

Zoom santé

Novembre 2019 | Numéro 65

État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec : que nous disent les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 et de 2014-2015 ?

Maria-Constanza Street¹

INTRODUCTION

Selon le Recensement de 2016, environ 14 % de la population du Québec est immigrante — soit autour de 1,1 million de personnes —, proportion qui a connu une augmentation régulière depuis les années 1990 (Institut de la statistique du Québec, 2018). Les plus récentes projections indiquent qu'en 2036 entre 32 % et 37 % de la population du Québec serait issue de l'immigration, si l'on tient compte des immigrants et de ceux dont au moins un parent est né à l'extérieur du Canada (Statistique Canada, 2017). La santé des immigrants, ses déterminants et les répercussions sur l'utilisation des services de santé revêtent ainsi une grande importance, notamment dans le cadre de politiques publiques axées sur la réduction des

inégalités sociales de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2018 ; Lambert et autres, 2014).

Plusieurs études montrent qu'au Canada les immigrants adultes sont en meilleure santé que les Canadiens de naissance, du moins dans les premières années suivant leur arrivée, notamment en ce qui a trait à la présence de certaines maladies chroniques et à la santé mentale (Vang et autres, 2015 ; Vang et autres, 2017). Ce phénomène, aussi connu sous le nom de « l'effet de l'immigrant en bonne santé », a également été observé aux États-Unis et dans d'autres pays et a été associé à des caractéristiques individuelles des immigrants et à des mécanismes de sélection du pays

d'accueil (Lu et autres, 2017 ; Singh et autres, 2013 ; Steven et autres, 2006 ; Vang et autres, 2017).

D'une part, le processus de migration tend à favoriser le déplacement des personnes en bonne santé ayant des habitudes de vie et des caractéristiques qui contribuent à son maintien. D'autre part, au Canada, une grande proportion des immigrants est sélectionnée en fonction de leur qualification professionnelle, de leurs ressources économiques et de leur niveau d'éducation et de connaissance des langues officielles². La plupart d'entre eux doivent aussi répondre à des exigences médicales³. Or, l'ensemble de ces facteurs peuvent être corrélés à une meilleure santé chez les nouveaux arrivants.

1. L'auteure tient à remercier Ghyslaine Neill et Patricia Caris pour leurs commentaires sur la version préliminaire, Issouf Traoré et Valeriu Dumitru pour leur soutien technique, Kate Dupont et Dominic Julien pour la vérification des chiffres et la validation des analyses.
2. Selon les données compilées par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI), parmi les près de 500 000 immigrants admis au Québec entre 2006 et 2015, 66 % ont été admis dans la catégorie d'immigrant économique selon une grille de sélection (le requérant principal et les membres de sa famille) ; 21 % dans la catégorie de regroupement familial et 13 % en tant que réfugié, personne en situation semblable ou dans d'autres situations (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2017).
3. L'examen médical vise à évaluer le fardeau sanitaire de la personne ainsi que les risques qu'elle présente pour la santé publique (Gushulak et autres, 2011). Depuis 2002, certaines catégories d'immigrants (ex. : réfugiés) sont exemptées de l'interdiction de territoire en raison de leur état de santé.

Cet avantage peut toutefois s'atténuer ou disparaître lorsque la durée de résidence s'allonge. Les conditions de vie, les changements sur le plan de l'alimentation ou encore l'adoption de certains comportements à risque expliqueraient l'étiologie de l'état de santé des immigrants dans le temps⁴. L'accès aux services de santé joue aussi un rôle dans l'évolution des écarts entre les immigrants et les natifs, notamment lorsque l'on considère des problèmes de santé nécessitant le diagnostic d'un professionnel (ex. : détection de maladies préexistantes) (McDonald et Kennedy, 2004 ; Newbold, 2009). Au Canada, les réfugiés, les immigrants à faible revenu et ceux en provenance d'autres régions que l'Europe seraient plus susceptibles de voir leur santé décliner avec le temps (Gushulak et autres, 2011).

Dans ce contexte, on peut se demander si au Québec les immigrants se distinguent des personnes nées au Canada sur le plan de l'état de santé, des habitudes de vie et de l'utilisation des services de santé⁵ et si leur situation varie selon le temps écoulé depuis l'arrivée au Canada. Deux études réalisées à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) au cours des dernières années ont abordé ce sujet à partir de données d'enquêtes populationnelles. Malgré certaines limites, notamment le nombre réduit d'immigrants dans les échantillons quand on souhaite tenir compte de la durée de résidence, ces données permettent de broser un portrait de la santé des immigrants à l'échelle du Québec.

