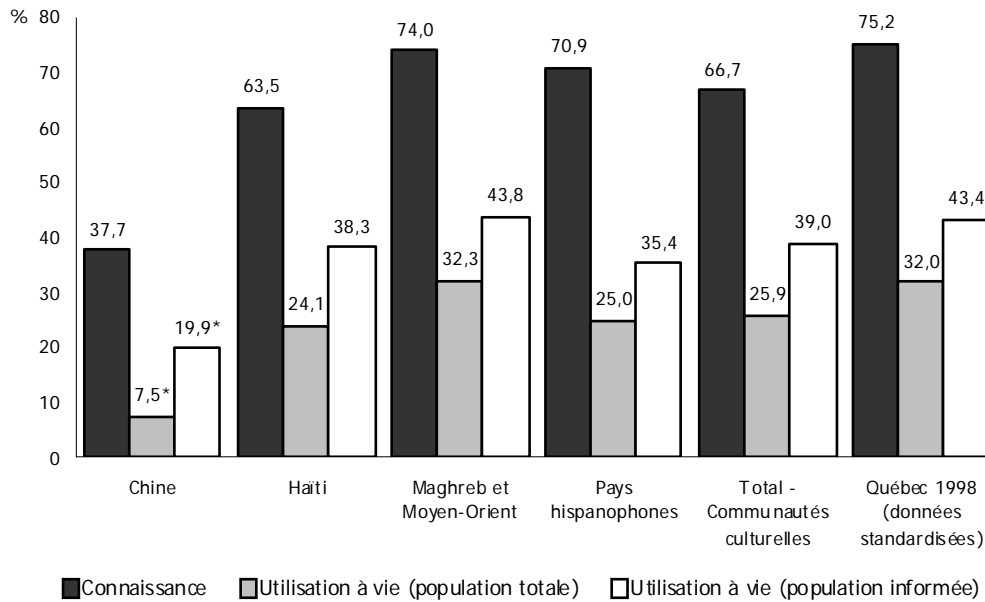
13.2 Résultats

À la question « Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région ? », environ 67 % des personnes appartenant aux communautés visées par l'étude ont répondu « oui » (figure 13.1). Cette proportion est significativement moins élevée que celle mesurée chez l'ensemble des Québécois (75 %, donnée standardisée). Une minorité de personnes appartenant à la communauté chinoise (38 %) connaissent l'existence du service. Les personnes de la communauté haïtienne sont aussi, proportionnellement, un peu moins nombreuses à connaître l'existence du service que la population québécoise en général (64 %) tandis que les deux autres communautés n'en diffèrent pas de façon significative.

Parmi l'ensemble de la population visée par l'étude, 26 % des personnes âgées de 15 ans ou plus disent avoir déjà obtenu un conseil ou une information en appelant à Info-Santé CLSC, ce qui est moins élevé que parmi l'ensemble de la population québécoise (32 %). Cependant, lorsqu'on se limite aux personnes qui connaissent l'existence du service, on ne note pas de différence significative entre les deux groupes (39 % contre 43 %); en fait, seules les communautés chinoise et hispanophone comptent une moins grande proportion d'utilisateurs que la population québécoise en général (respectivement 20 % et 35 % contre 43 %).

Figure 13.1

Connaissance et utilisation à vie du service Info-Santé CLSC selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

13.2.1 Différences selon le sexe

Les proportions d'hommes et de femmes qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC ne diffèrent pas significativement au sein des communautés culturelles visées par l'étude (65 % contre 68 %), contrairement à l'écart observé dans la population québécoise en général où les femmes sont plus nombreuses que les hommes à connaître ce service (81 % contre 69 %, données standardisées) (tableau 13.1). L'absence de lien significatif avec la variable sexe se vérifie dans chacune des quatre communautés (tableau 13.2). On peut donc affirmer que les différences entre les communautés culturelles visées et l'ensemble des Québécois s'expliquent surtout par le fait que les femmes de ces communautés sont, toute proportion gardée, moins nombreuses à connaître Info-Santé CLSC que les femmes québécoises (68 % contre 81 %). Parmi les personnes qui connaissent l'existence du service, cependant, la proportion d'utilisateurs est plus élevée chez les femmes des communautés culturelles visées que chez les hommes, soit 46 % et 31 % respectivement; mais

celles-ci demeurent un peu moins nombreuses que l'ensemble des Québécoises à l'avoir utilisé (53 %). Les hommes des communautés culturelles visées ne se distinguent pas significativement de l'ensemble des hommes québécois, que ce soit sur le plan de la connaissance ou de l'utilisation du service (tableau 13.1).

13.2.2 Différences selon l'âge

Les personnes de 25 à 44 ans sont proportionnellement les plus nombreuses à connaître l'existence du service (73 %) mais un peu moins nombreuses que les Québécois du même groupe d'âge (78 %). Parmi les personnes informées de son existence, ce groupe d'âge est aussi le plus nombreux à l'avoir déjà utilisé (46 %) (tableau 13.1). Des associations allant dans le même sens se retrouvent dans chacune des quatre communautés (tableau 13.2). Dans les trois groupes d'âge, cependant, malgré le fait que les personnes récemment immigrées soient proportionnellement moins nombreuses à connaître le service (tendance non significative chez les 15-24 ans

seulement), les proportions d'utilisateurs parmi les personnes informées ne diffèrent pas significativement de celles qu'on note parmi la population québécoise des mêmes groupes d'âge (tableau 13.1).

13.2.3 Différences en fonction de la présence d'un enfant dans le ménage

La présence d'un enfant mineur dans le ménage et l'âge de ce dernier sont étroitement associés à la connaissance et à l'utilisation d'Info-Santé CLSC chez les immigrants récents visés par l'étude. Ainsi, la proportion de personnes qui connaissent le service est plus élevée parmi celles qui vivent avec un enfant mineur (72 % contre 59 % chez les autres); cette proportion est toutefois un peu moins élevée dans l'ensemble des communautés que chez les Québécois vivant dans le même type de ménage (79 %) (tableau 13.1).

Le fait de vivre avec un enfant mineur a une relation semblable avec la connaissance du service dans les quatre communautés, bien que l'association ne soit pas statistiquement significative chez les personnes

originaires du Maghreb et du Moyen-Orient ni chez les hispanophones (tableau 13.2). Parmi les personnes qui connaissent l'existence du service, l'association avec cette variable est particulièrement marquée, alors que près de la moitié de celles vivant avec un enfant mineur l'ont déjà utilisé (47 % contre 23 % des autres). En examinant les communautés séparément, on note aussi que la proportion de personnes connaissant le service diminue lorsque l'âge de l'enfant augmente, dans les communautés originaires de Chine ainsi que du Maghreb et du Moyen-Orient (tableau 13.2)

De toutes les catégories étudiées, c'est chez les personnes vivant avec un enfant de 0 à 2 ans qu'on retrouve la proportion la plus élevée de personnes qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC (84 %) et la proportion la plus élevée d'utilisateurs parmi les personnes informées (60 %). Cette proportion diminue à mesure que l'âge du plus jeune enfant augmente, une association qu'on observe aussi dans la population québécoise dans son ensemble (tableau 13.1).

Tableau 13.1

Connaissance et utilisation à vie du service Info-Santé CLSC parmi la population informée selon le sexe, l'âge, la présence d'un enfant mineur dans le ménage et l'âge du plus jeune enfant mineur, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Connaissance		Utilisation à vie	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%			
Sexe				
Hommes	65,4	68,7	31,4	31,9
Femmes	68,0	81,4	46,3	52,8
Âge				
15-24 ans	66,2	71,2	32,4	38,0
25-44 ans	72,9	78,1	46,0	51,8
45 ans et plus	54,5	72,5	27,1	29,1
Ménage avec enfant mineur	71,5	79,1	47,3	52,4
Ménage sans enfant mineur	58,9	71,7	23,0	34,4
Âge du plus jeune enfant mineur				
0-2 ans	84,4	90,4	59,6	71,5
3-5 ans	72,7	81,0	53,9	67,0
6-11 ans	62,0	79,1	38,9	47,9
12-17 ans	63,9	71,4	27,9 *	34,2
Total	66,7	75,2	39,0	43,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 13.2

Connaissance du service Info-Santé CLSC selon le sexe, l'âge, la présence d'un enfant mineur dans le ménage, l'âge du plus jeune enfant mineur, la scolarité et l'intégration linguistique et la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total
	%				
Sexe					
Hommes	39,3	58,5	73,0	67,7	65,4
Femmes	36,2	66,9	75,1	73,9	68,0
Âge					
15-24 ans	40,0	64,3	71,8	72,2	66,3
25-44 ans	44,1	73,1	78,8	74,4	72,9
45 ans et plus	28,8	39,4 *	65,8	61,3	54,5
Ménage avec enfant mineur	43,9	68,3	77,9	74,1	71,5
Ménage sans enfant mineur	31,1	55,0	67,9	64,2	58,9
Âge du plus jeune enfant mineur					
0-2 ans	59,1	83,2	91,2	79,6	84,4
3-5 ans	59,8 *	67,4	73,7	81,6	72,7
6-11 ans	21,5 **	56,6	63,6	71,6	62,0
12-17 ans	38,5	59,8 *	74,2	65,1	63,9
Scolarité					
Primaire	34,1 *	48,9	54,8 *	52,5	50,9
Cégep	35,9	66,6	69,8	74,7	65,9
Universitaire	41,4	83,2	83,8	76,0	75,4
Intégration linguistique					
S'exprime en français	44,9	64,3	81,1	75,2	75,1
Ne s'exprime pas en français	35,2	61,2	57,5	65,3	52,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

13.2.4 Différences reliées à la scolarité et à l'intégration linguistique

La connaissance d'Info-Santé CLSC atteint des proportions plus élevées à mesure que le niveau de scolarité augmente; ainsi, chez les personnes ayant une scolarité de niveau universitaire, la connaissance du service atteint 75 %; une relation allant dans le même sens se vérifie dans trois communautés mais l'association n'est pas significative dans la communauté chinoise (tableau 13.2). Parmi les personnes informées de l'existence du service, l'utilisation suit une tendance semblable et s'élève à 44 % dans le groupe le plus scolarisé, mais l'association n'est pas significative (données non présentées).

linguistique. Dans l'ensemble des communautés visées, 75 % des personnes qui s'expriment aisément en français connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC comparativement à 53 % de celles qui ne s'expriment pas en français. On note la même tendance dans les quatre communautés mais elle n'est statistiquement significative que chez les personnes originaires des pays arabophones et hispanophones (tableau 13.2). Chez les personnes qui connaissent l'existence du service, on ne détecte pas d'association avec l'indice d'intégration linguistique, mais le pourcentage d'utilisateurs au cours d'une période de 12 mois est plus élevé parmi celles qui s'expriment aisément en français (36 % contre 23 % chez les autres) (données non présentées).

On observe enfin une association significative entre la connaissance du service et l'indice d'intégration

La connaissance et l'utilisation d'Info-Santé CLSC ne varient pas significativement selon la date d'arrivée au Canada ni selon le statut d'immigrant, non plus qu'avec les indices d'intégration autres que celui de l'intégration linguistique.

13.2.3 Fréquence d'utilisation et comportement en cas de non-accès au service

Parmi les personnes des communautés culturelles visées par l'étude qui ont fait appel à Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, 35 % déclarent avoir appelé trois fois ou plus, soit une proportion un peu plus élevée que celle observée chez l'ensemble des utilisateurs québécois (27 %) (tableau 13.3). Cette proportion tend à augmenter lorsque l'âge du plus jeune enfant dans le ménage diminue, atteignant

49 % lorsque celui-ci est âgé de 0 à 2 ans (données non présentées).

La proportion de personnes qui disent ne pas avoir pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'elles ont tenté d'appeler Info-Santé CLSC est de 7 % et ne diffère pas significativement de celle qu'on note chez l'ensemble des Québécois. Cependant, la majorité des personnes qui n'obtiennent pas la communication avec Info-Santé CLSC déclarent s'être rendues à l'urgence ou au cabinet du médecin pour obtenir l'information dont elles avaient besoin (84 %).

Tableau 13.3

Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, accès à l'infirmière lors du dernier appel et démarche en cas de non-accès, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%	
Fréquence d'utilisation/12 mois		
1 ou 2 fois	64,7	72,6
3 fois et plus	35,3	27,4
Accès à l'infirmière lors du dernier appel		
Oui	92,7	95,1
Non	7,3 *	4,9
Démarche en cas de non-accès		
Urgence ou cabinet	84,4	40,6
Autre	15,6 **	59,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse des résultats

Dans l'ensemble, les personnes récemment immigrées visées par l'étude sont moins nombreuses que la population québécoise en général à connaître l'existence d'Info-Santé CLSC (67 % contre 75 %). Par ailleurs, parmi ceux et celles qui se disent informés, on compte un pourcentage semblable d'utilisateurs dans les deux groupes, soit 39 % et 43 %. La communauté chinoise se distingue par une proportion nettement plus faible de personnes informées (38 %) et elle compte aussi moins d'utilisateurs parmi ces dernières (20 %).

En examinant les résultats selon le sexe, on note que la moins grande connaissance du service dans l'ensemble des communautés étudiées, comparativement à l'ensemble du Québec, ne se vérifie que chez les femmes (68 % contre 81 %) alors que les hommes des deux groupes ne se distinguent pas (65 % contre 69 %). De plus, alors que les hommes ne diffèrent pas non plus sur le plan de l'utilisation, les femmes des communautés culturelles visées qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC sont un peu moins nombreuses que les Québécoises en général à avoir déjà utilisé Info-Santé CLSC (46 % contre 53 %).

La connaissance et l'utilisation du service varient selon l'âge un peu de la même façon que chez les Québécois en général, atteignant les valeurs les plus élevées chez les 25-44 ans (connaissance 73 %, utilisation à vie 46 %). Cela peut résulter en partie du fait que les personnes de ce groupe d'âge sont plus susceptibles de vivre avec un enfant d'âge mineur.

Dans chacune des communautés, on note aussi une prépondérance des personnes vivant avec un enfant mineur parmi les personnes informées et utilisatrices. Dans l'ensemble des communautés culturelles visées, comme on l'observe d'ailleurs dans la population québécoise en général, ce sont les personnes vivant avec un enfant de 0 à 2 ans qui connaissent (84 %) et qui utilisent davantage cette ressource (60 % de

ceux et celles qui la connaissent). Ces résultats sont particulièrement intéressants puisque les quatre communautés étudiées comptent une proportion élevée de personnes vivant avec des enfants mineurs (62 % dans l'ensemble des communautés contre 47 % dans la population québécoise en général).

Enfin, les personnes qui peuvent s'exprimer aisément en français sont plus nombreuses que les autres à connaître le service (75 %) et à l'avoir utilisé au cours d'une période de 12 mois (36 %). La connaissance du service augmente aussi avec le niveau de scolarité, alors que la variable mesurant la scolarité relative n'y est pas reliée de façon significative chez les Québécois dans l'ESS 1998.

Discussion

En ce qui a trait à la connaissance et à l'utilisation d'Info-Santé CLSC chez des personnes récemment immigrées, la présente étude constitue la première véritable source d'information sur le sujet puisque les études antérieures n'ont jamais permis d'identifier la clientèle du service selon le fait d'être immigrant ou l'appartenance à une communauté culturelle, mais seulement selon la langue maternelle ou celle habituellement parlée à la maison.

Dans l'ensemble, les personnes d'immigration récente visées par l'étude sont proportionnellement moins nombreuses à connaître Info-Santé CLSC mais celles qui le connaissent sont aussi nombreuses à l'utiliser que la population québécoise en général. Des différences semblables sont observées dans les quatre communautés; cependant, les membres de la communauté chinoise d'immigration récente montrent des taux de connaissance et d'utilisation nettement moins élevés que la population québécoise en général.

Par ailleurs, les résultats confirment que le degré d'aisance en langue française est un facteur important dans les différences observées sur le plan de la connaissance d'Info-Santé CLSC, et à un moindre degré de son utilisation. La proportion de personnes

qui ne s'expriment pas en français atteint un niveau particulièrement élevé chez les immigrants récents d'origine chinoise (77 %) et pourrait expliquer en partie le faible degré de connaissance et d'utilisation du service dans ce groupe. Ces données vont dans le même sens que celles de l'ESS 1998 qui a montré que le service était en général mieux connu parmi les personnes de langue maternelle française (78 %) que parmi celles de langue maternelle anglaise ou autre (59 % et 61 % respectivement). La variable linguistique apparaît donc comme un facteur plus déterminant que la variable ethnoculturelle dans la capacité d'Info-Santé CLSC à rejoindre les populations récemment immigrées.

L'information inédite qu'apporte la présente étude est que ce sont les proportions observées chez les femmes qui sont à l'origine des différences les plus notables entre les communautés culturelles visées et la population québécoise en général; en effet, les hommes des communautés culturelles visées ne se distinguent pas de l'ensemble des hommes québécois. On pourrait croire que le degré d'aisance en français est moins élevé chez les femmes des communautés culturelles que chez les hommes; les résultats observés pourraient alors être un effet de cette variable, mais une telle explication n'est pas satisfaisante puisqu'on ne détecte pas de différence significative entre les deux sexes à l'indice d'intégration linguistique (femmes 62 % ; hommes 65 %).

Pistes de recherche

Les femmes sont souvent les premières responsables de la santé des membres de leur famille (Moisan, 1999) et elles forment depuis longtemps la grande majorité de la clientèle d'Info-Santé CLSC. Il y aurait donc lieu d'étudier les raisons pour lesquelles ce service demeure moins bien connu parmi les femmes récemment immigrées que parmi les Québécoises en général. Il serait également utile de vérifier chez celles qui en ont entendu parler, quelle est la perception de la nature exacte du service parmi ces dernières.

Quant à la proportion légèrement moins élevée d'utilisatrices d'Info-Santé CLSC parmi les femmes des communautés culturelles qui connaissent l'existence du service, en comparaison avec les femmes québécoises en général, on peut tenter de l'expliquer en partie par le fait que les réseaux de soutien s'y substituent jusqu'à un certain point. Toutefois, il serait également intéressant de comparer la satisfaction des utilisatrices immigrantes avec celle des autres usagères, et de vérifier en particulier si elles considèrent les informations et les conseils obtenus comme utiles et adaptés à leur situation particulière.

Enfin, il y aurait lieu de bien circonscrire les caractéristiques culturelles à prendre en compte pour mieux adapter l'évaluation et l'intervention de l'infirmière dans le traitement des appels provenant des personnes récemment immigrées.

Éléments pour la planification

Dans la mesure où Info-Santé CLSC offre un soutien efficace à la prise en charge des problèmes sociaux et de santé, et aide la population à s'orienter vers les ressources les plus appropriées lorsque la situation l'exige, il serait souhaitable que ce service soit au moins aussi bien connu parmi les personnes d'immigration récente que dans le reste de la population. Les résultats montrent l'importance de chercher d'abord à mieux rejoindre les femmes de ce groupe.

On doit également se pencher sur les obstacles rencontrés par les personnes qui ne s'expriment pas aisément en langue française. Des études ont montré que certains usagers de tels services téléphoniques sont parfois inquiets au sujet de leur habileté à décrire leurs symptômes par téléphone et à comprendre les conseils reçus (Payne et autres, 2001), ce qui peut être le cas à plus forte raison lorsque la conversation a lieu dans une langue qu'on ne maîtrise pas parfaitement. Cette difficulté pourrait être atténuée d'une part par des actions de promotion du service auprès de ces communautés et, d'autre part, par des mesures destinées à offrir le service dans

d'autres langues lorsque c'est possible. On devra cependant s'assurer de rehausser la capacité de réponse du service, qui est déjà bien insuffisante face à la demande actuelle (MSSS, 2001).

Des actions destinées à soutenir l'intégration linguistique des personnes immigrantes sont également requises, puisque la proportion de personnes qui ne s'expriment pas aisément en français est élevée (36 %) en particulier dans la communauté chinoise (77 %).

Bibliographie

BÉLAND, F. (à paraître). *Suivi de la performance des services téléphoniques Info-Santé CLSC. Résultats pour l'année 2000-2001*, Service de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DUNNIGAN, L. (1999). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : rapport final 1994-1999*, Québec, , Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 59 p.

DUNNIGAN, L. (2000). « Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC » dans. DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 21, p. 429-443.

HAGAN, L., D. MORIN et R. LÉPINE (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : Perception des utilisateurs*, Québec, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 163 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Accessibilité continue 24/7. Service téléphonique. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Ententes de gestion. Présentation des résultats pour l'ensemble du Québec 1999-2000*, Québec, Gouvernement du Québec, 111 p.

SOM INC. (1998). *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, Québec, Montréal, SOM, 44 p.

Chapitre 14

Consommation de médicaments

Carole Chamberland

Service de la recherche et de l'analyse des programmes, Régie de l'assurance maladie du Québec
Conseil consultatif de pharmacologie

Introduction

La thérapie médicamenteuse occupe une place prépondérante à l'intérieur de l'arsenal thérapeutique moderne et les médicaments deviennent des outils de plus en plus importants dans le système de santé québécois. Même s'il existe encore des maladies incurables, les médicaments sont utilisés avec succès autant pour prévenir ou soulager que pour guérir divers problèmes de santé. Plusieurs facteurs contribuent à l'accroissement de l'utilisation des médicaments. On peut mentionner entre autres, l'utilisation de nouveaux médicaments qui remplacent les anciennes thérapies pour le traitement de nombreuses affections, l'apparition de médicaments qui permettent de traiter des conditions jusqu'alors incurables, l'intensification du traitement par l'utilisation d'un nombre plus important de médicaments pour une même condition et l'augmentation du recours à des traitements préventifs dans diverses affections. De même, il y a l'augmentation du nombre de problèmes de santé qui surviennent avec le vieillissement et le traitement par les médicaments d'affections pouvant être dorénavant diagnostiquées.

Le gouvernement québécois, ayant souscrit à l'importance de l'accessibilité à la thérapie médicamenteuse, a implanté le régime général d'assurance médicaments le 1^{er} janvier 1997. L'adoption de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q. c. A-29.01) permet à tous les Québécois un accès aux médicaments prescrits. Les quelque 1,3 million de Québécois qui n'avaient jusqu'alors pas accès à une assurance médicaments privée sont dorénavant couverts par la portion publique du régime. Toutefois, de façon générale, cette loi majore la contribution maximale des personnes âgées et de la majorité des

prestataires d'assurance-emploi lors de leur approvisionnement en médicaments. Aucune information n'est disponible concernant le type d'assurance médicaments dont les communautés culturelles étudiées disposaient avant et depuis l'implantation du régime général.

Il y a différentes façons de conceptualiser le processus entourant l'utilisation des médicaments. Certains modèles théoriques ont été produits concernant les facteurs influençant le recours aux services de santé. Les déterminants identifiés dans la littérature qui influencent l'usage des médicaments sont notamment l'âge, le sexe, les habitudes de vie, le revenu, le niveau d'éducation, la présence de problèmes de santé et la morbidité perçue. Par ailleurs, Anderson et Newman (1973) répertorient, entre autres déterminants sociaux et individuels, la race et l'origine ethnique comme composantes intégrées au processus amenant l'utilisation de soins de santé. Un modèle présentant les composantes d'un comportement préventif en matière de santé (Coombs et autres, 1995) inventorie aussi les variables de la race, de l'origine ethnique et des pressions du groupe d'appartenance et des pairs comme étant influentes dans l'utilisation des services de santé. La présente étude permet de mettre en lumière l'existence ou non d'une disparité de consommation entre les membres des communautés culturelles étudiées et ceux de la population québécoise en général.

De plus, la notion de ce que représentent les médicaments peut être différente selon les individus et leur origine ethnique. Les produits homéopathiques, les vitamines et suppléments alimentaires, les herbes et autres produits naturels liés à différentes cultures peuvent être considérés comme des médicaments ou des substituts de ceux-ci. En ce

qui a trait aux produits prescrits par les praticiens de médecine alternative, des sondages¹ montrent que le champ des médecines dites naturelles jouit d'une certaine popularité au sein de la population québécoise (Bégin et autres, 1999). Une préenquête auprès de la communauté chinoise avait mis en lumière que « Tant chez les immigrants chinois de longue date que chez les immigrants récents, il semble qu'on ait recours aux médicaments chinois pour des fins de prévention, pour soigner des problèmes de santé bénins, pour reprendre des forces au moment d'une convalescence ou encore pour soigner certains problèmes chroniques comme l'hypertension » (Clarkson et Tran, 1997 : 33). En ce qui concerne la population immigrante du Maghreb et du Moyen-Orient, « on dit utiliser des remèdes traditionnels pour traiter les problèmes bénins » (Clarkson et Dahan, 1997a : 11). Pour la communauté haïtienne, « le recours aux remèdes-feuilles, particulièrement pour les problèmes de santé perçus comme bénins, semble assez fréquent ... » (Clarkson et Eustache, 1997b : 30). Finalement, aucun des membres de la communauté latino-américaine rencontrés en entrevue n'a dit avoir recours aux médecines traditionnelles même s'ils ont entendu parler de membres de leur communauté qui, eux, y ont recours (Quintal, 1996).

L'étude actuelle a recueilli plusieurs renseignements permettant de documenter l'utilisation des médicaments prescrits ou non chez les immigrants récents visés. Toutefois, en tenant compte des limites statistiques liées au faible nombre de répondants en lien avec certaines caractéristiques sociodémographiques, l'existence de relations avec la consommation de médicaments demeure possible pour un nombre restreint des déterminants énumérés précédemment.

Ainsi, les résultats présentés concernent la proportion d'utilisateurs d'au moins un médicament, d'un ou deux médicaments ou de trois médicaments ou plus selon le sexe et l'âge. La proportion de consommateurs

selon la communauté culturelle d'appartenance ou selon le sexe est présentée au regard de l'utilisation de médicaments prescrits ou non. Le nombre de médicaments ainsi que le type sont analysés selon certains indicateurs de santé et caractéristiques socio-démographiques. Enfin, les médicaments consommés sont présentés selon le nombre de classe de médicaments et la classe à laquelle ils appartiennent ainsi que selon certaines caractéristiques d'utilisation, soit la fréquence et la durée. La dernière partie des résultats présentés dans ce chapitre concerne des renseignements relatifs à l'utilisation de produits ou médicaments classés dans la catégorie « herbes » lors de l'étude.

L'analyse des données présentées ici ne vise pas à porter de jugement sur les aspects qualitatifs de l'usage des médicaments, mais bien à dresser un portrait de la consommation des immigrants récents visés par l'étude en établissant des comparaisons avec l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998) relativement à la population québécoise.

14.1 Aspects méthodologiques

14.1.1 Indicateurs

Les données relatives à la consommation de médicaments pour chaque communauté culturelle étudiée proviennent de la section V du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI). Les questions sont grandement inspirées de celles utilisées lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* auprès de la population québécoise en général.

La première question qui touche la consommation de médicaments était la suivante : « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants? ». Les questions 40 à 53 du QRI demandaient d'identifier à quelles classes de médicaments correspondaient ceux qui étaient consommés. Douze classes de médicaments ou produits ont été inventoriées. Il s'agit des analgésiques, des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, des médicaments pour le cœur ou la

1. Deux sondages effectués en 1991 et 1989 rapportent que 14 % des adultes québécois ont consulté au moins un praticien de médecines douces.

tension artérielle, des antibiotiques, des médicaments pour l'estomac, des laxatifs, des remèdes contre la toux ou le rhume, des onguents pour la peau, des vitamines ou minéraux, des suppléments alimentaires, des stimulants pour avoir plus d'énergie ou remonter le moral et, pour les femmes de 12 ans et plus, de la pilule contraceptive. Suivait une question spécifique à cette étude (QRI52) s'informant si, au cours des deux derniers jours, la personne avait consommé un médicament ou un produit qui pourrait être classé dans la catégorie « Herbes, feuilles, plantes, racines à des fins médicinales », question qui n'était pas présente dans le questionnaire de l'ESS 1998. Une dernière classe regroupant « Tout autre médicament » non compris dans les choix précédents complétait l'énumération. Par la suite, la personne devait préciser si le produit avait été obtenu ou non sur l'avis d'un médecin ou dentiste, si sa consommation était régulière ou non, quelle en était la durée d'utilisation ainsi que le problème de santé principal pour lequel il était consommé. Une autre question demandait si, au cours des deux dernières semaines, la personne avait consulté un praticien de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (herboristerie, médecine chinoise, naturopathie, etc.).

Afin d'analyser les données recueillies, des indices utilisés dans *l'Enquête sociale et de santé 1998* sont repris lorsque cela est possible. Ces indices sont CONSOM, CONSOMPR, CONSOMOTC, CONSMTYP et CLASS. Ils sont croisés avec des renseignements provenant des sections sur les caractéristiques sociodémographiques, le niveau de scolarité, la perception de l'état de santé, la présence de problèmes de santé et la santé mentale. Certaines questions sont aussi directement croisées entre elles. Il s'agit, entre autres, de la consommation de médicaments particuliers et de la déclaration de certains problèmes de santé.

Le processus menant à l'utilisation des médicaments peut suivre deux voies. D'abord, l'individu qui ressent un problème de santé peut décider de recourir à la médication de son propre chef ou sous l'influence de son entourage. On parle alors d'automédication et ces

médicaments sont nommés « médicaments non prescrits » dans la présente étude. Une large part de la consommation de médicaments suit une autre voie, celle de la consultation d'un professionnel de la santé. En fait, l'accès à plusieurs médicaments est légalement contrôlé par l'émission d'une ordonnance par un professionnel de la santé. La consommation de médicaments peut découler d'une recommandation d'un médecin ou d'un dentiste, que ce médicament fasse l'objet d'une obligation d'être prescrit ou non. On parle alors de « médicaments prescrits ».

Le recours aux médicaments sera de courte durée lors du traitement d'une condition aiguë. Le traitement de maladies chroniques et la prévention de certaines maladies entraînent pour leur part l'utilisation prolongée de médicaments, bien souvent pour le reste de la vie de l'individu. Ces notions sont représentées respectivement par les termes « usage aigu » et « usage chronique » dans l'étude actuelle.

14.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Les questions concernant les médicaments ayant été presque toutes empruntées à l'ESS 1998, il est possible d'établir certains parallèles entre les données de la population québécoise en général et celles de l'ensemble des communautés culturelles étudiées. Afin de permettre la comparaison avec les immigrants récents, qui constituent dans l'ensemble une population plutôt jeune, les données québécoises ont été standardisées selon l'âge et le sexe.

14.1.3 Portée et limites des données

L'étude vise à dresser un portrait transversal de la consommation de médicaments des individus appartenant à quatre groupes d'immigrants récents au Québec.

Les résultats de l'entrevue portent sur l'utilisation et non sur l'approvisionnement en médicaments. De ce fait, ils permettent l'étude d'un profil de consommation de médicaments qui diffère des profils obtenus à partir de chiffres de ventes des compagnies

pharmaceutiques, de données provenant de sondages auprès des médecins concernant leurs pratiques de prescription et d'échantillonnages d'ordonnances délivrées par les pharmaciens, ou de banques de données administratives, comme celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

De façon à minimiser le biais de mémoire, la consommation de médicaments se limite aux deux jours précédant l'étude. L'énumération des différentes classes de médicaments ou produits visait à permettre la collecte exhaustive des produits consommés par les membres du ménage. Toutefois, cette approche peut avoir entraîné une mauvaise classification des produits. Par exemple, il se peut que les « stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral » aient été classés dans un groupe énuméré plus tôt dans l'entrevue, tels les « suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc. ». Un autre biais de classification pourrait se présenter entre le groupe des « herbes, feuilles, plantes, racines à des fins médicinales » et les groupes précédents ou celui des « vitamines et minéraux ». Il se peut aussi que le répondant n'ait pas pu associer un produit à un usage en tant que médicament et ait omis de le rapporter. La méconnaissance potentielle du répondant de l'ensemble des médicaments consommés par les membres du ménage peut entraîner un biais d'information. Ce biais est toutefois minimisé étant donné que le répondant principal du ménage devait être suffisamment informé pour répondre pour l'ensemble du ménage.

Un facteur confondant peut être lié à la question s'informant du recours à un « praticien de médecine non traditionnelle », l'interprétation de ce terme par les individus des communautés culturelles pouvant différer de celle faite par un Québécois. Par exemple, un membre d'une de ces communautés pourrait considérer la médecine occidentale comme non traditionnelle dans ses habitudes de recours à des soins.

Les renseignements recueillis ne permettent pas de faire une analyse qualitative de l'utilisation judicieuse ou non des médicaments. L'intention thérapeutique, l'observance au traitement médicamenteux et l'information concernant les traitements précédents seraient, entre autres, des renseignements additionnels nécessaires à une revue de l'utilisation adéquate des médicaments.

Enfin, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 10 % pour chacune des variables d'analyse.

14.2 Résultats

14.2.1 *Utilisation de médicaments dans la population visée par l'étude*

Près du tiers (32 %) de la population des communautés culturelles étudiées a consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours (tableau 14.1). C'est une proportion plus faible que la proportion standardisée obtenue pour la population québécoise étudiée lors de l'ESS 1998, soit environ 47 %. La consommation de médicaments est différente selon les communautés culturelles étudiées. La population de la communauté chinoise d'immigration récente déclare une consommation d'au moins un médicament au cours des deux jours dans une proportion d'environ 32 %, la proportion de la communauté haïtienne est de près de 25 %, celle de la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient se situe environ à 32 % tandis que les gens originaires des pays hispanophones déclarent une telle consommation dans une proportion de près de 35 %.

Le tableau 14.1 montre aussi que la proportion des personnes de l'ensemble des communautés étudiées ayant consommé un ou deux médicaments (26 %) est plus élevée que celle des personnes ayant consommé trois médicaments ou plus (6 %). Ces pourcentages sont tous deux respectivement plus faibles que les pourcentages standardisés observés chez la population québécoise étudiée lors de l'ESS 1998.

Tableau 14.1

Proportion de la population selon le nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haiti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Aucun médicament	68,0	75,5	68,0	65,0	68,5	52,9
Un ou deux médicaments	26,9	20,7	25,8	28,8	25,9	36,0
Trois médicaments ou plus	5,0*	3,8*	6,2*	6,2	5,7	11,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

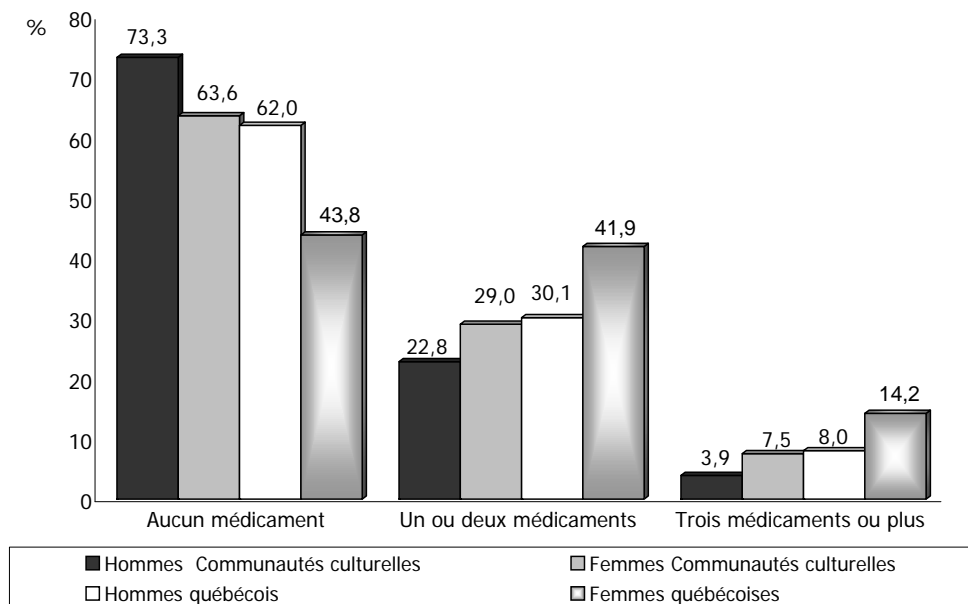
▪ Variations selon le sexe et l'âge

Proportionnellement, les femmes de l'ensemble des communautés culturelles visées sont plus nombreuses à consommer des médicaments que les hommes de ces mêmes communautés (36 % c. 27 %, figure 14.1). Elles consomment aussi plus de médicaments différents puisque 29 % d'entre elles en prennent un ou deux alors que 23 % des hommes en

font autant et 8 % consomment trois médicaments ou plus alors qu'une telle consommation n'est observée que chez 4 % des hommes. Cette observation selon le sexe tient également pour la population québécoise (données standardisées). Toutefois, des proportions plus importantes de femmes et d'hommes québécois consomment des médicaments comparativement à ceux des communautés culturelles visées.

Figure 14.1

Proportion de la population selon le nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998



Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le tableau 14.2 met en relief la consommation de médicaments en regard du sexe et de l'âge. On y observe que la proportion d'utilisateurs de médicaments tend à augmenter avec l'âge, passant de 23 % chez les moins de 15 ans à 51 % chez les 45 ans et plus. On observe le même phénomène pour la population québécoise en général.

La consommation de trois médicaments ou plus augmente également de façon significative selon l'âge, tant dans les communautés visées que dans la population québécoise en général (tableau 14.2).

Si l'on compare les groupes d'âge des hommes et des femmes, on observe les phénomènes suivants. Autant

chez les hommes que chez les femmes, ce sont les personnes de 45 ans et plus qui sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir consommé des médicaments au cours d'une période de deux jours, soit dans des proportions de 43 % et 59 % respectivement. Ce groupe d'âge est celui présentant également la proportion de consommateurs la plus élevée dans la population québécoise étudiée lors de l'ESS 1998. Lorsque les deux sexes sont réunis, dans chaque groupe d'âge, la proportion des gens des communautés culturelles ayant consommé au moins un médicament est plus faible que la proportion de Québécois l'ayant fait.

Tableau 14.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, un ou deux médicaments ou trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Au moins un médicament		Un ou deux médicaments		Trois médicaments ou plus	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
%						
Hommes						
0-14 ans	25,0	35,7	22,7	32,1	2,3 **	3,6
15-24 ans	16,7 *	25,0	14,9 *	21,8	1,8 **	3,1 *
25-44 ans	24,4	35,3	22,0	28,3	2,4 **	7,1
45 ans et plus	42,7	59,0	31,0	36,3	11,7 *	22,7
Total	26,7	38,0	22,8	30,1	3,9	8,0
Femmes						
0-14 ans	21,5	36,4	18,0	33,2	3,6 **	3,2
15-24 ans	30,0	61,7	25,8	53,5	4,2 **	8,2
25-44 ans	40,8	60,3	35,0	47,1	5,9 *	13,2
45 ans et plus	59,2	78,4	38,9	37,7	20,3 *	40,7
Total	36,4	56,2	29,0	41,9	7,5	14,2
Sexes réunis						
0-14 ans	23,3	36,0	20,4	32,6	2,9 *	3,4
15-24 ans	23,6	43,9	20,6	38,1	3,0 **	5,7
25-44 ans	32,7	48,0	28,6	37,9	4,1 *	10,2
45 ans et plus	51,2	69,0	35,1	37,0	16,1	32,0
Total	31,5	47,1	25,9	36,0	5,7	11,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Médicaments prescrits ou non

Dans l'ensemble des communautés culturelles étudiées, la proportion de la population ayant consommé au cours des deux derniers jours des médicaments prescrits est semblable à celle des gens ayant consommé des médicaments non prescrits, soit respectivement 17 % et 18 %. Les résultats concernant chacune des communautés culturelles étudiées sont présentés au tableau 14.3. La proportion de personnes des communautés culturelles ayant pris des médicaments prescrits et celle de gens ayant pris des médicaments non prescrits sont plus faibles que celles obtenues dans la population québécoise, où l'on observait 27 % d'utilisateurs de médicaments prescrits et 30 % de médicaments non prescrits.

Dans l'ensemble des communautés culturelles, les proportions varient selon le sexe. En effet, les femmes consomment plus de médicaments prescrits (21 %) et non prescrits (20 %) que les hommes (13 % et 15 % respectivement). Le même phénomène est observé dans la population québécoise dans son ensemble (tableau 14.3).

La proportion des personnes de l'ensemble des communautés culturelles visées qui consomment uniquement des médicaments prescrits est la même que celle des personnes consommant uniquement des médicaments non prescrits (13 %) (tableau complémentaire C14.1).

- Variations selon certaines caractéristiques socio-démographiques ou certains indicateurs de santé

Le niveau de scolarité n'influence pas la proportion de personnes des communautés culturelles étudiées qui consomment des médicaments, celles de niveau secondaire ou moins (34 %) présentant des taux similaires aux taux de celles de niveau collégial et de métier (35 %) et de celles de niveau universitaire (35 %). Toutefois, les personnes qui ont complété un niveau secondaire ou moins sont proportionnellement plus nombreuses à recourir seulement aux médicaments prescrits (21 %, c. 12 % à 13 % environ pour les plus scolarisés) (tableau complémentaire C14.2). Les individus des communautés culturelles étudiées qui ont un niveau de scolarité collégial, de métier ou universitaire consomment dans une plus grande proportion des médicaments non prescrits (24 %, collégial et de métier; 22 %, universitaire) comparativement à ceux qui ont complété une scolarité de niveau secondaire ou moins (13 %).

Aucune association significative ne peut être établie entre la consommation de médicaments et la langue parlée, le niveau de revenu, le statut d'immigrant et d'autres paramètres démographiques, le nombre de répondants de l'ensemble des communautés selon ces caractéristiques étant insuffisant pour permettre de noter de potentielles différences.

Tableau 14.3

Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit ou non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total			Québec 1998		
					Communautés culturelles			(données standardisées)		
					Hommes	Femmes	Sexes réunis	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%									
Prescrit	15,4	15,0	18,0	18,2	13,2	21,2	17,2	18,3	35,7	27,0
Non prescrit	19,8	12,5	16,6	21,1	14,8	20,1	17,5	25,5	34,2	29,8

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Dans l'ensemble des communautés culturelles étudiées, la proportion d'utilisateurs de médicaments varie selon qu'ils ont rapporté avoir un problème de santé chronique et en fonction de la perception de leur état de santé général. Bien que 61 % des individus présentant au moins un problème de santé chronique consomment des médicaments, seulement 16 % d'entre eux en utilisent trois ou plus (tableau 14.4). Ces gens consomment également dans une plus grande proportion (40 %) au moins un médicament prescrit (données non présentées). Une plus grande proportion de personnes indiquant la présence d'un problème de santé chronique consomment uniquement des médicaments prescrits (30 %) plutôt que seulement des médicaments non prescrits (20 %) (données non présentées).

À mesure que la perception de l'état de santé s'améliore, la proportion de personnes qui ne consomment aucun médicament augmente. Par ailleurs, parmi les gens se percevant en mauvaise santé, on remarque que 43 % consomment trois médicaments ou plus (tableau 14.4).

La consommation d'au moins un médicament prescrit varie selon la perception de l'état de santé. Les individus percevant leur santé comme mauvaise tendent à consommer au moins un médicament prescrit dans une proportion de 61 % alors que ceux

qui perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne tendent à le faire dans des proportions de 14 % et de 11 % respectivement (données non présentées).

L'analyse de relations entre la présence d'un problème de santé chronique, le niveau de satisfaction face à la vie, l'indice de détresse psychologique et la consommation de médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, ou l'utilisation d'herbages n'a pu être réalisée à cause du faible nombre de répondants.

▪ Consultation d'un pharmacien

Seulement 1 % des répondants ont déclaré avoir consulté un pharmacien dans les deux semaines précédant l'entrevue. Les données standardisées de l'ESS 1998 montrent que 4 % des Québécois avaient consulté un pharmacien.

Les estimations obtenues pour l'ensemble des communautés culturelles ne permettent pas la mise en relation avec les autres caractéristiques de consommation, du fait d'avoir consulté ou non un pharmacien. Par exemple, on ne peut pas voir si les individus ayant consulté un pharmacien ont proportionnellement consommé plus de médicaments non prescrits.

Tableau 14.4

Nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours selon la présence d'un problème de santé chronique et selon la perception de l'état de santé, communautés culturelles 1998-1999

	Aucun médicament	Un ou deux médicaments	Trois médicaments ou plus
	%		
Présence d'un problème de santé chronique	38,7	45,1	16,3
Perception de l'état de santé			
Excellente	72,8	24,8 *	2,4 **
Très bonne	70,4	27,1	2,5 **
Bonne	63,1	29,6	7,3 *
Moyenne	50,5	34,0	15,5 *
Mauvaise	28,2 **	28,8 **	43,0 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

14.2.2 Nombre et type de classes de médicaments consommés

La population étudiée utilise somme toute un nombre restreint de classes de médicaments (tableau 14.5). Environ 22 % de l'ensemble des communautés culturelles visées consomme un ou des médicaments d'une seule classe thérapeutique, alors que 6 % en consomment de deux classes différentes et 3 %, de trois classes ou plus. Pour l'ensemble de la population visée, la proportion de personnes qui consomment des médicaments selon le nombre de classes de médicaments est plus faible que celle de la population québécoise dans son ensemble, autant pour la consommation d'une classe que de deux classes et de trois classes ou plus. Notons que les estimations standardisées de la population québécoise présentent, elles aussi, une diminution des proportions à mesure que le nombre de classes de médicaments augmente (tableau 14.5).

En ne considérant que les gens ayant consommé au moins un médicament, ces personnes des communautés culturelles étudiées consomment un ou des médicaments d'une seule classe dans une proportion de 70 %, et de 21 % et 9 % respectivement dans les cas de deux classes et de trois classes ou plus. Les

proportions de consommation selon le nombre de classes de médicaments consommés sont présentées pour chaque région d'origine à la figure 14.2.

On peut s'attendre que le fait d'utiliser à la fois des médicaments prescrits et des médicaments non prescrits augmente le nombre de classes de médicaments consommés. Parmi la population des communautés culturelles étudiées ayant consommé au moins un médicament, plus de la moitié (52 %) de ceux prenant à la fois des médicaments prescrits et des médicaments non prescrits consomment trois classes de médicaments ou plus (tableau complémentaire C14.3).

La proportion des individus de l'ensemble des communautés culturelles étudiées consommant aucune, une ou plusieurs classes de médicaments varie selon différents groupes d'âge (figure 14.3). Le groupe des gens âgés de 45 ans et plus est celui qui présente la proportion la plus élevée de gens consommant trois classes ou plus (8 %), deux classes (13 %) et une classe (29 %). Les individus âgés de 25 à 44 ans sont ceux qui se situent au second rang quant à la proportion de consommateurs d'une seule classe de médicaments (23 %).

Tableau 14.5

Proportion de la population selon le nombre de classes de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total – Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Aucun médicament	68,4	75,9	68,5	65,8	69,0	52,2
Une classe	23,4	17,4	21,7	23,8	21,7	29,0
Deux classes	5,4 *	4,5 *	7,0	7,1	6,4	11,5
Trois classes ou plus	2,7 *	2,2 **	2,8 *	3,3 *	2,8	7,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

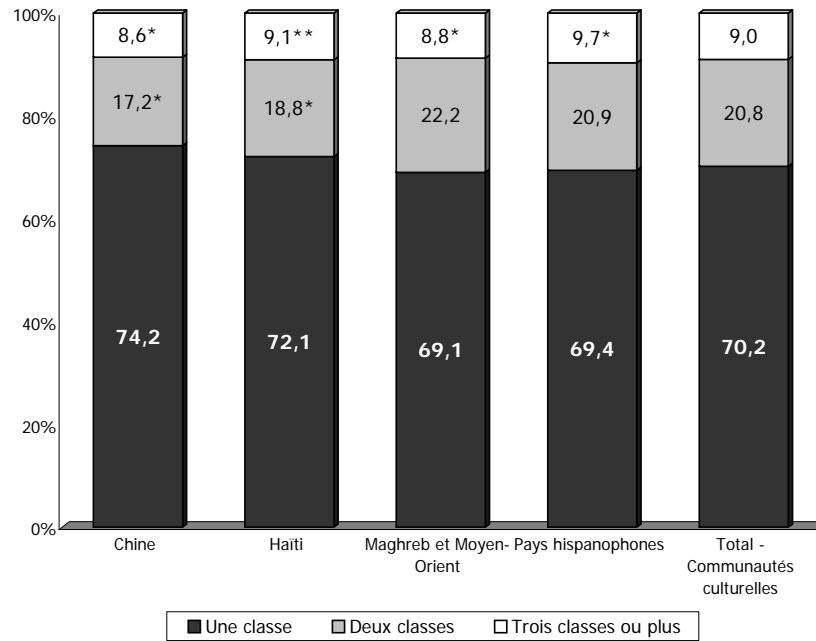
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 14.2

Proportion de la population ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours selon la région d'origine et le nombre de classes de médicaments, communautés culturelles 1998-1999



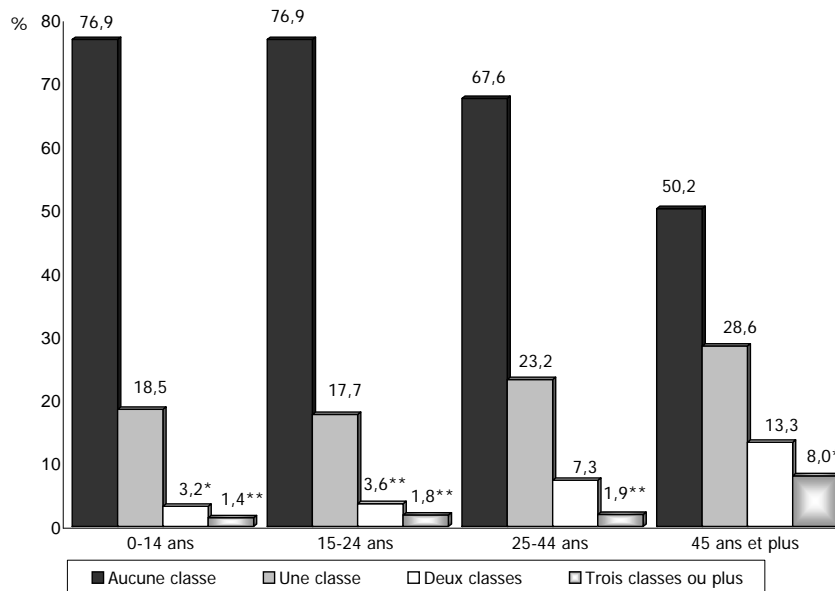
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Figure 14.3

Proportion de la population ayant consommé ou non un médicament au cours d'une période de deux jours selon le nombre de classes de médicaments et l'âge, communautés culturelles 1998-1999



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Les classes de médicaments consommés par la plus grande proportion de la population visée sont les vitamines ou minéraux (11 %), les analgésiques (10 %), les produits de la classe « autres médicaments » (6 %) et les médicaments cardiovasculaires (3 %) (tableau complémentaire C 14.4).

14.2.3 Fréquence et durée d'utilisation des médicaments consommés

Chez la population des communautés culturelles ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, 77 % des médicaments consommés le sont de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine. Parmi les médicaments pris occasionnellement, 67 % sont consommés quelques fois par mois et 24 % quelques fois par année (données non présentées).

Par ailleurs, relativement aux médicaments consommés dans les deux jours précédant l'étude, la durée d'utilisation rapportée est de douze mois et plus pour 56 % d'entre eux et pour 24 %, de durée de moins d'un mois (données non présentées).

14.2.4 Médicaments consommés de type « Herbes »

Environ 2 % des personnes des communautés culturelles étudiées ont consommé un médicament ou un produit classé « Herbes, feuilles, plantes, racines à des fins médicinales ». Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les proportions de consommation selon les différents groupes d'âge : les gens âgés de 45 ans et plus ont déclaré consommer des herbes dans une proportion de 3 %, alors que 2 % de ceux âgés de 25 à 44 ans ont rapporté le faire, proportion semblable à celle des 15 à 24 ans (données non présentées).