L'étude de Nanhou et Bernèche (2014), réalisée à partir des résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2003, de 2007-2008 et de 2011-2012, montre que les immigrants récents (ceux résidant au Canada depuis 9 ans ou moins) de 18 ans et plus affichent

un certain avantage sur les Canadiens de naissance en matière de santé : ils sont notamment moins susceptibles d'avoir une incapacité et de souffrir d'asthme. L'étude révèle que comparativement aux Canadiens de naissance les immigrants de longue date sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur état de santé et d'être atteints du diabète, une maladie chronique fortement associée aux habitudes de vie. Enfin, quelle que soit leur durée de résidence, les immigrants sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur santé buccodentaire, mais moins sujets à avoir des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

Une autre étude menée par Lecours et Neill (2015) à partir des données de deux enquêtes réalisées en 2010-2011, l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) et l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV), rattachée à l'EQES, montre que comparativement aux Canadiens de naissance, les immigrants récents sont moins susceptibles d'avoir une incapacité (tous niveaux de gravité confondus) et d'avoir certains problèmes de santé chronique comme l'arthrite, l'arthrose et les rhumatismes, l'hypertension ou une maladie cardiaque. Les immigrants de longue date ont aussi une plus faible propension à être atteints d'une maladie cardiaque, mais sont plus enclins à présenter une incapacité grave ou modérée (parmi les personnes avec incapacité) et à souffrir de diabète ou d'hypertension que les personnes nées au Canada. En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, cette étude montre également que les immigrants récents sont moins susceptibles d'être affiliés à un médecin de famille alors qu'ils en auraient besoin. Comme les auteurs le soulignent, cette situation pourrait contribuer à une détérioration de

l'état de santé, car l'accès à un médecin de famille permet d'obtenir des conseils visant la prévention de certaines maladies, de passer des examens et d'être dirigé vers un médecin spécialiste en temps opportun.

Le présent bulletin vise à enrichir ce portrait en se basant sur les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) de 2008 et de 2014-2015. On s'intéresse plus particulièrement aux divers indicateurs portant sur la santé physique et mentale des personnes de 18 ans et plus de même que ceux en lien avec les habitudes de vie et les comportements préventifs liés à la santé. Les définitions sont présentées dans les encadrés 2 et 3.

Pour mieux circonscrire les analyses, on décrit d'abord le profil sociodémographique de la population de 18 ans et plus selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada. Ensuite, on présente les proportions estimées en 2008 et en 2014-2015 pour chacun des indicateurs étudiés selon le statut d'immigrant, la durée de résidence et le sexe. Enfin, on utilise les données de 2014-2015 afin d'estimer les probabilités de présenter l'une ou l'autre des caractéristiques d'intérêt, une fois que d'autres variables sociodémographiques ont été prises en compte.

4. Un autre facteur à considérer est l'émigration des personnes en moins bonne santé (Vang et autres, 2017). Au Canada, ce phénomène serait moins fréquent qu'aux États-Unis étant donné que le système de soins est public et universel (Lu et autres, 2017).

5. Les immigrants établis au Québec sont admissibles au régime d'assurance maladie provincial trois mois après la date d'inscription à la régie, tandis que les demandeurs du statut de réfugié sont couverts par le programme de santé fédéral.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Sources des données et population visée

L'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) a été menée en 2008 (échantillon de 38 154 répondants) et en 2014-2015 (échantillon de 45 760 répondants). Cette enquête à portée régionale et locale vise à répondre aux besoins d'information du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de leur fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants. La population visée est l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec, à l'exclusion de celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik (les deux éditions) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (édition 2008). Pour de plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques, voir Baulne et Courtemanche (2016).

Statut d'immigrant et durée de résidence au Canada

L'EQSP comprend quatre questions visant à déterminer si la personne est née au Canada, le pays de naissance de la personne si elle est née à l'extérieur du pays, l'année à laquelle elle est venue au Canada pour y rester et, le cas échéant, depuis combien d'années elle vit au Canada (« moins de 5 ans » ; « 5 à 10 ans » ; « plus de 10 ans »). La variable d'analyse comprend trois catégories : *immigrants récents* (personnes nées à l'extérieur du Canada et y résidant depuis 10 ans ou moins), *immigrants de longue date* (personnes nées à l'extérieur du Canada et y résidant depuis plus de 10 ans) et *Canadiens de naissance*.

Méthodes d'analyse

On présente les proportions estimées en 2008 et en 2014-2015 pour chacun des indicateurs étudiés chez la population de 18 ans et plus selon le statut d'immigrant, la durée de résidence au Canada et le sexe (les personnes de 15 à 17 ans ont été exclues des analyses). On examine l'association entre un indicateur et une variable de croisement à l'aide d'un test statistique d'indépendance du khi-deux. Si le résultat est significatif, on produit des tests de comparaison de proportions. On compare également l'évolution des indicateurs entre les deux éditions de l'enquête selon le statut d'immigrant, la durée de résidence au Canada et le sexe. Tous les tests effectués ont été faits au seuil de 1 %.