Dans la population des communautés culturelles étudiées ayant consommé au moins un médicament, la proportion d'individus ayant consommé uniquement des herbes est de 0,5 % (tableau complémentaire C14.1). Parmi les gens ayant déclaré la présence d'un problème de santé chronique, 0,8 % consommaient uniquement des herbes (données non présentées).

- Recours à un praticien de médecine non traditionnelle

Parmi la population des communautés culturelles, à peine 0,4 % a rapporté avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle ou de médecine douce. Lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, c'était moins de 1 % des Québécois qui ont rapporté avoir consulté un tel type de praticien (données non présentées).

Parmi les individus des communautés culturelles ayant consulté un praticien de médecine non traditionnelle, 42 %** avaient consommé des médicaments herbes ou plantes, alors que 1,5 % avaient consommé ce genre de médicaments sans avoir consulté un tel praticien (données non présentées).

Conclusion

L'*Étude auprès des communautés culturelles* révèle que près d'une personne sur trois a consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours. Cette proportion est plus faible que celle observée lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* dans l'ensemble de la population québécoise. Les personnes des communautés culturelles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consommé un ou deux médicaments (26 %) qu'à en avoir consommé trois ou plus (6 %). Elles consomment donc proportionnellement moins que la population québécoise dans son ensemble. Les données de cette étude confirment l'association entre le recours aux médicaments et le sexe, plus de femmes que d'hommes consommant des médicaments et en quantité plus grande (Roe et autres, 2002a; Svarstad, 1987; RAMQ, 1998, 1999, 2000). Le groupe des 45 ans et plus est celui présentant la plus forte proportion d'individus des communautés culturelles visées à avoir consommé des médicaments au cours d'une période de deux jours. Enfin, comparativement à la population québécoise dans son ensemble, celle des groupes visés consomme dans des proportions plus faibles dans chaque groupe d'âge analysé.

Les individus des groupes visés par l'étude consomment uniquement des médicaments prescrits dans une proportion semblable à celle des utilisateurs de médicaments non prescrits. Une relation entre la consommation de médicaments prescrits et l'âge et le sexe, ainsi que le rapporte la littérature, (Roe et autres, 2002b) n'a pu être établie faute d'un nombre suffisant de répondants.

L'utilisation des médicaments par l'ensemble des communautés culturelles visées n'est pas reliée au niveau de scolarité, contrairement à ce qui avait été noté dans l'ensemble de la population québécoise lors de l'ESS 1998. Le nombre de médicaments consommés ne semble pas associé à la perception de l'état de santé des individus, les diminutions observées quant aux nombres de médicaments n'étant pas statistiquement liées de façon significative à la progression vers une meilleure perception de l'état de santé. Cela diffère de la relation entre la consommation des médicaments prescrits et la perception de l'état de santé notée chez la population québécoise lors de l'ESS 1998. De plus, la comparaison avec cette dernière enquête montre que les répondants des communautés visées sont non seulement proportionnellement moins nombreux que l'ensemble des Québécois à utiliser des médicaments, mais sur le plan quantitatif, ils en consomment proportionnellement moins. Est-ce à cause de problèmes de santé moins nombreux ou moins graves ou est-ce que le recours à la médication nord-américaine n'apparaît pas parmi les solutions privilégiées par eux? Ou est-ce que leur accessibilité en est réduite par une barrière de langue ou autres? La présente étude ne permet pas de répondre à ces questions. Il serait intéressant que ces sujets soient retenus dans l'éventualité d'une analyse plus approfondie.

Parmi la population des communautés visées ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, près de 77 % en consomment de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine. Bien qu'en général, les données de la présente étude indiquent que les proportions de consommation de médicaments chez la

population des communautés culturelles étudiées sont plus faibles que celles observées dans la population québécoise lors de l'ESS 1998, on note une consommation régulière de médicaments chez une proportion appréciable de personnes. Alors que la consommation de plusieurs médicaments peut permettre d'améliorer l'état de santé, elle augmente toutefois le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. La présente étude n'étant pas de nature qualitative, on ne peut pas y apprécier les effets des médicaments consommés. Une étude portant sur un plus grand nombre d'individus pourrait insérer ce volet d'analyse de la consommation parmi ses thèmes.

La popularité des approches alternatives en santé a connu un essor considérable au Québec depuis les années 1980. Le recours à des remèdes de type naturel ou liés à un usage traditionnel, comme les médicaments chinois, croît en popularité au Québec. Sans aborder le débat entourant leur toxicité potentielle (Lefebvre, 1997; Angell et Kassirer, 1998), il aurait été intéressant de connaître l'usage qui en est fait par les membres des communautés d'où proviennent ces médicaments traditionnels à l'origine. Malheureusement, le faible taux de répondants à certaines questions ne permet pas d'analyser la situation sur ce plan.

De plus, d'un point de vue scientifique, il est reconnu que des disparités physiologiques existant entre différentes ethnies entraînent des réponses différentes à certaines classes de médicaments (Johnson, 1997; Wood, 1991). L'influence de ces facteurs génétiques s'ajoute à celle des facteurs environnementaux, de mode de vie et de l'accès aux soins de santé (Howard, 1999). Une meilleure image des comportements de différentes communautés culturelles émigrées au Québec aurait pu permettre de séparer ces déterminants des variations dues à l'ethnie. Pour toutes les raisons énumérées précédemment, il serait intéressant, lors d'une prochaine étude plus approfondie, qu'un volet soit réalisé spécifiquement sur l'utilisation des médicaments traditionnels par les membres d'une même communauté ethnique.

Bibliographie

ANDERSON, R., et J. F. NEWMAN (1973). « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quartely*, vol. 51, p. 91-124.

ANGELL, M., et J. KASSIRER (1998). « Alternative medicine – The risks of untested and unregulated remedies », *New England Journal of Medicine*, vol. 339, n° 12, p. 839-41.

BARNARD, L, S. LANTIN et L. ROBERGE (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*, Québec, Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 87 p.

BÉGIN, C., P. BERGERON, P. G. FOREST et V. LEMIEUX (1999). *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, Les Presses de l'Université de Montréal, Bibliothèque nationale du Québec, 439 p.

COAMBS, R. B., P. JENSEN, M. HAO HER, B. S. FERGUSON, J. L. JARRY, J. S. W. WONG et R. V. ABRAHAMSOHN (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*, Ontario, Pharmaceutical manufacturers Association of Canada, Health promotion Research, 159 p.

HOWARD, B. V. (1999). « How do we evaluate and utilize data on ethnic differences ? », *Annals of Epidemiology*, vol. 9, n° 3, p 147-148.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1998). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 642 p.

JOHNSON J. A. (1997). *Influence of race or ethnicity on pharmacokinetics of drugs*, *Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 86, n° 12, p. 1328-1333.

LEFEBVRE, L. (1997). *Les médicaments traditionnels chinois. Informations professionnelles*, Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, n° 85, 4 p.

PAPILLON, M. J., L. BARNARD et J. BARIL (2000). « Consommation de médicaments » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 22, p. 455-460.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles 1998, 1999 et 2000*. Québec; Gouvernement du Québec.

ROE, C. M., A. M. McNAMARA, et B. R. MOTHERAL (2002a). « Use of chronic medications among a large, commercially-insured US population », *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, vol. 11, n° 4, p. 301-309.

ROE, C. M, A. M. McNAMARA et B. R. MOTHERAL (2002b). « Gender- and age-related prescription drug use patterns », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n° 1, p. 30-39.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et R. EUSTACHE (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 40 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

SANTÉ QUÉBEC; QUINTAL, L. (1996). *Opinions et perceptions de la communauté latino-américaine de Montréal à l'égard de la santé : document de travail*, Montréal, Le groupe Léger et Léger inc., 30 p.

SVARSTAD, B. L., P. D. CLEARY, D. ECHANIC et P. A. ROBERS (1987). « Gender differences in the acquisition of prescribed drugs: an epidemiological study », *Medical Care*, vol. 25, n° 11, p.1089-1098.

TAMBLYN, R. (1999). *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, rapport final présenté au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Montréal, Université McGill, Université de Montréal, USAGE, Hamilton, Ontario, Université McMaster (CHEPA), 2 v.

WOOD A. J. J., H. H. ZHOU (1991). *Ethnic differences in drug disposition and responsiveness*, *Clinical pharmacokinetics*, vol. 20, n° 5, p. 350-373.

Tableaux complémentaires

Tableau C14.1

Proportion de personnes selon le type de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total
	%				
Aucun médicament	68,6	76,0	69,9	66,4	69,9
Médicaments prescrits seulement	11,7	11,6	14,0	12,9	13,0
Médicaments non prescrits seulement	15,3	8,6	12,9	14,9	13,0
Médicaments prescrits et non prescrits	3,4 *	3,2 *	3,2 *	4,9 *	3,6
Herbes et plantes seulement	0,9 **	0,5 **	0,1 **	1,0 **	0,5 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C14.2

Proportion de personnes selon le type de médicaments consommés au cours d'une période de deux jours et selon le niveau de scolarité, communautés culturelles 1998-1999

	Secondaire ou moins	Collégial ou de métier	Universitaire
	%		
Aucun médicament	66,4	64,4	65,3
Médicaments prescrits seulement	20,8	12,0 *	13,0 *
Médicaments non prescrits seulement	9,6 *	18,4	16,0
Médicaments prescrits et non prescrits	3,1 **	5,3 **	5,8 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C14.3

Répartition de personnes ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours selon le type de médication consommée et le nombre de classes de médicaments, communautés culturelles 1998-1999

	Médicaments prescrits seulement	Médicaments non prescrits seulement	Médicaments prescrits et non prescrits
	%		
Une classe	45,4	53,6	1,0 **
Deux classes	37,6	27,0 *	35,4
Trois classes ou plus	36,5 *	11,4 **	52,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C14.4

Proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, selon la classe de médicaments et la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haiti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total – Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Analgésiques	4,7 *	5,5 *	13,4	10,8	10,4	12,9
Tranquillisants, sédatifs ou sommifères	0,3 **	1,0 **	0,8 **	1,4 **	0,9 *	2,5
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	4,0 *	3,2 *	3,5 *	2,8 *	3,3	4,4
Antibiotiques	1,4 **	1,9 **	2,2 **	2,5 *	2,1	2,4
Médicaments pour l'estomac	2,7 *	1,3 **	0,8 **	2,2 *	1,4 *	2,1
Laxatifs	0	0,2 **	0,9 **	0,7 **	0,6 **	0,7
Remèdes contre la toux ou le rhume	3,3 *	3,1 *	2,2 **	3,8 *	2,9	3,9
Onguents pour la peau	3,9 *	3,6 *	1,8 **	2,0 *	2,4	4,7
Vitamines ou minéraux	12,6	5,4 *	12,3	13,4	11,5	20,8
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	1,7 **	0,6 **	0,0	1,6 **	0,7 **	1,8
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,2 **	0,3 **	0,0	0,5 **	0,2 **	1,1
Pilule contraceptive (femmes de plus de 12 ans)	1,6 **	3,4 **	2,4 **	5,3 **	3,2 *	14,3
Herbes, feuilles, plantes ou racines	2,5 *	2,1 **	0,8 **	2,6 *	1,7 *	--
Autres	5,9 *	5,7 *	5,8 *	5,5	5,7	11,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Chapitre 15

Environnement de soutien

Pierre Lafontaine

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Tousignant

Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Introduction

Ce chapitre traite des variables d'intégration et de soutien social de certains groupes d'immigrants récents et établit des comparaisons avec la population du Québec. Les données sur l'intégration sociale peuvent aider à comprendre les différences entre diverses communautés culturelles du point de vue de la santé (House et autres, 1988). L'objectif se limitera ici à produire un tableau descriptif de certains éléments qui pourraient être associés avec la santé. On examinera tout d'abord les résultats des recherches ayant analysé le soutien social au sein de communautés immigrantes. Bien que la plupart de ces dernières ne proviennent pas des mêmes lieux que les communautés incluses dans l'étude actuelle, ces observations sont indicatives de certaines caractéristiques du soutien social dans la population immigrante de divers pays.

Une grande partie des recherches ont été conduites auprès des communautés hispaniques d'origine mexicaine de Californie aux États-Unis. Ce groupe a la particularité de posséder une densité démographique élevée, de résider près du pays d'origine et d'avoir des revenus plus faibles que la moyenne nationale. Malgré l'avantage des deux premiers éléments, les membres de la communauté mexicaine ont un réseau de parents et d'amis moins étendu que les Caucasiens non hispaniques originaires de la région (Griffith, 1984). À l'intérieur du groupe d'origine mexicaine, la proportion de personnes sans ami et sans parenté est supérieure chez les Mexicains nés au Mexique à celle qu'on observe chez les Mexicains nés

aux États-Unis. Dans le même sens, une autre étude rapporte que les femmes d'origine mexicaine nées aux États-Unis ont une meilleure éducation et un réseau social plus étendu tout en recevant davantage d'aide de leur réseau que celles qui sont immigrantes (Zambrana, Silva-Palacios et Powell, 1992). Par ailleurs, le soutien social reçu en provenance de la parenté et des amis est plus élevé chez les Caucasiens non hispaniques que chez les personnes d'origine mexicaine (Golding et Baezconde-Garbanati, 1990). Au sein de la communauté d'origine mexicaine, la famille est une source majeure d'identité et de soutien social lorsqu'on compare cette communauté à d'autres groupes (Keefe, Padilla et Carlos, 1979; Vega et autres, 1991). On observe que ses membres demeurent à proximité de leur parenté et qu'ils forment ainsi un réseau d'aide serré (Salgado de Snyder, 1986, cité dans Golding et Baezconde-Garbanati, 1990). Deux autres études montrent que les femmes d'origine mexicaine comptent relativement plus sur leur parenté que sur leurs amies (Vega et autres, 1985; Antonucci, 1985) et que leurs amies proviennent davantage de la même localité (Schweizer, Schnegg et Berzborn, 1998).

On constate une tendance similaire à s'appuyer davantage sur la famille dans la communauté russe d'immigration récente en Israël (Ritsner, Modai et Ponizovsky, 2000). Patterson et Marsiglia (2000) observent également que des liens familiaux étroits procurent la principale source d'aide concrète chez les immigrants d'origine européenne. Les Coréens immigrant aux États-Unis se replient aussi sur leur famille pour les problèmes concrets mais les sources

de soutien émotif sont assez diversifiées (Lee, Crittenden et Yu, 1996). Enfin, une étude qualitative chez des Polonais venus aux États-Unis laisse voir cette même segmentation entre les sources de soutien émotif et matériel tout en notant une difficulté à obtenir du soutien social chez ceux récemment arrivés (Aroian, 1992).

Une recension conclut qu'il n'y a pas généralement de différences entre les communautés mexicaine et américaine en ce qui a trait à la disponibilité du soutien émotif et à la satisfaction que celui-ci procure (Golding et Baezconde-Garbanati, 1990). En ce qui concerne l'acculturation, une étude rapporte que les personnes qui parlent surtout l'espagnol possèdent un réseau social plus restreint et ont moins de contacts avec les membres de leur propre réseau que celles qui s'expriment surtout en anglais (Griffith, 1984), mais cette différence n'est pas reproduite dans une autre étude (Vernon et Roberts, 1985).

Bien entendu, les différences au sein des communautés culturelles et avec la population de souche peuvent s'expliquer par des facteurs qui ne sont pas nécessairement reliés à la culture mais plutôt à la pyramide d'âge, au statut marital ou à l'insuffisance de revenus (Golding et Baezconde-Garbanati, 1990). Cependant, le lien entre le statut socioéconomique et l'étendue du réseau est faible et il est absent dans le cas du soutien émotif. Il en est de même pour le fait d'avoir ou non un emploi.

Le présent chapitre examine d'abord les composantes du soutien social retenues. Ces composantes font référence à des dimensions reliées à l'intégration sociale, à la satisfaction quant aux rapports sociaux et à la taille du réseau de soutien. Le texte présentera une analyse par communauté, âge et sexe et des comparaisons par rapport à l'ensemble du Québec.

En second lieu, on considérera les difficultés ou problèmes liés à la vie personnelle et à l'environnement et l'aide effectivement reçue par les membres de ces communautés en vue de les aider à solutionner ces problèmes ou difficultés. La structure du réseau

d'entraide pour résoudre ces difficultés sera également analysée.

Les problèmes vécus par les immigrants récents incluent des situations concernant tant leur vie sociale que leur vie affective. Il y a lieu de croire que bon nombre de ces immigrants, surtout ceux d'arrivée récente au Québec, vivent seuls. Les ruptures familiales momentanées dues entre autres à une date d'arrivée au Québec différente selon les membres de la famille sont inévitablement des sources de stress et peuvent avoir une influence sur la santé physique et mentale des individus concernés. L'absence de membres de la famille et la réunification après une séparation ayant duré parfois quelques années sont des phénomènes usuels chez les immigrants récents. Aussi, le réseau d'entraide peut être perturbé par l'absence d'un membre de la famille nucléaire ou encore de la famille étendue.

En troisième lieu, on examinera certains facteurs socioéconomiques et démographiques plus susceptibles d'avoir une influence sur la vie des immigrants récents selon la littérature épidémiologique. À cet égard, certaines variables seront croisées avec les composantes du soutien social. Les variables choisies portent sur la réunification des familles, la période d'immigration (moins de 5 ans, 5 ans et plus), le statut d'emploi au cours des 12 derniers mois, la perception de la situation économique par rapport aux gens du même âge et le statut d'immigrant (réfugié, parrainé, immigrant indépendant, entrepreneur, autre).

15.1 Aspects méthodologiques

15.1.1 Indicateurs

Les questions sur le soutien social sont tirées de la section X - Votre vie en général - du questionnaire autoadministré (QAA). Les premières questions se rapportent à trois dimensions conceptuelles, soit la participation à la vie sociale (QAA142), la satisfaction quant à la vie sociale et les rapports avec les amis (QAA143 à QAA145) alors que les six dernières concernent la taille du réseau social en regard de

l'aide, de la confiance et de l'affection démontrée par d'autres personnes (QAA146 à QAA151).

À ces éléments s'ajoute une série de questions sur la fréquence des contacts avec une association à vocation d'aide ou culturelle (QAA152 et QAA153), sur les difficultés ou problèmes importants dans la vie personnelle ou liés à l'environnement (école, milieu de travail, etc.) et sur les sources d'aide de la personne concernée (QAA159 à QAA164). Les questions sur les sources d'aide contribuent à mieux comprendre quelle peut être la structure du réseau d'entraide sur lequel peuvent s'appuyer les membres des communautés culturelles visées. Cette section comprend également deux questions (QAA156 et QAA158) sur la situation de vie, soit le fait de vivre seul ou non et le fait d'avoir un conjoint ou non. Enfin, trois questions tirées de la section XIV du questionnaire autoadministré - Renseignements sociodémographiques - portent sur la demande de conseils ou d'aide à des personnes n'habitant pas au Québec (QAA211 à QAA213). Elles peuvent apporter plus de précision à ce qui touche l'étendue spatiale du réseau d'entraide.

On ne propose pas de construire un indice de soutien social comme tel. La présente étude touche quatre communautés distinctes et la construction d'un indice commun présente des difficultés sur le plan conceptuel. L'étude du soutien social en regard de certaines variables inhérentes à cette dimension et des conditions particulières entourant l'arrivée d'immigrants récents dans un nouveau milieu de vie est apparue plus appropriée.

15.1.2 Portée et limites des données

À cause de la faiblesse des effectifs, certaines questions pertinentes à la problématique analysée ne peuvent tout simplement pas être traitées ou donnent des résultats comportant une grande part d'imprécision. Les données en fonction de la date d'arrivée constituent un bon exemple. Ainsi, la proportion de la population visée dont la date d'arrivée au Québec est inférieure à deux ans est très faible et cela confère à l'estimation une marge d'erreur importante alors que c'est précisément à

l'intérieur de ce court laps de temps suivant l'arrivée que les situations difficiles sont le plus susceptibles de se présenter.

En outre, la non-réponse partielle peut parfois être très élevée et compromettre l'analyse de points importants. Dans le cas du soutien social, on note des taux de non-réponse partielle supérieurs à 10 % aux questions concernant les sources d'aide pour la solution de problèmes ou difficultés reliés à la vie personnelle des individus ou à leur environnement (QAA161a à QAA161e et QAA164a à QAA164e). Les sources d'aide pour les conseils ou l'aide demandée à des personnes qui n'habitent pas au Québec (QAA212b à QAA212d) présentent aussi un taux de non-réponse partielle élevé. D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de groupe d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, seuls les non-répondants partiels aux questions QAA161e et QAA164 (a-b-c-e) n'ont pas été déclarés significativement différents des répondants à ces questions.

Cependant, pour ce qui est des autres variables à l'étude, les non-répondants partiels sont caractérisés différemment des répondants selon les variables de croisement utilisées. Ainsi, la non-réponse partielle des questions QAA161 (a à d) est associée à la classe d'âge; celle des questions QAA161 (b-d) est en plus liée à la communauté. Pour ce qui est de la non-réponse partielle aux questions QAA164d et QAA212 (b à d), elle est associée au groupe d'âge de même qu'à la communauté. On note également un lien significatif entre la non-réponse partielle à QAA212b et le statut d'activité au cours des 12 derniers mois.

15.2 Résultats

15.2.1 Composantes du soutien social

- La population du Québec et l'ensemble des communautés culturelles visées

L'analyse des différentes composantes du soutien social démontre que les membres des communautés culturelles d'immigration récente paraissent, de façon générale, plus isolés socialement que la population de

l'ensemble du Québec (données standardisées). Les variables associées à un meilleur réseau social présentent, chez ces personnes, des proportions inférieures à celles observées pour le Québec dans son ensemble. Ainsi, pour la fréquence des rencontres, les membres des communautés culturelles visées affichent une proportion de quelque 12 % à ne pas avoir eu ou avoir eu environ une fois des rencontres sociales au

cours d'une période de 12 mois comparativement à environ 5,3 % pour les Québécois (tableau 15.1).

La vie sociale de l'ensemble des Québécois paraît un peu plus satisfaisante puisque près de 30 % se disent très satisfaits comparativement à 26 % chez les communautés culturelles visées; chez celles-ci, environ 17 % sont non satisfaits de leur vie sociale comparativement à 14 % chez les Québécois.

Tableau 15.1

Différentes composantes du soutien social selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Chine	Haiti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%					
Fréquence des rencontres sociales						
Une fois/an, jamais	10,1 *	27,2	6,4 *	15,2	12,1	5,3
Au moins 1 fois/mois	14,7	19,8	18,2	27,7	20,2	24,5
1 fois/semaine ou plus	75,2	53,0	75,4	57,1	67,7	70,2
Satisfaction quant à la vie sociale						
Non satisfait	16,7	21,2	16,4	15,2	16,9	13,6
Plutôt satisfait	66,9	54,8	51,5	64,4	57,2	56,0
Très satisfait	16,3	24,0	32,1	20,4	25,9	30,4
Présence d'amis						
Non	2,3 **	10,3 *	8,0 *	5,0 *	6,8	5,7
Oui	97,7	89,7	92,0	95,0	93,2	94,3
Satisfaction dans les rapports avec les amis						
Non satisfait	3,5 **	8,8 *	8,9 *	6,2 *	7,4	3,5
Plutôt satisfait	70,5	50,8	48,9	61,0	55,3	47,9
Très satisfait	26,0	40,5	42,2	32,8	37,3	48,6
Nombre de confidents						
Aucun	12,8 *	12,8 *	17,7	12,2	15,0	10,4
Un	16,7	18,8	19,4	23,8	20,0	19,3
Deux	27,6	31,3	28,7	25,6	28,2	30,8
Trois et plus	42,9	37,1	34,2	38,4	36,8	39,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin						
Aucune	8,2 *	14,0 *	13,7 *	7,9 *	11,6	3,6
Une	11,0 *	14,2 *	17,4	19,5	16,5	11,9
Deux	27,7	27,5	20,5	25,3	23,7	24,3
Trois et plus	53,1	44,3	48,3	47,3	48,2	60,2
Nombre de personnes démontrant de l'affection						
Aucune	9,7 *	6,6 *	8,9 *	6,2 *	8,1	4,7
Une	15,1	19,4	21,0	25,3	20,9	14,3
Deux	22,4	20,3	24,9	24,5	23,8	18,8
Trois et plus	52,8	53,7	45,2	43,9	47,2	62,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Même si les membres des communautés culturelles disent avoir des amis dans les mêmes proportions que les Québécois dans leur ensemble, ces derniers présentent une proportion de personnes très satisfaites dans les rapports avec leurs amis beaucoup plus élevée (49 % c. 37 %). D'autre part, la proportion de Québécois non satisfaits à cet égard est de 3,5 % comparativement à quelque 7,4 % chez les communautés culturelles visées par l'étude.

Pour ce qui est de la taille du réseau, quelle que soit la dimension considérée (confiance, aide, affection), les proportions de l'ensemble des Québécois n'ayant aucun confident (10 % c. 15 % pour les communautés culturelles), aucune personne pouvant les aider au besoin (3,6 % c. 12 %) ou encore aucune personne leur démontrant de l'affection (4,7 % c. 8,1 %) sont significativement plus faibles que pour l'ensemble des communautés culturelles visées. Pour les dimensions de l'aide au besoin et de l'affection démontrée, environ 60 % et 62 % respectivement des Québécois comptent sur trois personnes et plus pouvant les aider au besoin ou leur démontrer de l'affection, comparativement à quelque 48 % et 47 % respectivement pour les communautés culturelles.

- La population du Québec et chacune des communautés culturelles visées

Les différentes composantes du soutien social laissent percevoir chez chacune des communautés à l'étude, à quelques exceptions près, un plus grand isolement social que pour la population du Québec dans son ensemble.

Ainsi, chacune des communautés, à l'exception de celle originaire des pays du Maghreb et du Moyen-Orient, présente par rapport au Québec une proportion plus élevée de personnes dont la fréquence de participation à des rencontres sociales est de une fois par an ou jamais. Chez les Haïtiens, cette proportion s'élève à environ 27 %.

Les Chinois disent avoir des amis dans une plus grande proportion que les Québécois alors que c'est l'inverse pour les Haïtiens. Par contre, la proportion de

Québécois à se dire très satisfaits quant aux rapports avec leurs amis est nettement plus élevée que dans trois des quatre communautés culturelles visées, la population originaire des pays arabophones faisant exception.

Pour ce qui est de la satisfaction quant à la vie sociale, le même constat prévaut : la proportion de l'ensemble des Québécois qui se déclarent très satisfaits est supérieure à celle observée dans les autres communautés à l'exception de la population originaire des pays arabophones. On note également que les immigrants récents originaires d'Haïti sont non satisfaits de leur vie sociale dans une proportion de quelque 21 %.

Pour ce qui est des variables associées à la taille du réseau social, la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient présente une différence significative avec le Québec; environ 18 % de la population de ce groupe ne compte aucun confident. Quant au nombre de personnes pouvant les aider, chacune des communautés présente une proportion significativement plus élevée que dans la population du Québec en général d'individus qui ne comptent aucune personne pouvant les aider au besoin. D'autre part, la proportion de Québécois comptant trois personnes et plus pouvant les aider est plus élevée que pour chacune des communautés.

Par ailleurs, chez les communautés originaires de Chine et des pays arabophones, la proportion d'individus n'ayant aucune personne leur manifestant de l'affection est plus élevée que pour l'ensemble du Québec. Tout comme pour l'aide, la proportion de Québécois comptant trois personnes et plus démontrant de l'affection est significativement plus élevée que pour chacune des communautés visées par l'étude.

- Analyse selon l'âge

Pour chacune des composantes étudiées, sauf pour la fréquence des rencontres, on observe des différences significatives selon les groupes d'âge pour l'ensemble des communautés culturelles visées (tableau 15.2).

Tableau 15.2

Différentes composantes du soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	15-24 ans		25-44 ans		45 ans et plus	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
%						
Fréquence des rencontres sociales						
Une fois/an, jamais	11,3*	5,9	12,6	5,0	11,6*	5,5
Au moins 1 fois/mois	14,2*	19,1	21,9	26,7	21,8	24,7
1 fois/semaine ou plus	74,5	75,1	65,5	68,4	66,6	69,7
Satisfaction quant à la vie sociale						
Non satisfait	11,0*	11,2	18,3	15,0	18,9	12,7
Plutôt satisfait	54,9	52,6	58,1	57,6	57,2	55,5
Très satisfait	34,1	36,2	23,6	27,3	23,9	31,8
Présence d'amis						
Non	2,6**	2,5	7,1*	5,8	9,8*	8,0
Oui	97,4	97,5	92,9	94,2	90,2	92,0
Satisfaction dans les rapports avec les amis						
Non satisfait	6,7*	4,9	8,8*	3,6	5,1**	2,1
Plutôt satisfait	43,6	45,8	59,4	50,5	57,3	44,5
Très satisfait	49,7	49,3	31,8	46,0	37,5	53,4
Nombre de confidents						
Aucun	14,6*	7,1	16,4	10,8	12,4*	12,6
Un	14,5*	14,8	24,1	20,9	16,3*	19,7
Deux	29,7	30,7	28,2	31,4	26,9	29,7
Trois et plus	41,2	47,4	31,3	36,8	44,4	38,1
Nombre de personnes pouvant aider au besoin						
Aucune	8,2**	2,0*	14,2	3,9	9,2*	4,1
Une	11,1*	8,3	20,2	12,7	13,4*	13,5
Deux	21,9	23,3	22,9	24,8	26,9	24,1
Trois et plus	58,8	66,4	42,7	58,5	50,5	58,4
Nombre de personnes démontrant de l'affection						
Aucune	7,2**	4,2	9,1*	5,4	6,6**	3,7
Une	17,5*	13,8	25,1	15,5	15,4	12,5
Deux	23,0	17,7	23,9	19,6	24,2	18,2
Trois et plus	52,3	64,4	41,8	59,5	53,8	65,6

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

De façon générale, les plus jeunes (15-24 ans) chez les communautés culturelles affichent des proportions plus élevées que leurs aînés pour les composantes associées à un bon niveau de soutien social. Ainsi, pour la satisfaction quant à la vie sociale, 34 % d'entre eux se disent très satisfaits comparativement à 24 % chez les 25-44 ans. Les plus jeunes affichent également de meilleurs résultats que les 25-44 ans pour la satisfaction dans les rapports avec les amis (50 % c. 32 %) et le nombre de personnes pouvant les aider (59 % c. 43 %).

Pour la confiance et l'affection reçue, les plus jeunes et les personnes âgées de 45 ans et plus comptent des proportions plus élevées de personnes pouvant assumer ces rôles que les 25-44 ans. Bref, les données suggèrent pour ce dernier groupe d'âge un réseau d'entraide, de confiance et d'affection moins développé.

Par rapport à l'ensemble du Québec, on note que :

- Pour la fréquence des rencontres, la proportion de personnes des communautés culturelles visées à avoir eu des rencontres sociales au plus une fois l'an au cours d'une période de 12 mois est plus élevée que pour l'ensemble de la population du Québec, à l'intérieur de chaque groupe d'âge.
- Pour la satisfaction quant à la vie sociale, on compte chez la population de 45 ans et plus une proportion plus élevée de Québécois très satisfaits de leur vie sociale qu'au sein des communautés culturelles visées par l'étude (32 % c. 24 %).
- Pour la satisfaction dans les rapports avec les amis, les proportions de Québécois de 25-44 ans et de 45 ans et plus à se déclarer très satisfaits sont plus élevées que dans les communautés culturelles visées (soit 46 % c. 32 % chez les 25-44 ans, et 53 % c. 38 % chez les 45 ans et plus). Par ailleurs, la proportion de Québécois de 25-44 ans non satisfaits de ces rapports est plus faible dans les communautés culturelles (4 % c. 9 %).
- Pour ce qui est du nombre de personnes démontrant de l'affection, les Québécois comptent pour la catégorie « trois personnes et plus » une plus grande proportion que les communautés

culturelles dans chacun des groupes d'âge, soit 64 % c. 52 % chez les 15-24 ans, 60 % c. 42 % chez les 25-44 ans et 66 % c. 54 % chez les personnes de 45 ans et plus. Les personnes âgées de 25-44 ans dans les communautés culturelles présentent également une proportion significativement plus élevée d'individus ne comptant aucune personne démontrant de l'affection (9 % c. 5 %).

- Pour ce qui est de l'aide et de la confiance, la proportion de personnes à ne compter aucune personne pouvant les aider ou à qui se confier est plus élevée chez les communautés culturelles sauf pour la confiance chez les personnes de 45 ans et plus.

Pour le Québec, les données standardisées indiquent également, chez les plus jeunes, un plus haut niveau de satisfaction quant à la vie sociale de même qu'un réseau d'entraide plus développé. Par contre, il ne semble pas que ce soit le cas pour la satisfaction dans les rapports avec les amis alors que les personnes âgées comptent une plus grande proportion de personnes se disant très satisfaites. Pour ce qui est de l'affection reçue, la tendance est la même que dans les communautés culturelles visées : les plus jeunes (64 %) et les personnes âgées (66 %) comptent sur un meilleur réseau que les jeunes adultes (60 %).

- Analyse selon le sexe

Pour l'ensemble des communautés culturelles visées, on n'observe aucune association significative selon le sexe quelle que soit la variable étudiée (tableau 15.3).

Par rapport au Québec :

- La faible fréquence des rencontres (une fois/an, jamais) dans les communautés culturelles se vérifie aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- La satisfaction quant aux amis y est également plus faible indépendamment du sexe.
- Les femmes appartenant aux communautés culturelles visées ont un réseau de confidents moins développé que celui des Québécoises dans leur ensemble. Les écarts sont importants pour les

catégories aucun (15 % c. 7,1 %) et trois et plus (36 % c. 43 %).

- Les membres des communautés visées par l'étude comptent moins de personnes pouvant les aider, quel que soit le sexe. Une personne sur neuf chez les communautés culturelles déclare ne pouvoir compter sur aucune personne pouvant l'aider.
- Le nombre de personnes de qui on se sent proche est plus faible chez les femmes des communautés

culturelles visées. Entre autres, la proportion de celles qui ne comptent aucune personne démontrant de l'affection est plus élevée (7,0 % c. 2,8 %) tout comme la proportion à compter trois personnes et plus y est plus faible (49 % c. 68 %). Chez les hommes, les écarts avec l'ensemble du Québec concernant la catégorie trois personnes et plus.

Tableau 15.3

Différentes composantes du soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Hommes		Femmes	
	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%			
Fréquence des rencontres sociales				
Une fois/an, jamais	11,3	6,4	12,8	4,2
Au moins 1 fois/mois	20,4	25,2	20,0	23,9
1 fois/semaine ou plus	68,3	68,4	67,2	71,9
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	16,3	13,4	17,4	13,7
Plutôt satisfait	57,0	55,6	57,4	56,4
Très satisfait	26,7	31,0	25,2	29,8
Présence d'amis				
Non	5,6 *	6,0	8,1 *	5,3
Oui	94,4	94,0	91,9	94,7
Satisfaction dans les rapports avec les amis				
Non satisfait	8,5 *	3,5	6,4 *	3,5
Plutôt satisfait	55,1	49,4	55,5	46,5
Très satisfait	36,4	47,1	38,1	50,0
Nombre de confidents				
Aucun	15,4	14,0	14,5	7,1
Un	18,4	21,4	21,6	17,2
Deux	28,1	28,8	28,3	32,8
Trois et plus	38,1	35,8	35,7	42,9
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	11,9	4,6	11,3	2,6
Une	17,5	12,6	15,6	11,3
Deux	22,9	24,8	24,5	23,8
Trois et plus	47,7	58,0	48,6	62,3
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	9,1 *	6,7	7,0 *	2,8
Une	21,5	17,6	20,4	11,3
Deux	24,0	19,9	23,6	17,9
Trois et plus	45,4	55,9	49,0	68,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

15.2.2 Difficultés ou problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement

Une plus grande proportion de personnes connaissent des problèmes dans leur vie personnelle plutôt que par rapport à leur environnement (école, milieu de travail, logement, etc.), quelle que soit la communauté, à l'exception du groupe d'origine chinoise (tableau 15.4). Par rapport à la vie personnelle, les populations originaires des pays arabophones (37 %) et hispanophones (41 %) présentent de plus fortes proportions de personnes ayant connu des problèmes ou difficultés. Pour les problèmes liés à l'environnement, quelque 26 % de Chinois connaissent des difficultés de cet ordre, soit la proportion la plus élevée chez les communautés à l'étude.

Pour l'aide reçue, les proportions sont, pour l'ensemble des communautés, d'environ 62 % pour les problèmes reliés à la vie personnelle et d'environ 56 % pour ceux reliés à l'environnement. Dans le cas de la communauté chinoise, ces proportions sont de l'ordre de 74 % et de 76 % respectivement.

Les données montrent une association significative selon l'âge en ce qui a trait aux difficultés ou problèmes importants reliés à l'environnement (tableau 15.5). On observe que 20 % des personnes de 25-44 ans connaissent ce type de difficultés ou problèmes comparativement à 13 % chez les 45 ans et plus.

Tableau 15.4

Présence de difficultés ou de problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement au cours d'une période de 12 mois et aide reçue selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total
	%				
Vie personnelle	21,6	29,8	36,7	41,0	34,6
Aide reçue ¹	74,2	56,5	65,0	54,4	61,7
Environnement	26,3	13,4 *	16,8	18,3	18,0
Aide reçue ¹	76,3	56,5 *	46,5 *	56,4	55,9

Ces questions sont propres à la présente étude et n'ont pas été demandées lors des enquêtes précédentes sur la population du Québec.

1. La proportion de personnes recevant l'aide requise (aide reçue) est calculée par rapport aux personnes qui ont déclaré avoir vécu des difficultés ou problèmes importants au cours d'une période de 12 mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 15.5

Présence de difficultés ou de problèmes importants liés à la vie personnelle et à l'environnement au cours d'une période de 12 mois et aide reçue selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Âge			Sexe	
	15-24 ans	25-44 ans	45 ans et plus	Hommes	Femmes
	%				
Vie personnelle	28,9	37,7	33,2	32,5	36,6
Aide reçue ¹	72,6	61,3	54,6	58,2	64,7
Environnement	18,5 *	20,4	12,8 *	20,1	16,0
Aide reçue ¹	69,6	53,1	48,2 *	51,7	61,1

Ces questions sont propres à la présente étude et n'ont pas été demandées lors des enquêtes précédentes sur la population du Québec.

1. La proportion de personnes recevant l'aide requise (aide reçue) est calculée par rapport aux personnes qui ont déclaré avoir vécu des difficultés ou problèmes importants au cours d'une période de 12 mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

▪ Structure du réseau d'entraide

Les données dont on dispose sur les sources d'aide pour solutionner des difficultés ou problèmes importants reliés à la vie personnelle ou à l'environnement présentent un pourcentage élevé de non-réponse et la qualité des estimations s'avère souvent passable ou imprécise. Il apparaît néanmoins que la famille et les amis sont les deux sources d'aide les plus fréquentes aussi bien pour les difficultés d'ordre personnel que pour les problèmes liés à l'environnement (données non présentées).

Les tableaux 15.6 et 15.7 montrent également qu'environ un membre des communautés culturelles visées sur quatre a eu des contacts avec une association culturelle ou à vocation d'aide ou a demandé conseil auprès de personnes n'habitant pas au Québec.

Pour ce qui est des conseils demandés auprès de personnes n'habitant pas au Québec, on observe une différence significative selon l'âge, les personnes de 25-44 ans présentant une proportion de 31 % comparativement à 18 % (estimation passable) chez les 15-24 ans (données non présentées). La famille (98 %), puis les amis (78 %), semblent être également les deux sources d'aide les plus fréquentes.

On a évoqué l'hypothèse que bon nombre d'immigrants récents vivent seuls, surtout ceux dont la période d'immigration est récente. Les données dont on dispose ne permettent pas d'établir une différence significative entre les proportions de Québécois (11,5 %) et d'immigrants récents (9,2 %) vivant seuls. Par ailleurs, environ 63 % des membres des communautés culturelles d'immigration récente visés par l'étude mentionnent avoir un conjoint (données non présentées).

Tableau 15.6

Présence de contacts avec une association à vocation d'aide ou culturelle regroupant surtout des personnes du pays d'origine ou du groupe ethnique depuis l'arrivée au Québec selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total
29,3	19,5	26,2	22,7	24,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 15.7

Demande de conseils ou aide requise auprès de personnes n'habitant pas au Québec selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

Chine	Haïti	Maghreb et Moyen-Orient	Pays hispanophones	Total
35,4	20,0	26,8	26,1	26,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

15.2.3 Analyse selon certaines variables socio-économiques et démographiques

On a aussi procédé à l'analyse de quelques variables socioéconomiques et démographiques susceptibles d'avoir une influence sur la vie des immigrants récents et sur les composantes du soutien social considérées ici.

À la question « Est-ce que votre famille (conjoint(e) et enfants) est maintenant réunie ? » (QRI 84), près de 34 % des répondants des ménages ont répondu non (données non présentées). Outre le fait que la précision de cette information est faible (cote D), il y a lieu d'être prudents dans l'analyse puisqu'il se peut que la question ait été mal comprise et que le répondant n'ait pas nécessairement fait référence à la famille nucléaire.

L'analyse des composantes du soutien social montre que les personnes dont la période d'immigration est inférieure à cinq ans comptent moins de confidents. Environ 22 % de ces immigrants ne comptent aucun confident comparativement à quelque 14 % chez ceux dont la période d'immigration est de cinq ans ou plus. À l'opposé, ces derniers comptent trois confidents ou plus dans une plus grande proportion (38 % c. 25 %) (données non présentées).

Dans l'analyse du statut d'emploi au cours d'une période de 12 mois (en emploi, étudiant, tenait maison, retraite, sans emploi), on observe une association significative pour ce qui est du nombre de personnes pouvant aider au besoin. Les personnes sans emploi présentent une plus faible proportion comptant trois personnes et plus qui peuvent les aider au besoin (25 %) comparativement aux personnes avec emploi (46 %), aux étudiants (56 %), aux personnes qui tiennent maison (49 %) et aux retraités (58 %) (données non présentées).

La question sur la perception de la situation économique par rapport aux gens du même âge (QAA233) présente plusieurs associations significatives. C'est le cas pour la fréquence des rencontres, la satisfaction quant à la vie sociale, la

présence d'amis, la satisfaction dans les rapports avec les amis, le nombre de personnes pouvant aider au besoin et le nombre de personnes de qui on se sent proche (tableau 15.8). Plusieurs parmi ces estimations sont « passables » ou « imprécises », mais on observe un lien entre une meilleure perception de sa situation économique et une fréquence plus élevée de rencontres, une plus grande satisfaction quant à la vie sociale et aux amis et un nombre plus élevé de personnes pouvant aider au besoin et de qui on se sent proche.

Ainsi, les personnes qui considèrent leurs revenus très insuffisants tendent à être moins nombreuses à avoir des rencontres sociales au moins une fois par semaine ou plus. Les personnes qui se perçoivent à l'aise financièrement sont très satisfaites de leur vie sociale dans une proportion plus élevée (38 %) que les personnes considérant leurs revenus insuffisants (20 %) et très insuffisants (17 %), et peuvent compter dans une proportion plus élevée sur trois personnes et plus pour les aider. De plus, elles présentent une proportion significativement plus élevée de personnes très satisfaites de leurs rapports avec les amis (48 %) que celles dont les revenus sont très insuffisants (23 %).

Enfin, la fréquence des rencontres sociales tend à être plus faible chez les réfugiés comparativement aux autres statuts d'immigration (données non présentées).

Tableau 15.8

Différentes composantes du soutien social selon la perception de la situation économique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	À l'aise financièrement	Revenus suffisants pour besoins fondamentaux	Revenus insuffisants	Revenus très insuffisants
	%			
Fréquence des rencontres sociales				
Une fois/an, jamais	11,4 **	8,6 *	12,7	18,7 *
Au moins 1 fois/mois	20,6 *	15,3	23,2	25,7 *
1 fois/semaine ou plus	68,0	76,1	64,1	55,7
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	5,6 **	10,1 *	19,1	42,4
Plutôt satisfait	56,6	60,3	60,8	40,3
Très satisfait	37,8	29,6	20,1	17,3 *
Présence d'amis				
Non	0,6 **	5,6 **	6,2 *	13,3 **
Oui	99,4	94,4	93,8	86,7
Satisfaction dans les rapports avec les amis				
Non satisfait	5,7 **	6,0 **	7,8 *	14,1 **
Plutôt satisfait	45,9	56,8	56,1	63,1
Très satisfait	48,4	37,2	36,1	22,8
Nombre de confidents				
Aucun	12,6 **	9,7 *	14,3	22,6 *
Un	18,6 *	17,8	23,2	20,6 *
Deux	31,8 *	30,0	26,4	25,8 *
Trois et plus	37,0	42,5	36,1	31,0
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	9,8 **	6,7 *	14,5	20,9 *
Une	18,4 *	11,3 *	18,2	22,4 *
Deux	16,9 *	24,0	23,4	20,5 *
Trois et plus	54,9	58,1	44,0	36,2
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	5,1 **	4,8 **	10,4 *	13,4 **
Une	22,4 *	18,0	20,8	28,4 *
Deux	16,8 *	25,2	24,1	18,3 *
Trois et plus	55,7	52,0	44,7	39,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de ce chapitre permettent de constater qu'une portion significative des membres des communautés culturelles visées par l'étude comptent sur moins de ressources que la population québécoise

lorsqu'on analyse diverses composantes du soutien social. Voici quelques exemples : il y a une proportion de personnes deux fois plus importante, et parfois davantage, dans ces communautés qui rapportent une faible fréquence de rencontres sociales, qui sont non satisfaites dans leurs rapports avec leurs amis, et qui n'ont aucune personne pouvant les aider en cas de besoin ou encore, qui n'ont aucune personne ne

leur démontrant de l'affection. La proportion de ces personnes varie entre 7 % et 17 % selon la composante. Il faut donc se garder de généraliser ces lacunes dans la vie sociale à tout l'ensemble de la population immigrante. Par ailleurs, sauf pour la petite étude d'Aroian (1992), la plupart des études conduites auprès des immigrants ont porté sur des comparaisons intergroupes et elles n'ont pas relevé l'isolement prononcé d'un sous-groupe dans cette population. Elles avaient rapporté à l'occasion plus ou moins de soutien dans les communautés culturelles.

En général, les quatre groupes visés se distinguent de la population québécoise bien qu'une ou l'autre des communautés puisse s'en rapprocher à l'occasion sur une variable particulière. La même remarque s'applique pour les comparaisons selon l'âge et le sexe entre l'ensemble du Québec et les communautés culturelles à l'étude. Il y a lieu de faire des analyses ultérieures afin d'identifier les membres de ces communautés isolés sur le plan du soutien. Par exemple, aussi bien chez les hommes que chez les femmes des communautés culturelles considérées dans l'étude, la fréquence des rencontres est moindre et le réseau d'entraide moins développé. En outre, les données de l'étude révèlent que les femmes des communautés culturelles visées ont un réseau de confidents et de personnes de qui on se sent proche beaucoup moins développé que celui des Québécoises dans leur ensemble. Il serait intéressant d'observer la trajectoire de ces personnes à partir de leur venue dans le pays d'accueil. Nous ne pouvons ici qu'évoquer quelques facteurs associés possibles tels le chômage ou la pauvreté prolongée, une maîtrise insuffisante du français ou de l'anglais, le statut de monoparentalité, l'âge lors de l'immigration ou l'absence d'une masse critique du même groupe culturel. Concernant l'âge, les données montrent que les plus jeunes des communautés culturelles à l'étude jouissent dans l'ensemble d'un meilleur soutien social que leurs aînés, et que les personnes de 25-44 ans de ces communautés bénéficient d'un réseau moins développé que celui de l'ensemble des Québécois pour ce qui est de l'entraide, la confiance et

l'affection. La satisfaction quant aux amis y est également plus faible.

Une étude générale comme celle-ci ne peut investiguer les divers modes de soutien social vécus au quotidien. S'il est probable que plusieurs types de soutien soient universels, nous ignorons cependant si la présence d'amis ou de confidents en dehors de la famille est aussi importante pour certaines communautés culturelles que pour la population québécoise en général. Il se peut par ailleurs que certaines formes de soutien en provenance des églises et d'autres institutions religieuses compensent pour le manque de soutien d'un réseau étendu. D'où l'intérêt qu'il y aurait à mieux connaître la diversité des sources de soutien et l'importance de l'aide offerte par chacune.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats présentés dans ce chapitre amènent à proposer une piste d'intervention pour mieux soutenir les personnes isolées des communautés culturelles, surtout celles arrivées plus récemment. La première année de vie dans un nouveau pays est cruciale afin d'assurer une intégration sociale et un bien-être à long terme. Parmi plusieurs stratégies possibles, une meilleure accessibilité aux cours de langue, la facilitation de l'intégration au marché du travail et l'organisation d'activités pour permettre aux gens isolés de ces communautés de pouvoir socialiser pourraient faciliter cette intégration.

Si de nombreux programmes sont mis sur pied à l'intention des nouveaux arrivés autant par les services publics comme les CLSC que par les organismes communautaires, il n'est pas certain que ces activités puissent rejoindre les personnes les plus isolées des communautés culturelles. Les responsables de ces activités ont donc à porter une attention particulière pour recruter la clientèle qui se retrouve isolée.

Bibliographie

ANTONUCCI, T. C. (1985). « Personal characteristics, social support, and social behavior » dans BINSTOCK, R. H., et E. SHANAS (Eds). *Handbook of aging and the social sciences*, New York: Van Nostrand Reinhold, 2nd ed., p. 94-128,.

AROIAN, K. J. (1992). « Sources of social support and conflict for Polish immigrants », *Qualitative Health Research*, vol. 2, n° 2, p. 178-207.

GOLDING, J. M., et L.A. BAEZCONDE-GARBANATI (1990). « Ethnicity, culture, and social resources », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, n° 3, p. 465-486.

GRIFFITH, J. (1984). « Emotional support providers and psychological distress among Anglo- and Mexican Americans », *Community Mental Health Journal*, vol. 20, p. 82-201.

HOUSE, J. S., K. R. LANDIS et D. UMBERSON (1988). « Social relationships and health » *Science*, vol. 241, p. 540-545.

KEEFE, S. E., A. M. PADILLA et M. L. CARLOS (1979). « The Mexican-American extended family as an emotional support system », *Human Organization*, vol. 38, p. 144-152.

LEE, M. S., K. CRITTENDEN et E. YU (1996). « Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 42, n° 4, p. 313-327.

PATTERSON, S. L. et F. F. MARSIGLIA (2000). « Mi casa es su casa: Beginning exploration of Mexican Americans' natural helping », *Families in Society*, vol. 81, n°1, p. 22-31.

RITSNER, M, I. MODAI et A. PONIZOVSKY (2000). « The stress-support patterns and psychological distress of immigrants ». *Stress Medicine*, vol. 16, n° 3, p. 139-147.

SCHWEIZER, T, M. SCHNEGG et S. BERZBORN (1998). « Personal networks and social support in a multiethnic community of southern California », *Social Networks*, vol. 20 n° 1, p. 1-21.

VEGA, W., B. KOLODY, R. VALLE et J. WEIR (1991). « Social networks, social support, and their relationship to depression among immigrant Mexican women », *Human Organization*, vol. 50, n° 2, p. 154-162.

VERNON, S. W., et R. E. ROBERTS (1985). « A comparison of Anglos and Mexican Americans on selected measures of social support », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 7, p. 381-399.

ZAMBRANA, R. E., V. SILVA-PALACIOS et D. POWELL (1992). « Parenting concerns, family support systems, and life problems in Mexican-origin women: A comparison by nativity », *Journal of Community Psychology*, vol. 20, n° 4, p. 276-288.

Chapitre 16

Conditions socioéconomiques et milieu de travail

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jean Renaud

Département de sociologie – Université de Montréal et
Centre d'études ethniques des universités montréalaises

Introduction

Travail et migration

On ne migre pas sans raison. L'amélioration des conditions de vie est au cœur du projet migratoire. Il peut s'agir, pour les personnes immigrantes, d'assurer leur survie et leur intégrité physique, comme dans le cas des réfugiés qui obtiennent la protection du Canada dans le cadre de la Convention de Genève. Il peut aussi s'agir, pour les autres catégories d'immigrants, d'améliorer leurs conditions socioéconomiques et leur destin professionnel. Mais, peu importe la raison première de la migration, l'insertion professionnelle constituera presque toujours la clé d'un établissement réussi. Divers facteurs peuvent influencer sur cette insertion; on retrouve, entre autres, deux grands paramètres : les conditions migratoires et le temps de séjour dans la société d'accueil.

La catégorie d'immigration permet une évaluation approximative des conditions migratoires. En bref, les *indépendants* (y inclus les entrepreneurs) sont ceux qui, sélectionnés en quelque sorte pour leur capacité d'être compétitifs sur le marché du travail, devraient s'y insérer le mieux. Les immigrants de la catégorie de la *famille* pourront de façon générale bénéficier du soutien du réseau familial préétabli au Canada, et ceux de la catégorie *réfugiés* (une fois ce statut acquis pour les demandeurs d'asile) pourront accéder aux divers programmes étatiques de formation prévus pour les immigrants. Comme le classement dans ces catégories

découle des caractéristiques ou liens du requérant principal du visa mais est donné à l'ensemble des gens — conjoint et enfants — qui l'accompagnent, il ne peut être qu'une approximation des conditions de la migration.

Enfin, le dernier paramètre qu'il est nécessaire de rappeler est la durée de séjour. L'établissement professionnel est un processus; il se déroule au fil du temps. Généralement, et au moins pour les premiers dix ans, il y a amélioration de la situation des personnes au fur et à mesure que cet établissement se produit. L'étude longitudinale de Renaud et autres (2001) a démontré que le revenu médian et le statut socioéconomique des emplois augmentent tout au long des dix années d'observation. Enfin, la comparaison entre le niveau de qualification professionnelle exigé par le travail prémigratoire et celui exercé au Québec montre une croissance vers des emplois « plus qualifiés » au fil du temps.

Travail et santé

Le travail et ses modalités font partie des déterminants de l'état de santé. Arcand et autres (2000), s'inspirant de nombreux auteurs, mentionnent diverses caractéristiques de l'emploi qui peuvent avoir un impact sur la santé, parmi lesquelles on retrouve le statut professionnel, l'organisation du travail et divers risques et contraintes liés aux conditions de travail. Bourbonnais et autres (2000), adoptant le modèle de Karasek (1979; 1985), soulignent pour leur part le rôle

joué par l'environnement psychosocial du travail, et plus particulièrement par le niveau d'autonomie décisionnelle, la demande psychologique et surtout, la combinaison de ces deux facteurs, sur le plan de l'état de santé physique et psychologique. Selon Karasek et Theorell (1990), par exemple, une combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible autonomie décisionnelle au travail serait associée à une augmentation de symptômes tels que la détresse psychologique ou la dépression. Sur le plan de la santé physique, on aurait noté, en particulier, une association entre ces mêmes facteurs et l'hypertension, ainsi que les maladies cardiovasculaires (Landsbergis et autres, 1993). Dans le cas plus spécifique d'une population immigrante, Aycan et Berry (1996) ont démontré que la déqualification professionnelle, le chômage et le sous-emploi avaient des répercussions négatives sur le bien-être psychologique et l'adaptation au milieu d'accueil.

La présente étude vise une population d'immigration relativement récente (moins de dix ans), et parmi laquelle on retrouve toutes les catégories d'immigrants, depuis les entrepreneurs jusqu'aux réfugiés. Il s'agit donc de personnes dont les conditions socioéconomiques, au moment de la migration, étaient diversifiées, et qui en sont à différents stades dans le processus d'insertion au milieu québécois du travail. Dans ce chapitre, on s'intéressera à la fois à ces variables et à leur association avec la santé physique et psychologique de la population visée.

Objectifs du chapitre

Ce chapitre vise à décrire le statut d'emploi de la population de 15 ans et plus visée par l'étude, les conditions générales de travail pour les personnes qui occupent un emploi rémunéré et l'association de ces conditions de travail avec l'état de santé perçue (physique ou psychologique).

Plus spécifiquement, dans un premier temps, on cherche à connaître la proportion de la population visée âgée de 15 ans et plus qui occupe actuellement un emploi, et on examine diverses caractéristiques de l'emploi occupé. Ces données sont aussi comparées

lorsque possible avec celles que l'on retrouve pour l'ensemble du Québec (1998, données standardisées). On s'intéresse également au niveau de qualification professionnelle nécessaire pour l'emploi actuel, comparativement à celui de l'emploi occupé au cours de la période prémigratoire.

Dans un deuxième temps, on considère l'environnement psychologique du travail, toujours en comparaison avec ce que l'on observe pour l'ensemble du Québec.

Ces variables sont par la suite mises en relation avec des indicateurs généraux de l'état de santé physique (perception de l'état de santé) et mentale (satisfaction face à la vie).

16.1 Aspects méthodologiques

16.1.1 Indicateurs

La population de référence de ce chapitre est celle des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, selon la question 62 du questionnaire autoadministré (QAA) : « Occupez-vous présentement un emploi rémunéré (à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out)? » La formulation de cette question est identique à celle utilisée lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS).

Outre le fait d'occuper ou non un emploi rémunéré, on a retenu comme indicateurs certaines caractéristiques générales du milieu de travail ou des travailleurs, telles que la taille de l'entreprise (20 personnes ou moins, 21 personnes ou plus, regroupements effectués à partir de la question 66 du QAA), le statut de syndicalisation (QAA69) et la catégorie professionnelle (indice construit à partir des questions 102 et 103 du questionnaire rempli par l'interviewer ou QRI). Toutes ces questions ont été reprises de l'ESS 1998.

Une autre question, utilisée dans l'enquête longitudinale de Renaud et autres (2001; 1993; 1992),

porte sur le niveau de qualification professionnelle exigé dans l'emploi actuel, comparativement à celui de l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec, et comporte trois catégories : plus qualifié, moins qualifié, également qualifié (QAA71). Trois questions reprises de l'ESS 1998 portent sur divers modes d'organisation du travail, soit : l'horaire alternant, irrégulier ou variable (QAA90), l'horaire fixe de nuit (QAA91) et la rémunération au rendement, à la commission ou à la prime (« bonus ») (QAA93). Trois autres questions, également reprises de l'ESS 1998, portent sur certains risques ou contraintes qui peuvent avoir une association avec la santé des travailleurs. Ce sont : le travail répétitif avec contrainte de temps (QAA92), la manipulation de charges lourdes (QAA94) et le fait de fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (QAA95).

Enfin, trois indices ont été repris intégralement de l'ESS 1998, soit : l'autonomie décisionnelle au travail, la demande psychologique et les contraintes psychosociales du travail (une combinaison des deux indices précédents).

L'autonomie décisionnelle au travail comporte deux dimensions : la capacité d'utiliser et de développer ses habiletés personnelles, et la possibilité de décider comment on fait son travail et d'en influencer l'orientation (Bourbonnais et autres, 2000). L'indice est construit à partir de neuf questions (QAA72 à 80) qui proviennent du *Job Content Questionnaire* de Karasek (1985), dont la version française a été validée au Québec par Larocque et autres (1998). La traduction de cet instrument en chinois, en créole, en arabe et en espagnol constitue toutefois une première. L'indice, dont la construction est décrite de façon très détaillée dans Bourbonnais et autres (2000), permet de classer les travailleurs en deux catégories, soit ceux qui ont un niveau élevé d'autonomie et ceux qui ont un faible niveau d'autonomie.

La demande psychologique au travail est mesurée par neuf questions (QAA81 à 89) qui proviennent du même instrument (Karasek, 1985). Ces questions touchent diverses contraintes telles que la quantité de travail, le temps accordé pour le faire et les exigences mentales

(Bourbonnais et autres, 2000). Encore une fois, l'indice permet de classer les travailleurs en deux catégories (demande psychologique élevée, faible demande psychologique).

Les « contraintes psychosociales du travail » tiennent compte à la fois de l'autonomie décisionnelle et de la demande psychologique. L'indice comporte quatre catégories. On considère que les contraintes psychosociales sont moins élevées pour les travailleurs pour qui la demande psychologique est faible et qui disposent d'une autonomie élevée (DP-AD+), et qu'elles sont particulièrement élevées pour les travailleurs ayant une demande psychologique élevée et une autonomie faible (DP+AD-). Les travailleurs qui se situent dans les deux autres catégories — demande élevée mais autonomie élevée (DP+AD+) ou demande faible et autonomie faible (DP-AD-) — seraient considérés comme ayant une exposition intermédiaire aux contraintes psychosociales du travail.

16.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Pour la très grande majorité, les indicateurs considérés dans ce chapitre ont été repris de l'ESS 1998; les résultats des deux enquêtes sont donc comparables pour ces indicateurs. Il importe toutefois de rappeler que les données de l'ESS 1998 présentées ici ont été standardisées de façon à permettre la comparaison avec la population visée par l'*Étude auprès des communautés culturelles*, qui présente un profil démographique fort différent de celui qu'on observe pour l'ensemble du Québec.

16.1.3 Portée et limites des données

La présente étude est une étude transversale. En ce sens, elle permet de faire un portrait « instantané » de la situation socioéconomique et du milieu de travail des immigrants récents visés par l'étude, et de comparer les distributions obtenues avec la « norme québécoise », fournie par les distributions standardisées selon l'âge et le sexe des pays d'origine. On peut donc mesurer les écarts, sans toutefois pouvoir les interpréter. Pour ce faire, il aurait fallu utiliser une approche longitudinale dans laquelle on

tiendrait compte des conditions personnelles de la migration, des conditions de l'économie locale au moment du premier établissement, de l'âge à l'arrivée au pays, de l'évolution de la situation socioéconomique avec la durée du séjour, et ainsi de suite. Tout cela n'enlève d'aucune façon l'intérêt du chapitre, mais permet de fixer les attentes qu'on peut avoir à son égard. L'interprétation des écarts est ici en cause : ils mesurent en quelque sorte le chemin à parcourir, mais non les raisons de son importance.

Une autre limite des données est due aux effectifs relativement faibles de travailleurs appartenant à chaque catégorie d'immigration. De ce fait, pour les fins de l'analyse, on a choisi d'effectuer des regroupements, soit : indépendants et entrepreneurs d'une part, et, d'autre part, famille et réfugiés (sous le vocable : « autres »). Cette dernière catégorie étant très hétérogène, l'analyse devient sur ce plan moins nuancée et moins fine qu'on ne l'aurait souhaité.

Par ailleurs, le taux de non-réponse partielle pour les indicateurs retenus dans ce chapitre est inférieur à 10 % dans tous les cas, sauf en ce qui concerne la question portant sur le niveau de qualification professionnelle exigé par le travail actuel (QAA71), pour laquelle le taux de non-réponse partielle est de 11,9 %. D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classe d'âge, de sexe, du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, de la durée de séjour et de la satisfaction face à la vie, les non-répondants partiels à cette question sont caractérisés différemment des répondants. La non-réponse partielle à cette question est en fait associée significativement à la communauté, à la classe d'âge et à la satisfaction face à la vie. Plus particulièrement, on note que les non-répondants partiels à la QAA71 sont plus fréquemment âgés de 15 à 24 ans. En supposant que les non-répondants partiels auraient répondu de la même façon que les répondants de leur classe d'âge, il y aurait alors surestimation de la modalité « moins qualifié » et sous-estimation de la modalité « plus qualifié ».

16.2 Résultats

16.2.1 Quelques caractéristiques générales des travailleurs

Dans la population de 15 ans et plus visée par l'étude (tableau 16.1), la proportion de personnes qui occupent actuellement un emploi rémunéré, soit environ 54 %, est significativement moins élevée que celle qu'on observe pour l'ensemble du Québec (65 %, données standardisées). Si l'on considère le sexe, dans les communautés culturelles, environ 65 % des hommes, comparativement à 43 % seulement des femmes, occupent actuellement un emploi rémunéré; là encore, on observe une différence significative par rapport à l'ensemble du Québec, tant chez les hommes (65 % c. 71 % pour le Québec) que chez les femmes (43 % c. 59 %). Lorsqu'on considère l'âge, on remarque que 39 % environ des 15-24 ans occupent un emploi, comparativement à 50 % pour le Québec, et que cette proportion atteint 64 % chez les 25-44 ans (c. 79 % pour le Québec dans son ensemble). Par contre, chez les 45 ans et plus, la population à l'étude compte approximativement 46 % de travailleurs rémunérés, ce qui ne diffère pas de façon significative des données québécoises (49 %).

Tableau 16.1
Le fait d'occuper un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées)
	%	
Sexe		
Hommes	65,2	71,1
Femmes	43,3	59,2
Âge		
15-24 ans	39,0	50,3
25-44 ans	64,0	78,7
45 ans et plus	46,2	49,3
Total	54,1	65,0

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Parmi ces travailleurs, une faible majorité, soit environ 54 %, travaillent dans des entreprises qui comptent 21 employés et plus (tableau 16.2). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à travailler dans ce type d'entreprises (50 % c. 59 %). Approximativement 19 % des travailleurs appartenant aux communautés à l'étude sont syndiqués, comparativement à 33 % pour le Québec dans son ensemble.

Si l'on considère le statut de permanence, on constate que 81 % des travailleurs des communautés considérées occupent un emploi permanent, 10 % occupent un emploi temporaire de durée déterminée (avec date de fin d'emploi) et 9 %, un emploi temporaire de durée indéterminée. Sur ce plan, on n'observe aucune différence significative selon le sexe, l'âge ou en comparaison avec l'ensemble du Québec (données non présentées). Le tableau 16.3 regroupe les travailleurs dans des catégories professionnelles en fonction du type d'emploi qu'ils occupent, selon la région d'origine et le niveau de scolarité. On observe

un profil assez différent d'une communauté à l'autre. Chez les immigrants récents d'origine chinoise, par exemple, environ 31 % des travailleurs se retrouvent dans la catégorie des contremaîtres et ouvriers spécialisés et 29 % parmi les employés de bureau, de commerce et de service. Près de 38 % des travailleurs haïtiens sont dans la catégorie des contremaîtres et ouvriers spécialisés, mais on observe également une assez forte proportion (32 %) parmi les ouvriers non spécialisés et les manœuvres. Environ 30 % des immigrants récents en provenance du Maghreb et du Moyen-Orient sont dans la catégorie des employés de bureau, de commerce et de service, mais on note aussi des proportions non négligeables dans la catégorie des cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens (23 %) ainsi que dans celle des professionnels et cadres supérieurs (23 %). Enfin, les travailleurs en provenance des pays hispanophones se retrouvent dans une proportion de 35 % environ parmi les contremaîtres et ouvriers spécialisés et de 29 % approximativement dans la catégorie des ouvriers non spécialisés et des manœuvres.

Tableau 16.2

Taille de l'entreprise et proportion d'employés syndiqués selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	1 à 20 employés	21 employés et plus %	Proportion d'employés syndiqués
Communautés culturelles			
Sexe			
Hommes	49,8	50,2	17,1
Femmes	41,0	59,0	21,8
Âge			
15-24 ans	43,0	57,0	12,8**
25-44 ans	47,4	52,6	20,9
45 ans et plus	45,1	54,9	18,0*
Total - Communautés culturelles	46,3	53,7	19,0
Québec 1998 (données standardisées)			
Sexe			
Hommes	39,8	60,2	33,4
Femmes	43,7	56,3	32,3
Âge			
15-24 ans	50,9	49,1	19,8
25-44 ans	39,7	60,4	34,9
45 ans et plus	39,9	60,1	37,6
Total - Québec 1998 (données standardisées)	41,6	58,4	32,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, comme on pouvait s'y attendre, il semble y avoir une association assez forte entre la catégorie professionnelle et le niveau de scolarité, les plus scolarisés se retrouvant proportionnellement davantage parmi les professionnels et cadres supérieurs ainsi que dans la catégorie des cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens.

Le fait d'occuper un emploi et la catégorie professionnelle selon le statut d'immigration sont présentés au tableau 16.4. On constate que 58 % environ des indépendants et entrepreneurs occupent un emploi au moment de l'étude, comparativement à

48 % approximativement pour la catégorie « autres ». Par ailleurs, si l'on considère la catégorie professionnelle, les indépendants et entrepreneurs sont proportionnellement plus représentés que les autres parmi les professionnels et cadres supérieurs (18 % c. 7 %) et les cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens (23 % c. 10 %); on observe la tendance inverse chez les contremaîtres et ouvriers spécialisés, où ce sont les personnes de la catégorie « autres » qui sont proportionnellement plus nombreuses (38 % c. 19 %), tout comme chez les ouvriers non spécialisés et les manœuvres (24 % c. 13 %).

Tableau 16.3

Catégorie professionnelle selon la région d'origine et le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	Professionnels et cadres supérieurs	Cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens	Employés de bureau, de commerce et de service %	Contremaîtres et ouvriers spécialisés	Ouvriers non spécialisés et manœuvres
Région d'origine					
Chine	10,5 *	24,3	29,0	30,8	5,5 **
Haïti	3,0 **	6,7 **	20,7 *	37,8	31,7
Maghreb et Moyen-Orient	22,5 *	23,4 *	30,3	14,8 *	9,0 **
Pays hispanophones	5,2 **	12,3 *	18,5 *	35,1	28,9
Scolarité					
Aucune ou primaire		2,0 **	14,9 **	50,4 *	32,7 **
Secondaire	3,1 **	10,0 **	21,6 *	37,5	28,0 *
Postsecondaire, non universitaire	4,4 **	15,1 *	33,6	30,4	16,6 *
universitaire	29,8	30,0	25,0	8,0 **	7,3 **
Total – communautés culturelles	13,7	18,2	25,7	25,5	17,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 16.4

Le fait d'occuper un emploi et la catégorie professionnelle selon le statut d'immigration, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Indépendants et entrepreneurs %	Autres ¹
Occupation d'un emploi	58,0	48,0
Catégorie professionnelle (base : population de 15 ans et plus occupant un emploi)		
Professionnels et cadres supérieurs	17,6	6,6 **
Cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens	22,5	10,4 *
Employés de bureau, de commerce ou de service	28,4	20,7 *
Contremaîtres et ouvriers spécialisés	18,8	38,0
Ouvriers non spécialisés et manœuvres	12,7 *	24,3

1. Regroupe les catégories «famille» et « réfugiés ».

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Le tableau 16.5 traite du niveau de qualification exigé par le travail actuel, comparativement à celui de l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec. Dans l'ensemble, approximativement 28 % des immigrants visés par l'étude estiment que leur travail actuel exige un niveau de qualification plus élevé que celui de l'emploi qu'ils occupaient avant leur arrivée, et 28 % déclarent qu'il exige un niveau de qualification égal ou similaire. Enfin, 43 % environ des travailleurs concernés estiment avoir subi une certaine déqualification professionnelle. Cette dernière perception est proportionnellement plus fréquente chez les travailleurs plus âgés, passant de 18 % seulement chez les 15-24 ans à environ 43 % chez les 25-44 ans et 56 % chez les personnes âgées de 45 ans et plus. Si l'on considère la durée de séjour au pays, on constate que 49 % environ des travailleurs arrivés depuis moins de dix ans croient avoir subi une déqualification professionnelle, comparativement à 32 % seulement chez ceux qui sont ici depuis dix ans et plus. Fait intéressant, à peu près 70 % des travailleurs qui occupent actuellement un emploi exigeant un niveau de qualification plus élevé se disent « plutôt

d'accord » ou « très d'accord » avec la phrase suivante : « Je suis satisfait de ma vie. » Chez les personnes qui disent avoir subi une déqualification, cette proportion passe à 50 %, et la différence est significative (données non présentées).

Environ 47 % des travailleurs (tableau 16.6), soit de 39 % à 57 % selon les communautés, mentionnent travailler au moins de temps en temps sur des horaires alternants, irréguliers ou variables, et à peu près le quart d'entre eux (25 %) disent travailler au moins de temps en temps sur des horaires fixes de nuit. Enfin, 18 % se disent rémunérés au moins occasionnellement au rendement, à la commission ou à l'aide d'une prime (« bonus »). Par rapport à l'ensemble du Québec, on n'observe une différence significative qu'en ce qui concerne les horaires alternants, irréguliers ou variables, puisque 64 % des Québécois, comparativement à environ 47 % seulement de la population visée par l'étude, ont de tels horaires au moins de temps en temps.

Tableau 16.5

Niveau de qualification exigé par le travail actuel comparativement à celui de l'emploi occupé avant l'immigration au Québec selon le sexe, l'âge et la durée de séjour au pays, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	Plus qualifié	Également qualifié %	Moins qualifié
Sexe			
Hommes	28,4	25,1	46,4
Femmes	28,1	33,5	38,5
Âge			
15-24 ans	49,7	32,3*	18,0**
25-44 ans	28,6	28,2	43,2
45 ans et plus	17,3*	27,3*	55,5
Durée de séjour			
Moins de 10 ans	26,1	24,9	49,0
10 ans et plus	32,5	35,5	32,0
Total	28,3	28,4	43,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 16.6

Diverses modalités d'organisation du travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Horaire alternant, irrégulier ou variable ¹	Horaire fixe de nuit ¹	Rémunération au rendement, à la commission ou à l'aide d'une prime (« bonus ») ¹
	%		
Région d'origine			
Chine	56,8	26,0	29,0
Haïti	38,6	25,4 *	10,6 **
Maghreb et Moyen-Orient	49,9	23,5 *	19,1 *
Pays hispanophones	39,0	27,8	12,7 *
Total – Communautés culturelles	46,8	25,2	18,0
Québec 1998 (données standardisées)	63,9	22,6	14,5

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

1. Au moins de temps en temps.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On a également exploré (tableau 16.7) un certain nombre de risques ou contraintes physiques liés au travail. Dans l'ensemble de la population visée, environ 28 % des travailleurs disent effectuer au moins de temps en temps un travail répétitif, avec contrainte de temps, et une proportion à peu près équivalente (27 %) manipule, au moins de temps en temps, des charges lourdes. Enfin, approximativement 27 % disent qu'ils doivent, au moins de

temps en temps, fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement. L'ensemble des Québécois se distingue de la population visée sur le plan de la manipulation de charges lourdes au moins de temps en temps (40 % des Québécois c. à 27 % des immigrants récents) et en ce qui concerne le fait de fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (34 % des Québécois c. 27 % des immigrants récents).

Tableau 16.7

Risques ou contraintes physiques liés au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Travail répétitif avec contrainte de temps ¹	Manipulation de charges lourdes ¹	Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement ¹
	%		
Région d'origine			
Chine	32,5	34,0	32,2
Haïti	36,9	29,7 *	28,1 *
Maghreb et Moyen-Orient	24,2 *	20,2 *	23,0 *
Pays hispanophones	30,3	35,3	29,9
Total - communautés culturelles	28,4	27,1	26,7
Québec 1998 (données standardisées)	32,5	40,2	34,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

1. Au moins de temps en temps.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

16.2.2 Environnement psychologique du travail

Le tableau 16.8 traite de l'autonomie décisionnelle au travail selon la région d'origine et le statut d'immigration, ainsi que pour le Québec dans son ensemble. Dans la population visée, 32 % environ disposent d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail, comparativement à 44 % pour l'ensemble du Québec; cette différence est significative. Par ailleurs, la proportion de personnes ayant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle varie d'environ 15 % à 43 % dans les quatre groupes visés par l'étude. L'autonomie décisionnelle varie également en fonction du statut d'immigration, puisqu'on observe un niveau élevé d'autonomie au travail chez à peu près 37 % des immigrants indépendants et entrepreneurs, comparativement à 20 % seulement chez les autres types d'immigrants. Fait intéressant, 54 % environ de ceux qui estiment que leur emploi actuel exige plus de qualifications que l'emploi qu'ils occupaient avant d'immigrer au Québec disposent d'une autonomie décisionnelle élevée, comparativement à 20 % seulement de ceux qui disent occuper actuellement

un emploi moins qualifié qu'avant leur arrivée (données non présentées).

On a également tenté de vérifier s'il existe une association entre l'autonomie décisionnelle au travail et l'état de santé physique ou mentale. Les variables retenues, bien que très générales, sont habituellement considérées comme de bons indicateurs de l'état de santé physique (perception de la santé) ou du bien-être psychologique (satisfaction face à la vie). Comme on le voit au tableau 16.9, à peu près 65 % des travailleurs qui présentent un niveau d'autonomie décisionnelle élevé perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne, comparativement à 46 % seulement de ceux qui disposent d'un faible niveau d'autonomie décisionnelle dans leurs fonctions. De plus, à peu près les trois quarts (76 %) des personnes qui présentent un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail sont satisfaites de leur vie, alors que chez les personnes qui disposent d'une faible autonomie, cette proportion n'est approximativement que de 57 %.

Tableau 16.8

Autonomie décisionnelle au travail élevée selon la région d'origine et le statut d'immigration, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Autonomie décisionnelle au travail élevée %
Région d'origine	
Chine	21,2*
Haïti	14,9**
Maghreb et Moyen-Orient	42,7
Pays hispanophones	24,8
Statut d'immigration	
Indépendant et entrepreneur	37,4
Autres ¹	20,0*
Total - Communautés culturelles	31,6
Québec 1998 (données standardisées)	43,8

1. Regroupe les catégories « familles » et « réfugiés ».

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 16.9

Perception de l'état de santé et satisfaction face à la vie selon le niveau d'autonomie décisionnelle au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	Élevée %	Faible
Perception de l'état de santé		
Excellente / très bonne	65,4	45,5
Bonne, moyenne ou mauvaise	34,6	54,5
Satisfaction face à la vie		
Satisfait	76,1	56,7
Ni satisfait, ni insatisfait	16,5*	22,4
Insatisfait	7,5**	20,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Le tableau 16.10 fait état de la demande psychologique élevée au travail, tant dans les groupes visés par l'étude que dans la population québécoise dans son ensemble (données standardisées).

Tableau 16.10

Demande psychologique élevée au travail selon la région d'origine, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	%
Chine	31,0
Haïti	31,0*
Maghreb et Moyen-Orient	40,1
Pays hispanophones	39,7
Total – Communautés culturelles	37,6
Québec 1998 (données standardisées)	47,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Alors que 47 % environ des travailleurs québécois œuvrent dans un milieu où la demande psychologique est élevée, chez les travailleurs qui sont immigrants récents, cette proportion se situe autour de 38 % seulement. D'une communauté à l'autre, la proportion des personnes pour qui la demande psychologique au travail est élevée varie assez peu, soit d'environ 31 % à 40 %.

Le tableau 16.11 traite des contraintes psychosociales du travail, c'est-à-dire de la combinaison des deux facteurs mentionnés plus haut, soit le niveau d'autonomie décisionnelle (AD) et la demande psychologique (DP), selon la région d'origine, le statut d'immigration, et comparativement à l'ensemble du Québec (données standardisées). Sur ce plan, les immigrants récents visés par l'étude sont proportionnellement plus représentés que l'ensemble des Québécois dans la catégorie « demande psychologique faible, autonomie décisionnelle faible » (DP-AD-), soit approximativement 45 % contre 33 %. Par ailleurs, ils sont proportionnellement moins nombreux que les Québécois à se retrouver dans la catégorie « demande psychologique élevée, autonomie décisionnelle élevée » (DP+AD+), soit environ 14 % contre 24 % pour l'ensemble des travailleurs québécois.

Si l'on considère le statut d'immigration, les « indépendants et entrepreneurs » se retrouvent proportionnellement davantage dans la catégorie « demande psychologique faible, autonomie décisionnelle élevée » (DP-AD+) que les autres types d'immigrants (21 % c. 9 %).

Par ailleurs, comme on le voit au tableau 16.12, les travailleurs pour qui la demande psychologique est faible et l'autonomie décisionnelle élevée (DP-AD+) se croient, à environ 76 %, en « excellente » ou « très bonne » santé, comparativement à 47 % seulement chez ceux pour qui la demande psychologique est faible mais qui disposent de peu d'autonomie (DP-AD-), et 44 % chez les travailleurs qui ont à la fois une faible autonomie et une demande psychologique élevée ((DP+AD-).

Si l'on considère la satisfaction face à la vie, on constate encore une fois que les personnes pour qui la demande psychologique est faible et l'autonomie élevée se disent satisfaites dans une proportion de 84 % environ, comparativement à 61 % pour celles qui ont une faible demande et une faible autonomie, et 48 % pour celles qui occupent un emploi où la demande psychologique est élevée et l'autonomie

décisionnelle faible. Par ailleurs, 31 % de ces dernières se disent insatisfaites face à la vie, alors que cette proportion n'est que de 4 % environ chez les personnes pour qui, au contraire, la demande psychologique au travail est faible et l'autonomie, élevée.

Tableau 16.11

Contraintes psychosociales du travail selon la région d'origine et le statut d'immigration, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	DP- AD+	DP- AD-	DP+ AD+	DP+ AD-
	%			
Région d'origine				
Chine	11,6**	57,1	8,8**	22,5*
Haïti	10,3**	60,9	5,2**	23,6*
Maghreb et Moyen-Orient	21,4*	38,2	20,6*	19,8*
Pays hispanophones	15,5*	44,5	9,1**	30,9
Statut d'immigration				
Indépendant et entrepreneur	21,1	43,5	15,7*	19,8
Autres ¹	9,1**	48,6	11,1**	31,2
Total – Communautés culturelles	17,2	45,2	14,2	23,5
Québec 1998 (données standardisées)	19,7	33,1	24,2	22,9

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

1. Regroupe les Catégories « familles » et « réfugiés ».

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 16.12

Perception de l'état de santé et satisfaction face à la vie selon les contraintes psychosociales du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	DP - AD +	DP - AD -	DP + AD +	DP + AD -
	%			
Perception de l'état de santé				
Excellente / très bonne	75,7	46,7	51,2*	44,4
Bonne, moyenne ou mauvaise	24,3*	53,3	48,8*	55,6
Satisfaction face à la vie				
Satisfait	84,3	61,2	64,3	48,4
Ni satisfait ni insatisfait	12,0**	23,4*	22,8**	20,5*
Insatisfait	3,7**	15,4*	12,9**	31,1*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

On observe dans la population visée une proportion moins élevée de travailleurs rémunérés que ce que l'on note pour l'ensemble du Québec (données standardisées), et ce, particulièrement chez les femmes et chez les moins de 45 ans. Par contre, chez les personnes de 45 ans et plus, la proportion de travailleurs rémunérés observée dans la population à l'étude ne diffère pas significativement de celle notée pour l'ensemble du Québec.

Une autre différence par rapport à l'ensemble du Québec tient à la proportion de travailleurs syndiqués, qui est moins élevée chez les immigrants récents (environ 19% c. 33 %).

Comme on pouvait s'y attendre, les immigrants appartenant à la catégorie des indépendants et entrepreneurs sont proportionnellement plus nombreux que les autres types d'immigrants à occuper un emploi au moment de l'étude, et ils sont aussi proportionnellement plus représentés que les autres types d'immigrants parmi les professionnels et cadres supérieurs ainsi que parmi les cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens, ce qui est sans doute lié en grande partie au processus de sélection de ces immigrants.

Chez à peu près 43 % des travailleurs visés par l'étude, on estime avoir subi une certaine déqualification professionnelle par rapport à l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec. Cette perception est plus fréquente chez les travailleurs plus âgés, d'une part, et d'autre part chez les immigrants plus récents. Les personnes qui ont vécu une déqualification professionnelle postmigratoire sont proportionnellement moins nombreuses que celles qui ont un niveau de qualification égal ou plus élevé à se dire satisfaites de leur vie, question que l'on peut considérer comme un indicateur très général de bien-être psychologique. Sur ce plan, les données de la présente étude rejoignent celles de Aycan et Berry (1996). Ces derniers, dans une étude qui a rejoint

110 immigrants turcs à Montréal, mentionnaient que les expériences liées à l'emploi jouaient un rôle significatif comme facteur de prédiction du bien-être psychologique et de l'adaptation, et que les individus qui avaient subi une déqualification professionnelle étaient moins satisfaits de leur vie au Canada.

Dans la population visée de 15 ans et plus occupant actuellement un emploi, environ le tiers dispose d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail. On observe un niveau élevé d'autonomie décisionnelle chez une plus forte proportion des immigrants indépendants et entrepreneurs, comparativement aux autres types d'immigrants. Les travailleurs qui présentent un niveau élevé d'autonomie décisionnelle sont proportionnellement plus nombreux à se percevoir en excellente ou très bonne santé, que ceux qui disposent d'une faible autonomie au travail. En outre, une plus forte proportion d'entre eux se disent satisfaits de leur vie. Bien que ces indicateurs soient très généraux, ils laissent tout de même supposer que les personnes qui disposent d'une autonomie décisionnelle élevée au travail sont en meilleure santé, physique et mentale.

Lorsqu'on considère à la fois l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, ce qu'on a regroupé sous le terme « contraintes psychosociales du travail », on constate que les travailleurs pour qui la demande psychologique est faible et l'autonomie décisionnelle élevée ont, en proportion, une meilleure perception de leur état de santé et une plus grande satisfaction face à la vie, que les travailleurs pour qui la demande psychologique est faible mais qui disposent de peu d'autonomie, et ceux qui occupent un emploi où une demande psychologique élevée se conjugue à un faible niveau d'autonomie décisionnelle. Il semble donc que les contraintes psychosociales du travail soient effectivement associées à l'état de santé.

Éléments de réflexion pour la planification

On a pu constater que l'immigration est très diversifiée en ce qui a trait au travail. Pourtant, dans certains milieux d'intervention, on a parfois réduit l'emploi du terme « immigrant » pour ne désigner que la partie de l'immigration qui est en demande de services et de soutien social, partie qui est souvent la plus pauvre et la plus démunie. On oublie alors la portion plus aisée et largement invisible parce que ne demandant pas de services ou programmes différents de ceux offerts à l'ensemble de la population. L'immigration représente tout cela et non seulement une classe défavorisée.

On a aussi montré que les immigrants visés par l'étude ne sont pas, comme groupe, à l'image des travailleurs québécois : il y a du chemin à parcourir pour que ceux-là rattrapent ceux-ci en matière de qualité de l'emploi. Que la situation en emploi soit plus difficile en tout début d'établissement, nul n'en doute. Elle évolue cependant au fil du temps et tend usuellement vers une meilleure situation. La comparaison entre travailleurs immigrés et Québécois d'origine va donc dépendre de la distribution de la population immigrante sur le plan de la durée de séjour. S'il y avait survivance à long terme des écarts, ceux-ci devraient être interprétés en d'autres termes que migratoires; au delà des facteurs normaux de différenciation sur le marché du travail, ils pourraient être liés à une forme ou une autre de discrimination ayant cours plus largement dans la société d'accueil.

Peut-on, dans ces conditions, penser à des programmes ou services spécifiques aux immigrants? Oui s'ils s'adressent aux nouveaux arrivants, non autrement : comme le démontrent certaines recherches longitudinales, la condition immigrante est une situation transitoire (Renaud et autres, 2001).

Dans un autre ordre d'idées, on peut également s'intéresser aux associations possibles entre les conditions de travail et l'état de santé. Lors de la phase qualitative de l'étude, dans chacun des sous-groupes et particulièrement chez les hommes

immigrants récents, on a souligné que la capacité de travailler, la réussite professionnelle et la prospérité financière sont non seulement liées à une bonne santé, mais qu'elles en sont des composantes essentielles (Clarkson et Dahan, 1997; Clarkson et Eustache, 1997; Clarkson et Tran, 1997; Quintal, 1996). On a pu observer une association entre l'autonomie décisionnelle et les contraintes psychosociales du travail, d'une part, et la perception de la santé et la satisfaction face à la vie, d'autre part. En cela, les immigrants récents ne diffèrent pas des autres Québécois. Toutefois, une autre association est plus spécifique aux immigrants récents; il s'agit du lien entre la déqualification professionnelle et l'insatisfaction face à la vie, signe indicateur d'un certain malaise psychologique. Lors de la phase qualitative de l'étude, les personnes issues du Maghreb et du Moyen-Orient, en particulier, ont souligné le fait que « la déqualification professionnelle [...] peut avoir un impact majeur sur l'état de santé, entraîner un stress dans les relations familiales et occasionner divers types de problèmes socioaffectifs » (Clarkson et Dahan, 1997, p. 28). Cette déqualification professionnelle touche souvent des personnes très scolarisées, mais dont la formation n'est pas reconnue comme valide dans le contexte québécois, ou est reconnue en partie seulement. On devrait mieux préparer les futurs immigrants à cette possibilité, et leur fournir un soutien spécifique lorsqu'on exige d'eux une formation supplémentaire pour qu'ils puissent exercer leur profession initiale dans la société d'accueil. Par ailleurs, il faudrait également sensibiliser tant les corporations professionnelles que les syndicats et les employeurs à ce phénomène, afin que l'on révise certaines pratiques d'embauche qui peuvent être perçues comme discriminatoires.

Bibliographie

ARCAND, R., F. LABRÈCHE, S. STOCK, K. MESSING et F. TISSOT (2000). « Travail et santé » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 26, p. 525-570.

AYCAN, Z., et BERRY, J. W. (1996). *Impact of Employment Related Experiences on Immigrants' Psychological Well-Being and Adaptation to Canada*, http://www.cpa.ca/cjbsnew/1996/ful_aycan.html, 16 p.

BOURBONNAIS, R., B. LAROCQUE, C. BRISSON, M. VÉZINA et D. LALIBERTÉ (2000). « Environnement psychosocial du travail » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 27, p. 571-583.

KARASEK, R. (1979). « Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, p. 285-306.

KARASEK, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Department of Industrial and System Engineering, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). « Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life », New York, *Basic Books*, 381 p.

LANDSBERGIS, P. A., S. J. SCHURMAN, B. A. ISRAEL, P. L. SCHNALL, M. K. HUGENTOBLER, J. CAHILL et D. BAKER (1993). *Job Stress and Heart Disease: Evidence and Strategies for Prevention*. <http://www.workhealth.org/prevention/prjscvd.html>

LAROCQUE, B., C. BRISSON et C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 96, p. 371-381.

MINISTÈRE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (MCCI) (1989). *Consultation sur les niveaux d'immigration. Le cadre administratif et les aspects légaux et réglementaires de l'immigration au Québec*, Québec, Direction des communications, 19 p.

RENAUD, J., A. CARPENTIER, C. MONTGOMERY et G. OUIMET (1992). *La première année d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989 : portraits d'un processus*, Québec, Ministère des communautés culturelles et de l'immigration, Direction des études et de la recherche, 77 p.

RENAUD, J., S. DESROSIERS, et A. CARPENTIER (1993). « Trois années d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989 », *Portraits d'un processus*, Ministère des communautés culturelles et de l'immigration, Collection Études et recherches, n° 5, 120 p.

RENAUD, J., et L. GINGRAS (1998). « *Les trois premières années au Québec des requérants du statut de réfugié régularisé* », Québec, Ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration, 135 p. (Collection « Études, recherches et statistiques »; no 2)

RENAUD, J., L. GINGRAS, S. VACHON, C. BLASER, J.-F. GODIN et B. GAGNÉ (2001). « *Ils sont maintenant d'ici ! : les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989* », Sainte-Foy, Québec, Les Publications du Québec, 197 p. (Collection « Études, recherches et statistiques »; n° 4)

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et R. EUSTACHE (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 40 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

SANTÉ QUÉBEC; QUINTAL, L.(1996). *Opinions et perceptions de la communauté latino-américaine de Montréal à l'égard de la santé : document de travail*, Montréal, Le groupe Léger et Léger inc., 30 p.

Chapitre 17

Spiritualité, religion et santé chez des immigrants récents : une approche exploratoire

Hébert Lacombe

Université du Québec à Trois-Rivières et
Centre de recherche Fernand-Seguin

Lucille Pica

Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec

May Clarkson

Direction de l'Évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Le présent chapitre poursuit la démarche entreprise dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998), dans laquelle ont été explorées les relations entre spiritualité, religion et santé — physique et mentale — des Québécois (Clarkson, Pica et Lacombe, 2000). Ces analyses constituaient une première québécoise en ce qui concerne l'exploration, à partir des données d'une enquête auprès de la population en général, des liens entre spiritualité, religion et santé. Dans cette enquête, la religion était définie, de façon opératoire, comme l'adhésion aux croyances et/ou aux pratiques d'une église ou d'une institution religieuse, et la spiritualité comme une recherche de sens et d'appartenance, en relation avec des valeurs fondamentales ou en relation avec un être ou un univers transcendant (Fallot, 1998). On reprend ici les mêmes définitions, qui ont l'avantage de permettre de différencier les deux concepts. Toutefois, alors que la population du Québec en général visée par l'ESS 1998 se déclarait majoritairement d'appartenance religieuse catholique romaine, le présent chapitre permet de rejoindre une population beaucoup plus diversifiée, tant sur le plan de la culture, y inclus les normes, valeurs et idéologies, que sur le plan des croyances ou de l'appartenance religieuse.

Dans diverses cultures, la spiritualité ou la religion jouent un rôle central dans la vie de plusieurs personnes et constituent une dimension importante de l'expérience personnelle (Larson et autres, 1986). Elles peuvent fournir du soutien dans divers aspects de la vie quotidienne, surtout dans les situations difficiles (Tripp-Reimer et Rios, 1995). Dans certains cas, la religion peut servir d'amortisseur de stress psychologique en permettant aux individus de s'adapter ou de faire face aux événements de la vie (Courtenay et autres, 1992; Idler et Kasl, 1992; Koenig et autres, 1992; Williams, 1994). Dans ce sens, elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des individus. Depuis quelques décennies, diverses études épidémiologiques américaines se sont intéressées à cette problématique (Fehring et autres, 1987; Ellison et Levin, 1998). En ce qui concerne plus spécifiquement les immigrants, comme le mentionnent Stolley et Koenig (1997), la religion et l'église (ou le lieu de culte) peuvent constituer, pour le nouvel immigrant, un premier point de contact social.

On trouve toutefois relativement peu de documentation sur la spiritualité, la religion et la santé de différentes communautés culturelles. À ce sujet, une étude critique de Freedman et son équipe (2002) conclut que les résultats de recherches conduites par

Larson et autres (1998) ne peuvent être étendus à d'autres contextes culturels et religieux. La présente étude devrait donc apporter un regard neuf sur les liens entre spiritualité, religion et santé, puisqu'elle s'intéresse à plusieurs cultures et à une variété de croyances et de religions.

À titre d'exemple, la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient compte une forte proportion de musulmans, dont la vie est basée sur les concepts de l'islam, maintenant la seconde religion du monde avec 1,2 milliard d'adeptes (Rashidi et Rajaram, 2001; Schenker, 2000). L'islam signifie paix, soumission totale et obéissance à Dieu (Allah) (Ali, 1992; Sarwar, 1984; Schenker, 2000). L'islam est non seulement une foi, mais aussi une civilisation, une loi, un style de vie, une culture; il ne sépare pas le temporel du spirituel et touche tous les aspects de la vie personnelle et sociale (MAIICC, 1995). À ce titre, il exerce une grande influence sur les activités quotidiennes, incluant les soins de santé (Schenker, 2000). Au Québec, on comptait 44 930 musulmans en 1991, soit environ 35 % de chiites et 65 % de sunnites (Statistique Canada, 1991)¹. On dénombrait au Québec, en 1991, une trentaine de mosquées, dont une vingtaine à Montréal (MAIICC, 1995). Par ailleurs, on observe également dans la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient qu'il y a une forte proportion de chrétiens, surtout des catholiques.

Dans la culture chinoise, spiritualité et philosophie sont souvent interreliées (Finn et Lee, 1996), et on note une forte influence du confucianisme et du taoïsme (Molassiotis et autres, 2000). Au-delà de ces croyances plus philosophiques que religieuses, les grandes religions chinoises sont le bouddhisme, l'islam et le christianisme. Dans cette communauté, la religion serait plus souvent un appui qu'une source (Sommet, 1981).

Quant aux Haïtiens, leurs croyances et pratiques spirituelles sont influencées par les croyances et les

rites des religions afro-caraïbéennes telles que le vaudou ainsi que par le catholicisme et le protestantisme (Laguerre, 1987; McCarthy, 1991; Metraux, 1959). La croyance primordiale des Haïtiens est basée sur la possibilité pour un individu d'interpeller une puissance supérieure dans le but de trouver solution à ses problèmes (Martin et autres, 1995). Cette croyance leur donnerait la force nécessaire pour faire face aux vicissitudes de la vie (Knox, 1985, 1986). Des études réalisées par Bono (1995) révèlent que les croyances religieuses et culturelles des Haïtiens peuvent grandement influencer la décision d'accepter des soins de santé.

En ce qui concerne les Latino-Américains, des recherches américaines montrent que parmi ceux qui vivent aux États-Unis, la majorité sont chrétiens, soit 85 % à 89 % de catholiques et 9 % à 13 % de protestants (Andrews, 1989; Gallego, 1988; Maldonado, 1995; Markides et Martin, 1983). La plupart d'entre eux fréquentent un lieu de culte chaque semaine (Maldonado, 1994, 1995). Par ailleurs, une étude menée par Levin et Markides (1988) montre que chez les aînés mexicains vivant aux États-Unis, la pratique de la religion est associée à la satisfaction de la vie chez les femmes, mais pas chez les hommes. Enfin, les aînés d'origine cubaine, mexicaine et portoricaine qui ont des contacts fréquents avec la famille et les amis et qui participent aux activités religieuses gèreraient mieux leurs problèmes que ceux qui vivent dans la solitude (Angel et Angel, 1992).

Le présent chapitre vise dans un premier temps à décrire brièvement l'appartenance actuelle à une religion (s'il y a lieu), la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, dans chacun des groupes d'immigrants récents visés par l'étude. Dans un deuxième temps, sans tenir compte de l'appartenance religieuse, on vérifie s'il existe une association entre la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, d'une part, et, d'autre part, certains indicateurs de l'état de santé physique ou psychologique et certaines habitudes de vie.

1. Sur ce plan, on ne dispose pas pour l'instant de données plus récentes. Le recensement canadien de 1996 ne traitait pas de l'appartenance religieuse; quant aux données du recensement de 2001 concernant la religion, elles ne seront disponibles qu'en mai 2003.

17.1 Aspects méthodologiques

17.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées dans le présent chapitre pour explorer les concepts de spiritualité et de religion sont semblables à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et se trouvent, comme alors, dans le questionnaire autoadministré (QAA); ces questions s'adressent donc aux personnes de 15 ans et plus. On trouve dans la section X (Votre vie en général) deux questions concernant la spiritualité. Une première question (QAA154) vise à évaluer l'importance accordée à la vie spirituelle, et s'énonce de la façon suivante : « Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle... Très importante? Assez importante? Peu importante? Pas importante du tout? » Pour les fins de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en deux catégories, soit très ou assez importante et peu ou pas importante. Une deuxième question (QAA155) tente d'évaluer la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé, et est ainsi formulée : « Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé physique ou mentale? Oui, beaucoup; oui, un peu; non, pas du tout; ne sais pas. »

Les questions concernant la religion et la pratique religieuse se trouvent dans la section XIV (Renseignements démographiques) du QAA. On demande : « Quelle a été la principale religion (ou le principal système de croyances) de votre enfance? » (QAA227); « Quelle est votre religion actuelle (ou votre système de croyances actuel)? » (QAA228). La référence à un « système de croyances » constitue un ajout par rapport aux questions de l'ESS de 1998; on voulait ainsi inclure, par exemple, le confucianisme et le taoïsme, qui ne sont pas à proprement parler des religions. Par ailleurs, comme on le verra plus loin, on a également dichotomisé cette variable afin de distinguer les gens qui déclarent une appartenance religieuse de ceux qui n'en déclarent aucune.

Une autre question (QAA229) porte sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte.

L'énoncé est le suivant : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté un lieu de culte...1) Plus d'une fois par semaine? 2) Une fois par semaine? 3) Plus d'une fois par mois? 4) Plus d'une fois par an? 5) Ne fréquente jamais. » Comme dans l'ESS 1998, ces réponses ont été regroupées en trois catégories mutuellement exclusives, soit plus d'une fois par mois (réponses 1, 2 et 3), une fois par mois ou moins (réponse 4) et jamais (réponse 5).

Tout comme lors de l'ESS 1998, la question portant sur la religion de l'enfance n'est pas traitée dans le présent chapitre, parce que les résultats se sont avérés relativement semblables à ceux de la question portant sur l'appartenance actuelle à une religion ou un système de croyances. En outre, cette dernière question a été jugée plus intéressante dans le cadre d'une étude transversale, puisqu'elle décrit la situation au moment même du déroulement de l'étude.

17.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Les questions utilisées sont identiques à celles employées dans l'ESS 1998, et on a procédé aux mêmes regroupements de catégories. Toutefois, la question sur l'appartenance religieuse actuelle de l'ESS 1998 (QAA229) a été légèrement élargie pour les fins de la présente étude (QAA228), afin de tenir compte de systèmes de croyances qui semblent moins s'apparenter à une religion organisée. Afin de permettre la comparaison, les données de l'ESS 1998 ont été standardisées selon l'âge et le sexe; de ce fait, les résultats présentés ici diffèrent de ceux qui ont été présentés dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

17.1.3 Portée et limites des données

Les immigrants récents visés par cette étude appartiennent à des cultures très diverses, comme en témoigne en partie l'éventail de leurs croyances et de leurs religions. Toutefois, dans le présent chapitre, on vise à vérifier *sans tenir compte de l'appartenance religieuse* s'il existe des associations entre l'apparte-

nance ou non à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, d'une part, et, d'autre part, certains indicateurs de l'état de santé et certaines habitudes de vie. En d'autres termes, on veut voir s'il y a une association entre ces variables et l'état de santé indépendamment des valeurs, normes ou habitudes de vie qui pourraient être associées à l'une ou l'autre religion. Ce faisant, on évite toute comparaison entre les religions, mais il est évident que l'analyse peut y perdre en nuances.

Par ailleurs, le pourcentage de non-réponse partielle à chacune des variables d'analyse est inférieur à 10 %.

17.2 Résultats

17.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 17.1 présente l'appartenance religieuse actuelle selon la région d'origine. Comme on pouvait s'y attendre, les quatre groupes d'immigrants récents

visés par l'étude présentent sur ce plan des profils variés. Par exemple, une forte proportion (environ 57 %) des personnes originaires de la Chine disent n'appartenir actuellement à aucune religion et 23 % d'entre elles sont bouddhistes; quant aux Haïtiens, ils sont majoritairement chrétiens, soit catholiques (approximativement 50 %) ou protestants (40 %) de diverses dénominations. Chez les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, environ 46 % appartiennent à l'islam, 33 % sont catholiques et environ 14 % sont orthodoxes; quant aux hispanophones, près des deux tiers d'entre eux (66 %) sont catholiques, environ 16 % sont protestants et 13 % disent n'appartenir actuellement à aucune religion. À titre de comparaison, on trouve dans la population de l'ensemble du Québec une majorité (environ 77 %) de catholiques, 16 % qui disent n'appartenir à aucune religion et quelque 8 % regroupant l'ensemble des autres religions d'appartenance (données standardisées, non présentées).

Tableau 17.1

Religion actuelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Aucune	Catholique	Protestante	Islamique	Bouddhiste	Orthodoxe	Autres
	%						
Chine	56,5	5,7*	8,2*	-	23,3	0,6**	5,6*
Haiti	5,4**	49,8	40,0	-	-	-	4,9**
Maghreb et Moyen-Orient	2,1**	33,4	0,8**	46,1	-	13,9*	3,6**
Pays hispanophones	13,0	65,5	15,5	-	-	-	6,0*
Total	12,8	39,6	11,2	21,8	3,3*	6,7	4,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

En ce qui concerne la fréquentation d'un lieu de culte (tableau 17.2), environ 49 % des immigrants récents visés par l'étude, comparativement à 21 % seulement de l'ensemble des Québécois, fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois. Cette fréquentation régulière d'un lieu de culte est surtout le fait des personnes originaires d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que des pays hispanophones. Par contre, chez les immigrants récents d'origine chinoise, environ 56 % disent qu'ils ne fréquentent jamais un lieu de culte, alors que cette proportion est de

quelque 29 % dans l'ensemble des communautés culturelles visées et de 34 % dans la population du Québec en général. La fréquentation d'un lieu de culte varie aussi selon la religion professée (tableau 17.3); elle est particulièrement élevée chez les chrétiens protestants, parmi lesquels environ 84 % disent fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois. Parmi les personnes qui n'appartiennent à aucune religion, 79 % environ ne fréquentent jamais un lieu de culte.

Tableau 17.2

Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%		
Chine	20,9	22,9	56,2
Haïti	66,7	18,4	14,9 *
Maghreb et Moyen-Orient	49,3	21,8	28,9
Pays hispanophones	54,0	24,3	21,6
Total – Communautés culturelles	49,0	22,1	28,9
Québec 1998 (données standardisées)	20,5	45,9	33,6

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 17.3

Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la religion actuelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%		
Aucune	2,8 **	18,6 *	78,6
Catholique	63,6	26,5	9,8 *
Protestante	83,6	11,3 **	5,0 **
Islamique	24,2 *	19,3 *	56,5
Bouddhiste	22,2 **	40,7 **	37,1 **
Orthodoxe	71,4	25,5 **	3,1 **
Autres	69,1	10,9 **	20,0 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Sur le plan de l'importance accordée à la vie spirituelle (tableau 17.4), les immigrants récents visés par l'étude sont proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des Québécois (approximativement 75 % contre 62 %) à dire qu'ils considèrent la vie spirituelle comme « très » ou « assez » importante. Chez les personnes d'origine chinoise, environ une personne sur deux (49 %) est de cet avis, alors que la même opinion est partagée par environ quatre personnes sur cinq dans chacune des trois autres communautés.

En ce qui concerne la croyance en un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale (tableau 17.5), environ 47 % des immigrants récents visés par l'étude pensent que leur vie spirituelle a un effet positif sur leur santé dans une large mesure (beaucoup), comparativement à 33 % pour l'ensemble du Québec. Chez les personnes d'origine chinoise, cette opinion semble moins répandue, puisque environ 20 % d'entre elles seulement sont de cet avis.

Tableau 17.4

Importance accordée à la vie spirituelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Très ou assez importante	Peu ou pas importante
	%	
Chine	48,6	51,4
Haïti	83,9	16,1
Maghreb et Moyen-Orient	77,4	22,6
Pays hispanophones	80,9	19,1
Total – Communautés culturelles	75,3	24,7
Québec 1998 (données standardisées)	61,7	38,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 17.5

Croyance en un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
	%			
Chine	20,3	40,2	21,1	18,3
Haïti	51,2	24,9	15,6	8,4 *
Maghreb et Moyen-Orient	48,6	30,8	13,7 *	6,9 *
Pays hispanophones	55,0	23,5	13,3	8,3 *
Total – Communautés culturelles	46,6	29,5	14,9	9,1
Québec 1998 (données standardisées)	33,3	33,7	22,6	10,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si l'on considère l'importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe (tableau 17.6), on constate que les femmes appartenant aux communautés culturelles visées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante (81 % c. 69 %), ce qui est vrai aussi dans l'ensemble du Québec (69 % c. 54 %). Par ailleurs, chez les immigrants récents étudiés, tant les hommes que les femmes sont proportionnellement plus nombreux que les Québécois et Québécoises en général à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante.

Lorsqu'on considère l'âge, aucune différence significative sur ce plan n'a été constatée dans les communautés culturelles, alors que dans l'ensemble du Québec, on remarque que l'importance accordée à la vie spirituelle augmente avec l'âge, passant d'environ 44 % chez les 15-24 ans à 75 % chez les personnes de 45 ans et plus.

En ce qui a trait à la fréquentation d'un lieu de culte (tableau 17.7), selon le sexe, on observe chez les hommes des communautés visées une propension plus importante que chez les femmes à déclarer n'avoir jamais fréquenté un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois (33 % c. 25 %).

Lorsqu'on considère l'âge, on remarque que les individus de 45 ans et plus des communautés visées par l'étude sont significativement plus nombreux, en proportion, que ceux âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois (57 % c. respectivement 48 % et 45 %). Quant au Québec dans son ensemble, on constate que la fréquentation d'un lieu de culte plus d'une fois par mois augmente avec l'âge, passant d'environ 10 % chez les 15-24 ans à 39 % chez les 45 ans et plus.

Tableau 17.6

Importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Très ou assez importante	Peu ou pas importante
	%	
	Sexe	
Communautés culturelles		
Hommes	69,3	30,7
Femmes	81,1	18,9
Québec 1998 (données standardisées)		
Hommes	54,4	45,6
Femmes	68,7	31,3
	Âge	
Communautés culturelles		
15-24 ans	72,7	27,3
25-44 ans	76,2	23,8
45 ans et plus	75,6	24,4
Total	75,3	24,7
Québec 1998 (données standardisées)		
15-24 ans	43,9	56,1
25-44 ans	62,4	37,6
45 ans et plus	75,0	25,0
Total	61,7	38,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 17.7

Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	%		
	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
Sexe			
Communautés culturelles			
Hommes	45,4	21,5	33,1
Femmes	52,5	22,7	24,9
Québec 1998 (données standardisées)			
Hommes	18,2	44,9	36,9
Femmes	22,7	46,9	30,4
Âge			
Communautés culturelles			
15-24 ans	48,2	23,4	28,4
25-44 ans	45,2	23,0	31,8
45 ans et plus	57,3	19,1	23,6
Total	49,0	22,1	28,9
Québec 1998 (données standardisées)			
15-24 ans	10,4	47,6	42,0
25-44 ans	15,9	50,2	34,0
45 ans et plus	38,5	35,8	25,6
Total	20,5	45,9	33,6

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

17.2.2 Associations entre l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte et certaines dimensions de l'état de santé ou de bien-être

En ce qui concerne la perception de l'état de santé, la mesure des symptômes anxiodépressifs (SCL-25) et l'usage de la cigarette, les croisements avec l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte n'ont pas été retenus pour l'analyse car aucune association significative n'avait été observée avec ces variables, contrairement à ce qu'on avait pu noter dans la population de l'ensemble du Québec lors de l'ESS 1998.

Le tableau 17.8 porte sur le mode de consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle. Chez les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, on trouve une plus faible proportion de buveurs actuels que chez celles qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (45 % c. 58 %).

Tableau 17.8

Mode de consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%		
	Abstinent	Anciens buveurs	Buveurs actuels
Très ou assez importante	49,7	5,7 *	44,6
Peu ou pas importante	39,5	3,1 **	57,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Le tableau 17.9 concerne la satisfaction quant à la vie sociale selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois. Les personnes qui accordent de l'importance à la vie spirituelle (très ou assez) tendent à être proportionnellement plus nombreuses que les autres à se dire très satisfaites de leur vie sociale (28 % c. 19 %).

On note par ailleurs une plus grande proportion de personnes très satisfaites de leur vie sociale chez celles qui fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois que chez celles qui fréquentent un tel lieu une fois par mois ou moins, ou jamais (31 % c. 19 % et 19 % respectivement).

Le tableau 17.10 porte sur la satisfaction face à la vie en général, toujours selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte. La satisfaction face à la vie en général est considérée comme un bon indicateur de bien-être psychologique.

On constate que les immigrants récents visés par l'étude qui accordent peu ou pas d'importance à la vie spirituelle sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui lui accordent de l'importance à se dire insatisfaits de leur vie (environ 31 % c. 15 %); par ailleurs, quelque 28 % des personnes qui ne fréquentent jamais un lieu de culte se disent insatisfaites de leur vie, comparativement à 15 % environ de celles qui fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois.

Tableau 17.9

Satisfaction quant à la vie sociale selon l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait
	%		
Importance accordée à la vie spirituelle			
Très ou assez importante	28,5	56,5	15,0
Peu ou pas importante	19,2	58,7	22,1
Fréquentation d'un lieu de culte			
Plus d'une fois par mois	30,5	55,1	14,4
Une fois par mois ou moins	19,2 *	65,2	15,6 *
Jamais	18,5	58,6	22,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 17.10

Satisfaction face à la vie en général selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait
	%		
Importance accordée à la vie spirituelle			
Très ou assez importante	60,2	24,4	15,4
Peu ou pas importante	49,7	19,1	31,3
Fréquentation d'un lieu de culte			
Plus d'une fois par mois	61,0	24,5	14,6
Une fois par mois ou moins	56,1	23,8	20,1
Jamais	53,7	18,6	27,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Même si les profils d'appartenance religieuse diffèrent fortement selon les quatre groupes d'immigrants récents étudiés, la majorité de ces derniers déclarent une appartenance religieuse.

Si on les considère dans leur ensemble, les personnes des communautés culturelles visées par l'étude sont proportionnellement plus nombreuses que celles de l'ensemble du Québec à accorder de l'importance à la vie spirituelle, à croire en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois au cours d'une période de 12 mois. Si l'on tient compte de la région d'origine, cela se vérifie pour les personnes originaires d'Haiti, du Maghreb et du Moyen-Orient, ainsi que des pays hispanophones. La population d'origine chinoise présente sur ce plan un profil différent, sans doute lié au fait que près de 57 % des immigrants de cette communauté ne déclarent aucune appartenance religieuse.

Tant dans les communautés visées que pour l'ensemble du Québec, les femmes sont plus portées que les hommes, en proportion, à accorder de l'importance à la vie spirituelle.

Par ailleurs, dans les communautés visées, l'importance accordée à la vie spirituelle n'est pas associée à l'âge comme c'est le cas dans la population de l'ensemble du Québec. Quant à la fréquentation régulière d'un lieu de culte, elle est proportionnellement davantage le fait des personnes de 45 ans et plus que de leurs cadets, tant de 15-24 ans que de 25 à 44 ans.

L'étude révèle également que les personnes des communautés culturelles qui disent accorder de l'importance à la vie spirituelle sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage d'alcool. Par ailleurs, celles qui accordent de l'importance à la vie spirituelle ou qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement plus nombreuses à être très

satisfaites de leur vie sociale. Sur le plan de la satisfaction face à la vie en général, on note une proportion plus élevée de personnes insatisfaites de leur vie parmi celles qui accordent peu ou pas d'importance à la vie spirituelle et parmi celles qui ne fréquentent jamais un lieu de culte, comparativement à celles qui fréquentent un tel lieu de façon régulière (plus d'une fois par mois).

Bien que fort succincts, ces quelques éléments tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle la spiritualité, au même titre que les diverses composantes du soutien social, peut favoriser le bien-être psychologique, dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse ou de l'atténuer (Clarkson et autres, 2000). En outre, la fréquentation d'un lieu de culte peut constituer pour l'immigrant, comme le soutiennent Stolley et Koenig (1997), un premier point de contact social, et faciliter en ce sens l'intégration à un nouveau milieu.

D'autres études tendent à confirmer les observations effectuées dans ce chapitre. Aux États-Unis, le lien entre la religion et la satisfaction face à la vie a été documenté chez les Afro-Américains et les hispanophones (Stolley et Koenig, 1997). Au Canada, les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996* montrent que les jeunes immigrants récents attachent plus d'importance à la religion que les jeunes nés au Canada. De plus, ils ont moins tendance à consommer de l'alcool ou à fumer des cigarettes que leurs homologues de l'ensemble du Canada (Conseil canadien de développement social, 2000). Au Québec, les personnes de 15 ans et plus qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette, à consommer de l'alcool ou de la drogue, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (Clarkson et autres, 2000).

Par ailleurs, une étude qualitative qui a eu lieu récemment à Calgary auprès de 42 femmes

immigrantes s'est intéressée à la perception de la santé et aux expériences liées à la santé chez ces femmes. Cette étude a permis de constater que, selon elles, la spiritualité et la pratique religieuse sont des ressources importantes au regard de la santé, au même titre que le soutien familial et les interactions sociales. De fait, elles considèrent la spiritualité et la religion comme des sources de réconfort et de force qui leur apportent de l'espoir et leur permettent d'accepter leurs problèmes de santé (Meadows et autres, 2001).

Quant au profil différent des Chinois, il est peut-être en partie lié à la période de répression de la religion pendant la présidence de Mao-Tsé-Toung. Après sa mort en 1976, on remarque en Chine une ouverture dans les attitudes envers la religion (Parrinder, 1983). Selon la présente étude, environ quatre immigrants récents d'origine chinoise sur dix appartiennent à une religion, dont la moitié seraient bouddhistes. À Toronto, les organismes bouddhistes sont reconnus pour l'aide qu'ils fournissent aux immigrants; ils facilitent l'intégration sociale et économique et deviennent dans certains cas des lieux privilégiés d'interaction sociale et de vie communautaire (McLellan, 2002).

Les résultats de la présente étude tendent à confirmer que la spiritualité et la pratique religieuse peuvent dans certains cas faciliter l'intégration sociale et contribuer au bien-être psychologique des immigrants récents. Il faudrait toutefois des études plus poussées, afin de vérifier les associations entre ces variables et d'autres indicateurs de santé physique et mentale, ainsi qu'avec le recours aux soins et services. Une étude longitudinale pourrait également permettre de mieux appréhender le rôle joué par les valeurs spirituelles ou religieuses lors de l'adaptation à un nouveau milieu.

Éléments de réflexion pour la planification

Dans l'ensemble, les résultats de ce chapitre soulignent que la spiritualité et la religion ont une grande importance pour bon nombre d'immigrants récents. Par ailleurs, diverses études insistent sur le

rôle de la spiritualité ou de la religion, ainsi que du soutien social et familial, pour se maintenir en santé ou faire face à la maladie, et ce, tant chez les immigrants que dans la population en général (Calgary Health Region Spiritual Care/Learning and Development, 2001; Gelfand et autres, 2001; Rajaram et Rashidi, 1999; Ali, 1996; Luna, 1994). Les intervenants dans le domaine de la santé devraient pouvoir, au besoin, reconnaître la dimension spirituelle comme une source possible de soutien psychosocial pour certains de leurs patients (Feher et Maly, 1999). En outre, une connaissance plus approfondie des croyances religieuses ou spirituelles de divers groupes ethniques, dans la mesure où ces croyances ont un impact sur le bien-être physique et psychologique, permettrait de mieux planifier et de faciliter l'intervention (Stolley et Koenig, 1997).

Bibliographie

ALI, N. S. (1996). « Providing Culturally Sensitive Care to Egyptians with Cancer », *Cancer Practice*, vol. 4, n° 4, p. 212-215.

ALI, S. R. (1992). *Islam and Muslims*. Dubai, UAE, Discover Islam Publication, 25 p.

ANDREWS, J. (1989). *Poverty and poor health among elderly Hispanic Americans*. New York, Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 61 p.

ANGEL, J. L., et R. J. ANGEL (1992). « Age at migration, social connections, and well-being among elderly Hispanics », *Journal of Aging and Health*, vol. 4, n° 4, p. 480-499.

BONO, F. A. (1995). *The role of patient's religion in the healthcare setting*. [En ligne].
<http://www.gellerman.usc>.

CALGARY HEALTH REGION SPIRITUAL CARE/LEARNING AND DEVELOPMENT (2001 – site Internet). « *Your health: Spirituality and Health* ». [En ligne].

<http://www.crha-health.ab.ca/hlthconn/items/spirithealth.htm>

CLARKSON, M., L. PICA et H. LACOMBE (2000). « Religion, spiritualité et santé : une analyse exploratoire » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 29, p. 603-626.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (2000 – site Internet). « *Les jeunes immigrants au Canada. Les caractéristiques de mode de vie des jeunes immigrants* ». [En ligne].

<http://www.ccsd.ca/francais/pubs/2000/iy/mode.htm>.

COURTENAY, B. C., L. W. POON, P. MARTIN, et G. M. CLAYTON (1992). « Religion, Spirituality and Health Among Elderly African Americans and Hispanics » dans STOLLEY et KOENIG (1997), *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 35, n° 11, p. 32-38.

ELLISON, C. G., et J. S. LEVIN (1998). « The religion-health connexion: evidence, theory, and future directions », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 700-720.

FALLOT, R. D. (1998). « The place of spirituality and religion in mental health services », *New Directions for Mental Health Services*, n° 80, p. 3-12.

FEHER, S., et C. R. MALY (1999). « Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith », *Psycho-Oncology*, vol. 8, n° 5, p. 408-416.

FEHRING, R., P. BRESMAN et M. KELLEX (1987). *Psychological and spiritual well-being in college students*. *Research in Nursing and Health*, vol. 10, n° 6, p. 391-398.

FINN, R. H., et S. M. LEE (1996). « Transcultural Nurses Reflect on Discoveries in China Using Leininger's Sunrise Model », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 7, n° 2, p. 21-27.

FREEDMAN, O., S. ORENSTEIN, P. BOSTON, T. AMOUR, J. SEELY, et B. M. MOUNT (2002). « Spirituality, religion, and Health: a Critical Appraisal of the Larson Reports », *Annales du collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*, vol. 35, n° 2, p. 90-93.

GALLEGO, D. T. (1988). « Religiosity as a coping mechanism among Hispanic elderly » dans SOTOMAYOR, M., et H. CURIEL (eds), *Hispanic elderly: a cultural signature*, Edinburg, Tex., Pan American University Press, 270 p.

GELFAND, D. E., H. BALCAZAR, J. PARZUCHOWSKI et S. LENOX (2001). « Mexicans and care for the terminally ill: family, hospice and the church », *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 18, n° 6, p. 391-396.

IDLER, E. L., et S. V. KASL (1992). « Religion, disability, depression, and the timing of death », *American Journal of Sociology*, vol. 97, p. 1052-1079.

KNOX, D. (1985-1986). « Spirituality: A tool in the assesment and treatment of black alcoholics and their families », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 2, n° 3-4, p. 31-44.

KOENIG, H. G., H. J. COHEN et D. G. BLAZER (1992). « Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 1693-1700.

LAGUERRE, M. (1987). *Afro-Caribbean folk medicine*. South Hadley, Mass., Bergin et Garvey, 120 p.

- LARSON, D. B., M. PATTISON., D. G. BAZER., A. R. OMRAN et B. H. KAPLAN., (1986). « Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1979-1982 », *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 3, p. 329-334.
- LEVIN, J. S., et K. S. MARKIDES (1988). « Religious attendance and subjective health », *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 25, p. 31-40.
- LUNA, L. (1994). « Care and cultural context of Lebanese Muslim Immigrants: Using Leininger's Theory », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 5, no 2, hiver, p. 12-20.
- MALDONADO, D. (1994). « Religiosity and religious participation among Hispanic elderly », *Journal of Religious Gerontology*, vol. 9, n° 1, p. 41-60.
- MALDONADO, D. (1995). « Religion and persons of color » dans KIMBLE, MELVIN, S. ELLOR et J. W. MCFADDEN, *Aging, spirituality and religion: a handbook*, Minneapolis, Fortress Press, 637 p.
- MARKIDES, K. S., et H. W. MARTIN (1983). *Older Mexican Americans: a study in an urban barrio*, Austin, Tex., Center for Mexican American Studies, University of Texas at Austin, 139 p.
- MARTIN, M. A., P. RISSMILLER. et J. A. BEAL (1995). « Health-Illness Beliefs and Practices of Haitians with HIV Disease Living in Boston », *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, vol. 6, n° 6, p. 45-53.
- MCCARTHY, K. (1991). *Mama Lola: a voodoo priestess in Brooklyn*, Berkeley, CA, University of California Press, 405 p.
- MCLELLAN, J. (2002 – site Internet). « *Buddhism in the Multicultural context of Toronto, Canada: Local Communities, Global Networks* ». [En ligne]. <http://alcor.concordia.ca/~csaa1/porter/lectures/JaneMcLellan.html>.
- MEADOWS, L. M., W. E. THURSTON et C. MELTON (2001). « Immigrant Women's Health », *Social Science and Medicine*, vol. 52, p. 1451-1458.
- MÉTRAUX, A., (1959). *Voodoo in Haiti*, London, Andre Deutsch, 400 p.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES INTERNATIONALES, DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (1995). *Profils des principaux groupes religieux du Québec*, Publications du Québec, Sainte-Foy, 191 pages.
- MOLASSIOTIS, A., C. W. CHAN., B. M. YAM et S. J. CHAN (2000). « Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers », *Support Care Cancer*, vol. 8, n° 5, p. 414-422.
- PARRINDER, E. G. (1983). *World Religions: from ancient history to the present*, New York, N.Y., Facts on File, 528 p.
- RAJARAM, S. S. et A. RASHIDI (1999). « Asian-Islamic Women and Breast-Cancer Screening: A socio-cultural analysis », *Women and Health*, vol. 28, n° 3, p. 45-59.
- RASHIDI, A. et S. S. RAJARAM (2001). « Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US hospitals », *Holistic Nursing Practice*, vol. 16, p. 55-64.
- SARWAR, G. (1982). *Islam, beliefs and teachings*, London, the Muslim Educational Trust, 236 p.
- SCHENKER, J.G., (2000). « Women's reproductive health: Monotheistic religious perspectives », *Journal of Gynaecological Obstetric*, vol. 70, n° 1, p. 77-86.
- SOMMET, J., (1981). « Dialogue avec les Chinois : Frères d'ailleurs et de maintenant », *Études*, juillet, p. 17-24.

STATISTIQUE CANADA, (1993). *Recensement et données démographiques de 1991*, Catalogue 93-319.

STOLLEY, J.M. et H. KOENIG (1997). « Religion/Spirituality and Health Among Elderly African Americans and Hispanics », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 35, n° 11, p. 32-38.

TRIPP-REIMER, T., et J. RIOS (1995). « Cultural dimensions in gerontological nursing » dans STANLEY, M., et P. G. BEARE (eds), *Gerontological Nursing*, Philadelphia, F.A. Davis, 568 p.

WILLIAMS, D. R. (1994). « Measurement of religion in epidemiologic studies » dans J.S. Levin (ed.), *Religion in aging and health: theoretical foundations and methodological frontiers*, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 253 p.

Conclusion

Lucie Chénard

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent

May Clarkson

Direction de l'Évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent rapport de *l'Étude auprès des communautés culturelles* vise à rendre compte de l'état de santé et de bien-être de quatre groupes d'immigrants récents habitant dans la région métropolitaine de Montréal, y inclus l'île de Laval et la Montérégie. L'approche conceptuelle adoptée pour l'analyse des données est une approche systémique à cinq paliers ou niveaux, qui permet de tenir compte non seulement des caractéristiques de l'individu, mais aussi de son milieu de vie immédiat, de son réseau d'appartenance, de son environnement social et physique et enfin, des normes, valeurs ou idéologies, que ce soient les siennes propres ou celles de la société d'accueil. Cette approche a favorisé la richesse et la diversité de l'information colligée dans ce rapport. Par ailleurs, l'Institut de la statistique du Québec a pris toutes les mesures nécessaires pour s'assurer de la qualité des données et de l'exactitude de l'analyse qui en a été faite; pour plus d'information à ce sujet, le lecteur voudra bien se rapporter au premier chapitre du présent rapport, sur la méthodologie de l'étude.

L'Enquête sociale et de santé 1998, qui portait sur la population de l'ensemble du Québec, traitait en bonne partie des mêmes thèmes que *l'Étude auprès des communautés culturelles*, avec une méthodologie très proche et souvent en utilisant les mêmes indicateurs. Sur bon nombre de thèmes, on a donc pu comparer la population visée avec la population de l'ensemble du Québec; dans ce dernier cas, toutefois, les données ont été standardisées par âge et par sexe, afin de permettre cette comparaison avec la population des immigrants récents, plus jeune que la population québécoise. À cet effet, il faut rappeler

que la comparaison ne porte pas sur deux entités vraiment distinctes, puisque les immigrants récents visés par l'étude font eux-mêmes partie du Québec dans son ensemble.

On trouvera dans cette conclusion générale un rappel des faits marquants relevés dans les divers chapitres de ce rapport, puis des éléments de réflexion et des pistes d'intervention et de recherche.

Vue d'ensemble

Au départ, *l'Étude auprès des communautés culturelles* visait entre autres à mettre en relief les caractères distinctifs de ces communautés au lieu de les considérer comme un tout homogène. Les résultats viennent confirmer le bien-fondé et l'intérêt de cet objectif de départ. En effet, les immigrants récents des quatre groupes étudiés, soit les immigrants originaires de Chine, d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient et des pays hispanophones d'Amérique, présentent entre eux des différences et des similitudes quant à leurs caractéristiques personnelles et familiales de même qu'avec l'ensemble de la population du Québec. Ces différences et ces similitudes s'appliquent également à l'état de santé, au recours aux services et à l'environnement socioéconomique.

Globalement, le portrait qui se dégage des immigrants récents étudiés est un profil de santé plus favorable que celui de la population du Québec : ils ont en général de meilleures habitudes de vie, rapportent moins de problèmes de santé de longue durée et leur consommation de médicaments est plus faible. En

contrepartie, leur profil socioéconomique est moins favorable que celui de la population québécoise dans son ensemble : leur réseau d'entraide est moins développé, la fréquence des rencontres sociales est plus faible et ils sont proportionnellement moins nombreux à occuper un emploi rémunéré. Le statut d'immigration, davantage que la région d'origine, influence le profil social de ces immigrants récents. Ainsi, dans l'ensemble, les immigrants indépendants affichent un meilleur profil socioéconomique que les immigrants réfugiés ou de statut « famille ».

Les principaux résultats de chacun des thèmes traités dans l'étude sont présentés ci-après.

Caractéristiques personnelles et familiales

Trois des caractéristiques personnelles et familiales étudiées, soit le statut d'immigration, l'expérience prémigratoire ainsi que le niveau de maîtrise et d'usage du français ou de l'anglais, permettent de mieux cerner la réalité prémigratoire et postmigratoire.

▪ Statut d'immigration et expérience prémigratoire

Au départ, on observe des différences concernant le statut d'immigrant en fonction de la région d'origine. Ces différences sont importantes dans la mesure où le statut d'immigrant, que ce soit à titre d'indépendant, de réfugié ou à des fins de réunification familiale, est associé à la plupart des caractéristiques personnelles et familiales ainsi qu'à celles reliées à l'environnement socioéconomique.

Ainsi, les immigrants récents en provenance de Chine et des pays arabophones ont majoritairement un statut d'immigrant indépendant et ceux en provenance d'Haïti et des pays hispanophones sont dans une plus forte proportion des immigrants de statut « famille » ou des réfugiés.

Près de la moitié de ces immigrants récents ont été témoins de faits violents liés à des difficultés sociales ou politiques dans leur pays d'origine et le quart d'entre eux disent qu'eux-mêmes ou une personne de leur famille ont souffert de persécution, d'une

manière ou d'une autre, à cause de la situation difficile dans leur pays d'origine.

▪ Maîtrise et usage du français ou de l'anglais

La très grande majorité des immigrants visés âgés de 15 à 44 ans utilisent quotidiennement le français ou l'anglais. La plupart des immigrants indépendants maîtrisent et utilisent le français ou l'anglais et ce, dans des proportions plus importantes que celles des immigrants ayant un autre statut. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à maîtriser et à faire usage du français ou de l'anglais.

Caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les immigrants récents de chacune des communautés étudiées ont une répartition par âge qui les positionne comme une population plus jeune que la population québécoise, différence qui s'avère toutefois moins marquée en ce qui concerne la population d'origine chinoise.

Les immigrants récents en provenance de Chine et des pays arabophones partagent certaines caractéristiques qui les distinguent de la population du Québec en général. On note dans ces deux groupes une proportion plus élevée de diplômés universitaires et de familles biparentales intactes que dans la population québécoise dans son ensemble.

Les immigrants récents d'origine haïtienne se distinguent de l'ensemble de la population québécoise par une proportion plus élevée de personnes faiblement scolarisées. On observe également qu'il y a dans cette communauté une plus forte proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, et une plus forte proportion de familles monoparentales.

Par ailleurs, les immigrants récents en provenance des pays hispanophones présentent un profil de scolarité comparable à celui de la population du Québec mais se distinguent par la présence d'un statut familial qui est plus souvent celui d'une famille monoparentale dirigée par la mère.

Ces caractéristiques diffèrent également selon le statut d'immigration. Ainsi, les immigrants récents « indépendants » sont plus scolarisés que les « non-indépendants » et ils sont plus souvent en situation de couple.

État de santé

Avant d'aborder l'état de santé comme tel, on peut décrire certaines habitudes de vie et certains comportements généralement associés à l'état de santé d'une population.

▪ Habitudes de vie et comportements

Les habitudes de vie et les comportements retenus sont l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et la sécurité alimentaire, le poids corporel, la pratique d'activités physiques de loisir ainsi que certains comportements préventifs.

Globalement, les immigrants récents des quatre communautés culturelles étudiées sont proportionnellement moins nombreux que la population du Québec en général à fumer régulièrement la cigarette et à consommer de l'alcool. De plus, lorsqu'ils ont adopté ces habitudes, leur niveau de consommation de cigarettes ou d'alcool est plus faible que celui observé dans la population québécoise.

Sur le plan des habitudes alimentaires, les immigrants récents en provenance de Chine sont les seuls à présenter un profil caractéristique, lequel semble correspondre aux habitudes alimentaires chinoises traditionnelles. De manière générale, les personnes visées par l'étude consomment proportionnellement moins de repas provenant de l'extérieur comparativement à la consommation observée dans la population du Québec en général. Par ailleurs, elles évaluent en majorité de manière positive leur alimentation et, dans l'ensemble, déclarent avoir des moyens financiers suffisants pour bénéficier d'une bonne alimentation.

Les proportions de personnes en provenance de Chine et des pays arabophones ayant un excès de poids sont inférieures ou comparables à celles de

l'ensemble de la population québécoise. Les immigrants récents en provenance d'Haïti et des pays hispanophones sont proportionnellement plus nombreux que les Québécois en général à présenter un excès de poids.

Sur le plan de l'activité physique, la proportion d'immigrants récents qui pratique 3 fois et plus par semaine une activité physique de loisir ne diffère pas de celle observée dans la population québécoise chez les 15-24 ans mais elle est plus faible chez les personnes de 25 ans et plus. De plus, les immigrants récents qui travaillent, quelle que soit la communauté culturelle d'appartenance, sont moins nombreux, toutes proportions gardées, à occuper un emploi physiquement exigeant que les travailleurs de l'ensemble du Québec.

Enfin, de manière générale, les femmes des communautés culturelles étudiées adoptent moins souvent que les femmes québécoises des comportements préventifs visant le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus tels que la mammographie, l'examen clinique des seins et le test Pap. Cependant, les femmes immigrantes sont proportionnellement plus nombreuses à adopter la pratique régulière de l'auto-examen des seins que la population féminine du Québec dans son ensemble.

▪ État de santé général

En ce qui concerne l'ensemble des immigrants récents visés par l'étude, l'autoévaluation de la santé semble moins positive que celle observée dans la population québécoise, et ce, plus particulièrement chez les personnes originaires de Chine. Par ailleurs, si l'on considère l'état de santé mesuré à partir de la prévalence des problèmes de santé, les immigrants récents visés par l'étude présentent un meilleur profil de santé que celui de la population du Québec en général.

▪ Problèmes de santé et traumatismes

Sur ce plan, de façon générale, la population à l'étude se compare avantageusement à l'ensemble de la

population québécoise : la proportion des immigrants de ces communautés rapportant un ou plusieurs problèmes de santé est plus faible; la prévalence des problèmes de santé de courte durée est comparable à celle observée dans l'ensemble de la population québécoise, mais la prévalence des problèmes de santé chroniques est plus faible chez les membres de ces communautés culturelles qu'au sein de la population québécoise.

Comparativement à la population québécoise, la majorité des principaux problèmes de santé rapportés par la population des communautés culturelles étudiées se révèlent d'une importance moindre ou tout au plus équivalente, à l'exception de l'anémie, plus fréquente chez les immigrants récents d'Haïti que parmi la population du Québec. Les principaux problèmes de santé déclarés varient en fonction de la région d'origine. Chez les immigrants récents originaires de Chine, la rhinite allergique et les allergies ou affections cutanées figurent aux premiers rangs. Chez les personnes originaires des pays arabophones, hispanophones et d'Haïti, les principaux problèmes de santé rapportés sont les maux de tête et les maux de dos ou de la colonne.

Les accidents ayant occasionné des blessures assez importantes pour justifier une consultation médicale ou ayant entraîné une limitation des activités affectent la population étudiée dans une moindre mesure que la population québécoise. En général, la répartition des accidents selon le lieu d'accident est semblable chez les immigrants récents des communautés culturelles étudiées et la population québécoise, à l'exception des accidents qui se produisent en milieu de travail ou à l'extérieur de la maison, un peu plus fréquents chez les Québécois.

De manière générale, la comparaison des résultats de chacune des communautés culturelles étudiées avec ceux de la population québécoise arrive aux mêmes constats que l'analyse comparative globale. Ainsi, chacun des groupes visés est en meilleure santé que la population de l'ensemble du Québec.

▪ Santé buccodentaire

Globalement, la fréquence des mesures d'hygiène buccodentaire telles que le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, chez les quatre groupes d'immigrants récents étudiés, est comparable à celle observée dans la population québécoise en 1993. La population visée se distingue cependant de la population du Québec par une proportion plus élevée de personnes qui ont consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. De plus, on note chez elles une moins forte proportion de personnes complètement édentées que dans la population québécoise en général. La proportion de personnes porteuses d'une prothèse dentaire amovible, ainsi que la réhabilitation par une prothèse dentaire des personnes complètement édentées, y est toutefois moindre que dans la population québécoise.

▪ Santé mentale

Sur le plan de la santé mentale, les résultats de l'étude suggèrent que les immigrants récents présentent un bilan aussi favorable que celui de la population québécoise en ce qui concerne les deux dimensions étudiées, soit la symptomatologie anxiodépressive et la satisfaction face à la vie actuelle.

Cependant, ces résultats diffèrent lorsque les personnes ont été témoins ou victimes d'actes violents. Les immigrants ayant un vécu prémigratoire violent rapportent un niveau moyen de symptômes anxiodépressifs plus élevé et un niveau moyen de satisfaction par rapport à la vie actuelle plus bas que les immigrants récents ne rapportant pas d'expériences de violence.

Par ailleurs, les immigrants qui maîtrisent le français ou l'anglais rapportent un niveau de satisfaction face à la vie actuelle plus élevé que ceux qui ne maîtrisent aucune de ces deux langues.

Lorsqu'on considère les différentes communautés culturelles étudiées, les résultats indiquent que certains des aspects du profil de santé mentale

convergent. Cependant, chacune des zones géoculturelles étudiées présente des spécificités. Ainsi, chez les personnes originaires de Chine et des pays arabophones, le fait d'avoir été témoin d'actes violents en lien avec la situation politique dans le pays d'origine est associé à un niveau plus élevé de symptômes anxiodépressifs et à une satisfaction moindre face à la vie. Par contre, chez les immigrants récents originaires d'Haïti et des pays hispanophones, la persécution n'est pas associée à l'indice de symptômes anxiodépressifs et la migration pour des raisons politiques semble, notamment chez les hispanophones, ressortir comme un facteur de protection.

Les résultats de cette étude soulèvent également la question de la discrimination à l'égard des immigrants. Chez toutes les communautés culturelles étudiées, la perception de la discrimination est présente et associée de façon négative à la santé mentale. On rapporte de la discrimination dans les contacts avec certains services publics, dont le milieu scolaire, lors de la recherche d'un emploi et lors de la recherche d'un logement.

- Recours aux services de santé et consommation de médicaments

Sur le plan du recours aux services de santé et de la consommation de médicaments, les immigrants récents visés par l'étude se distinguent de la population du Québec en général. Il est à noter que dans le cas du recours aux services, la comparaison a été faite uniquement avec la population de la région métropolitaine de Montréal, ce qui semblait dans ce cas plus pertinent car l'offre de services varie notablement d'une région à l'autre.

Ainsi, la proportion de la population à l'étude qui consulte un professionnel de la santé est moins élevée que celle qu'on observe dans l'ensemble de la population de la région métropolitaine, et la proportion qui connaît et utilise les services téléphoniques d'Info-Santé CLSC est moins élevée que celle notée dans la population du Québec en général. Enfin, la proportion des immigrants récents visés par l'étude qui consomment au moins un

médicament est également moins élevée que celle qu'on observe dans l'ensemble de la population québécoise.

À quelques exceptions près, les profils d'utilisation des services et de consommation de médicaments sont comparables chez les communautés culturelles visées et la population québécoise en ce qui a trait à l'âge, au sexe et à la scolarité.

- Consultation d'un professionnel de la santé

En ce qui concerne la consultation d'un professionnel de la santé, les membres des communautés culturelles étudiées consultent tout autant que la population de la région métropolitaine dans son ensemble les médecins et les dentistes mais dans une moindre mesure les pharmaciens, optométristes ou opticiens. Le principal lieu de consultation est le bureau privé et le motif dominant est la prévention. Par ailleurs, les immigrants récents de ces communautés culturelles consultent davantage les médecins en cabinet privé que l'ensemble de la population de la région métropolitaine et dans une moindre mesure à l'urgence.

Le degré de satisfaction envers les services s'avère relativement élevé chez les immigrants récents visés, quoique moindre que ce qu'on observe dans l'ensemble de la population de la région métropolitaine, et la principale raison de l'insatisfaction, soit le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, apparaît de façon similaire dans les deux populations.

Les immigrants ayant un statut d'indépendant sont proportionnellement moins nombreux à consulter que ceux ayant un statut de réfugié ou de famille. La durée du séjour au Québec, le niveau de scolarité et l'intégration linguistique ne sont pas associés à l'utilisation des services.

- Recours au service téléphonique d'Info-Santé CLSC

La connaissance et l'utilisation du service téléphonique d'Info-Santé CLSC sont plus faibles parmi les immigrants récents visés par l'étude qu'au sein de la

population québécoise dans son ensemble. Cependant, parmi les immigrants qui connaissent ce service, l'utilisation se compare à celle de l'ensemble des Québécois. L'utilisation du service téléphonique d'Info-Santé CLSC est étroitement associée à la présence d'un jeune enfant et à la maîtrise de la langue française.

- Consommation de médicaments

Chez les communautés culturelles étudiées, la consommation de médicaments est proportionnellement inférieure à celle de la population du Québec dans son ensemble. Les classes de médicaments consommés le plus souvent sont les mêmes pour ces immigrants récents et la population québécoise, à savoir les vitamines et minéraux ainsi que les analgésiques.

Tout en présentant une consommation de médicaments plus faible que l'ensemble de la population, on observe chez ces immigrants les mêmes associations entre la consommation de médicaments, d'une part, et l'âge, le sexe et l'état de santé, d'autre part. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consommer des médicaments et la proportion de consommateurs augmente avec l'âge. De plus, la perception de l'état de santé et la présence d'un problème de santé sont associées à la consommation de médicaments.

Environnement social

L'environnement social regroupe les thèmes se rapportant à la vie sociale et au soutien social, au contexte de travail ainsi qu'à la pratique religieuse et à la spiritualité. Ces trois thèmes sont regroupés en raison des liens qui sont observés entre ces composantes de la vie sociale et de l'environnement social, d'une part, et la perception de l'état de santé, d'autre part.

- Vie sociale et soutien social

Au chapitre de la vie sociale et du soutien social, on observe que les immigrants récents des communautés culturelles étudiées, comparativement à la population

québécoise dans son ensemble, ont des rencontres sociales à une fréquence plus faible et qu'ils sont proportionnellement plus nombreux à être insatisfaits de leurs rapports avec leurs amis et à ne pouvoir compter sur personne pouvant les aider en cas de besoin ou pour leur démontrer de l'affection.

Les principaux problèmes rencontrés pour lesquels un réseau d'entraide aurait pu être bénéfique sont surtout d'ordre personnel et sont, dans une moindre mesure, reliés à l'environnement social. Les parents et les amis constituent la principale source d'aide, plus particulièrement chez les plus jeunes, alors que les associations culturelles ou des personnes résidant à l'extérieur du Québec constituent la seconde source d'aide.

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes des communautés culturelles étudiées, la fréquence des rencontres sociales est moindre et le réseau d'entraide moins développé que ce qui est observé à l'échelle de la population québécoise. Cependant, les plus jeunes de ces communautés culturelles jouissent dans l'ensemble d'un meilleur soutien social que leurs aînés.

La situation économique des immigrants récents étudiés influence le niveau de satisfaction face à la vie sociale et au soutien social. De fait, le niveau de satisfaction face à la vie sociale est plus élevé et le réseau d'entraide plus développé lorsque la situation économique est plus favorable. Par ailleurs, la fréquence des rencontres sociales tend à être plus faible chez les réfugiés comparativement aux immigrants ayant un autre statut.

- Contexte de travail

Comparativement à la population de l'ensemble du Québec, on observe, parmi les immigrants récents visés, une proportion moindre de personnes occupant un emploi rémunéré, particulièrement chez les personnes de moins de 45 ans. Parmi ceux qui occupent un emploi, la proportion de travailleurs syndiqués est moindre dans la population visée que dans la population québécoise dans son ensemble.

Près de la moitié des travailleurs visés par l'étude estiment avoir subi une certaine déqualification professionnelle par rapport au travail effectué avant l'arrivée au Québec.

Les immigrants appartenant à la catégorie des indépendants et des entrepreneurs sont, toute proportion gardée, plus nombreux que les autres types d'immigrants à occuper un emploi au moment de l'étude. Ils sont également plus souvent représentés parmi les professionnels et cadres supérieurs ainsi que parmi les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens.

Dans la population visée de 15 ans et plus occupant un emploi au moment de l'enquête, une proportion moindre que celle qu'on observe dans l'ensemble des travailleurs québécois dispose d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail. C'est chez les immigrants indépendants et les entrepreneurs, comparativement aux autres types d'immigrants, que l'on note la plus forte proportion de personnes qui disposent d'une telle autonomie professionnelle.

▪ Pratique religieuse et spiritualité

Si on les considère dans leur ensemble, les immigrants récents étudiés adhèrent dans une proportion supérieure à celle de l'ensemble des Québécois aux croyances ou pratiques d'une église ou d'une institution religieuse. Les immigrants visés sont également plus nombreux que les Québécois, en proportion, à accorder de l'importance à la vie spirituelle, à croire en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique et mentale et à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois. La population d'origine chinoise présente toutefois sur ce point un profil différent, sans doute lié au fait que plus de la moitié des immigrants récents d'origine chinoise ne déclarent aucune appartenance religieuse. Par ailleurs, les immigrants récents qui accordent de l'importance à la vie spirituelle ou qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement plus nombreux à être satisfaits de leur vie sociale et de leur vie en général.

Éléments de réflexion et pistes d'intervention

Un élément qui ne peut être banalisé lors de la planification des interventions et des services tient au fait que les immigrants ne constituent surtout pas un groupe homogène. Un des principaux écueils serait de croire que tous les immigrants, ou à tout le moins les immigrants en provenance d'un pays ou d'une région donnés, partagent nécessairement les mêmes caractéristiques, alors qu'au-delà et parfois même à l'intérieur du pays d'origine, ils se distinguent par des valeurs socioculturelles, des caractéristiques socioéconomiques, des croyances et des pratiques. En outre, ils se distinguent non seulement par le contexte pré-migratoire mais aussi par les raisons qui ont motivé leur décision de migrer et par la durée de séjour dans le pays d'accueil. Pour être efficace et bien ciblée, l'intervention auprès de personnes immigrantes doit tenir compte de ces différences et en particulier du contexte historique, social et économique dans lequel ces personnes s'inscrivent. Cela suppose que l'intervenant développe des connaissances et une sensibilité particulières dans ce domaine.

Un premier défi à relever pour la planification en matière de santé et de bien-être est de conserver ou d'améliorer l'état de santé des immigrants après leur installation au Québec. Un second défi consiste à rejoindre les immigrants récents de façon à leur faciliter l'accès aux services et à leur éviter l'isolement. À ces fins, plusieurs pistes ont été soulevées dans les divers chapitres de la présente étude.

Sur le plan des habitudes de vie, on doit viser à réduire l'insécurité alimentaire chez les femmes monoparentales. Dans la mesure où, dans les communautés visées, le temps qui n'est pas voué au travail est souvent consacré à la famille, on peut également promouvoir la pratique en famille d'activités physiques de loisir, afin de réduire la proportion de personnes présentant un excès de poids et d'encourager la pratique d'activités physiques pour les bénéfices que cette pratique peut apporter

au plan de la santé mais également pour favoriser l'intégration sociale.

Dans certains groupes d'immigrantes, la méfiance face aux tests de dépistage du cancer du sein et du cancer du col peut être culturellement ancrée, et les programmes de prévention doivent tenir compte de ce fait. À titre d'exemple, dans ce domaine, la transmission de l'information par des médecins de sexe féminin ou des infirmières pourrait contribuer à diminuer la gêne et à préserver l'intimité.

Sur le plan de l'environnement social, les interventions devraient viser à mieux soutenir les personnes isolées, surtout celles qui sont arrivées récemment. Plusieurs stratégies peuvent être envisagées au cours de la première année au Québec afin de faciliter l'intégration sociale et le bien-être à long terme. Outre celles déjà mentionnées dans le chapitre sur l'environnement social — parmi lesquelles une meilleure accessibilité aux cours de langue et la facilitation de l'intégration au marché du travail — on aura avantage à s'appuyer sur l'expertise d'organismes communautaires et d'associations religieuses déjà enracinés dans le milieu et qui visent à faciliter l'intégration des nouveaux arrivants.

Sur le plan de la santé mentale, on a pu constater que l'ampleur de l'exposition prémigratoire à la violence organisée remet en cause la distinction traditionnellement établie, sur ce plan, entre les réfugiés et les autres types d'immigrants. Il importe de reconnaître le rôle de la violence comme motivation possible à la migration pour un bon nombre d'immigrants qui n'ont pas un statut de réfugié, et d'en informer non seulement les intervenants mais aussi une opinion publique souvent encline à percevoir les immigrants comme des personnes essentiellement motivées par une amélioration de leurs conditions socioéconomiques.

Toujours sur le plan de la santé mentale, l'expérience de discrimination rapportée par une forte proportion des immigrants récents appelle certes à réévaluer les politiques des établissements scolaires, des services publics et des entreprises en matière de discrimi-

nation, mais aussi à modifier, dans la population, les perceptions négatives trop souvent liées à une mauvaise information ou à un manque d'information. Sur ce plan, les médias peuvent jouer un rôle important, comme l'ont démontré des cas récents où les Québécois ont été appelés avec succès à manifester leur appui à des personnes en attente de statut et menacées de déportation.

Dans le domaine des services de santé, deux facteurs semblent expliquer le moindre recours des immigrants récents aux services offerts dans le pays d'accueil, soit une certaine méconnaissance des services mais aussi, ce qui est plus rassurant, le fait que la population récemment immigrée présente en général un meilleur état de santé que l'ensemble de la population.

Dans la mesure où le service téléphonique Info-Santé CLSC peut offrir un soutien efficace et aide la population à s'orienter vers les ressources les plus appropriées, il y aurait lieu d'améliorer la notoriété du service chez les immigrants récents et d'offrir si possible un service en d'autres langues que le français ou l'anglais, là où l'origine et la taille de la population immigrante le justifient.

Pistes de recherche

Plusieurs pistes de recherche ont été suggérées dans les divers chapitres de ce rapport et elles ne seront pas reprises ici. On a cependant soulevé à plusieurs reprises la pertinence d'effectuer des études longitudinales qui permettraient de suivre dans le temps divers indicateurs de l'état de santé et de bien-être et diverses étapes de l'intégration des immigrants.

Toutefois, la recherche longitudinale s'avère généralement fort coûteuse, et des approches plus modestes pourraient être envisagées. On peut penser entre autres à une étude qualitative qui pourrait porter sur des thèmes précis et qui adopterait la formule des entrevues de groupe (*focus groups*). Ces entrevues pourraient se dérouler en diverses langues,

selon les groupes d'immigrants visés, et cette formule n'exclut d'ailleurs pas un suivi dans le temps où les mêmes participants pourraient être contactés à nouveau.

Une autre possibilité serait celle de refaire périodiquement une étude quantitative transversale, en utilisant les mêmes instruments et la même méthodologie d'une fois à l'autre. Cette formule permettrait d'une part de voir si les caractéristiques sociosanitaires des immigrants récents varient d'une vague migratoire à l'autre, et, d'autre part, de tenir compte de l'évolution de la société d'accueil, sur le plan de l'offre de services par exemple.

Enfin, il serait sans doute pertinent de tenir compte des variations dans le profil des populations immigrantes et d'étudier d'autres groupes d'immigrants qui n'ont pas été touchés par la présente étude, comme ceux qui sont originaires de l'Europe de l'Est ou de l'Asie du Sud-Est.

Liste des lecteurs externes

Liste des lecteurs externes

Alex Battaglini
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de
Montréal-Centre

Mike Benigeri
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
Université de Montréal

Louise Fournier
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de
Montréal-Centre

Louise Guyon
Recherche et Intervention sur les Substances
psychoactives-Québec (RISQ)

Danielle Julien
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Lise Lamontagne
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Bernard-Simon Leclerc
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de
Lanaudière

Madeleine Levasseur
Institut national de santé publique du Québec

Pierre Montambault
Direction de l'évaluation, de la recherche et de
l'innovation
Ministère de la santé et des services sociaux

Catherine Montgomery
CLSC Côte-des-Neiges

Bertrand Nolin
Institut national de santé publique du Québec

Robert Pampalon
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Josée Papillon
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Daniel Reinharz
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Lisette Trahan
Direction de l'évaluation, de la recherche et de
l'innovation
Ministère de la santé et des services sociaux

Daniel Tremblay
Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

L'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 constitue une première québécoise, dans la mesure où elle vise à mesurer l'état de santé et le recours aux services sociosanitaires dans une population d'immigrants récents, de cultures et de langues diverses. L'étude couvre également des thèmes tels que le vécu pré migratoire, l'expérience de la discrimination et l'établissement professionnel dans le pays d'accueil. Les groupes retenus dans l'étude proviennent des quatre régions suivantes : les pays arabophones du Maghreb et du Moyen-Orient; Haïti; la Chine populaire, Hong Kong, Taïwan et Macao; les pays hispanophones des Amériques. Les entrevues se sont déroulées en six langues, soit le français, l'anglais, l'arabe, le créole, l'espagnol et le chinois. L'étude a rejoint un peu plus de 4 000 personnes. Plusieurs comparaisons ont été effectuées avec les données de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, standardisées selon l'âge et le sexe. Enfin, l'étude explore diverses pistes de recherche et d'intervention.



65

440

8



9

**Institut
de la statistique**

Québec



ISBN : 2-551-21672-9

45,95 \$

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca
Imprimé au Québec, Canada