Ensuite, à partir des données de l'EQSP 2014-2015, on estime des probabilités au moyen des modèles de régression logistique multivariée pour chacun des indicateurs étudiés afin de déterminer si des différences entre les immigrants récents et de longue date comparativement aux Canadiens de naissance s'observent une fois que d'autres caractéristiques ont été prises en compte (p. ex. l'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière). Ces analyses sont réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes.

Les estimations de précision et les tests statistiques tiennent compte du plan de sondage.

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES IMMIGRANTS ET DES CANADIENS DE NAISSANCE DE 18 ANS ET PLUS

On observe au tableau 1 qu'environ les trois quarts des immigrants adultes arrivés au Canada depuis 10 ans ou moins sont âgés de 25 à 44 ans, une proportion plus élevée que celles des adultes nés au Canada et des adultes immigrants

de longue date. Chez ces derniers, on remarque une plus grande proportion de personnes de 45 ans et plus. Autre fait à souligner, les immigrants récents sont plus nombreux en proportion à détenir un diplôme universitaire et à vivre dans un ménage composé d'un couple avec enfants en comparaison aux personnes nées au Canada. Bien que la majorité des personnes de 18 ans et plus estiment que leurs revenus sont suffisants ou se perçoivent comme étant à l'aise financièrement par rapport aux

gens de leur âge, les immigrants récents sont, en proportion, plus nombreux à se percevoir comme étant pauvres ou très pauvres (environ 25 % en 2014-2015). Ces résultats indiquent qu'il faut tenir compte des différences dans le profil sociodémographique des immigrants et des Canadiens de naissance au moment de comparer leur état de santé, leurs habitudes de vie et leurs comportements préventifs.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008			2014-2015		
	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance
	%					
Sexe						
Hommes	53,6	51,3	48,8	53,3	49,0	49,0
Femmes	46,4	48,7	51,2	46,7	51,0	51,0
Groupe d'âge						
18-24 ans	12,4*	6,2* ^a	10,5 ^a	10,3 ^a	5,3 ^{a,b}	11,0 ^b
25-44 ans	78,8 ^a	28,6 ^a	33,7 ^a	73,7 ^a	27,5 ^a	30,9 ^a
45-64 ans	8,0* ^{a,b}	43,3 ^a	38,3 ^b	15,0 ^a	40,7 ^a	36,6 ^a
65 ans et plus	0,8** ^a	21,9 ^a	17,5 ^a	1,0** ^a	26,5 ^a	21,5 ^a
Plus haut niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires (DES) ou inférieur au DES	14,8 ^a	39,3 ^a	49,5 ^a	17,6 ^a	35,5 ^a	44,3 ^a
Diplôme d'études collégiales/études partielles à l'université ¹	20,6 ^a	27,3	28,0 ^a	21,6 ^a	26,5 ^a	31,2 ^a
Diplôme universitaire	64,6 ^a	33,4 ^a	22,5 ^a	60,7 ^a	38,0 ^a	24,6 ^a
Composition du ménage						
Personne vivant seule	9,2* ^a	12,8	14,6 ^a	11,9 ^a	15,7 ^a	18,2 ^a
Couple sans enfant	16,5 ^a	24,3 ^a	31,8 ^a	15,3 ^a	23,0 ^a	32,8 ^a
Couple avec enfants	62,2 ^{a,b}	45,0 ^a	39,3 ^b	51,5 ^a	40,7 ^a	32,4 ^a
Famille monoparentale	6,0*	11,7 ^a	7,6 ^a	6,5 ^a	8,9 ^{a,b}	6,4 ^b
Autre situation ²	6,1*	6,2*	6,7	14,8 ^{a,b}	11,7 ^a	10,3 ^b
Perception de sa situation financière par rapport aux gens de son âge						
À l'aise financièrement	30,5	36,0	34,5	19,9 ^{a,b}	32,1 ^a	31,1 ^b
Revenus suffisants ³	50,8	50,2	54,9	54,8 ^a	50,5 ^{a,b}	54,7 ^b
Pauvre	14,8 ^a	12,1	9,1 ^a	22,1 ^a	15,0 ^a	12,2 ^a
Très pauvre	3,9** ^a	1,8**	1,5 ^a	3,2* ^a	2,4	1,9 ^a

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

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

a,b : Pour une édition et une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même ligne au seuil de 0,01.

1. Diplôme ou certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle ou études partielles à l'université.

2. Personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou personnes non apparentées comme des colocataires.

3. Revenus suffisants pour répondre à ses besoins fondamentaux ou à ceux de sa famille.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE : QUE MESURE-T-ON ?

Perception de sa santé générale comme étant passable ou mauvaise : Avoir évalué sa santé générale comme « passable » ou « mauvaise » sur une échelle à cinq catégories (« excellente » ; « très bonne » ; « bonne », « passable » ; « mauvaise »).

Perception de sa santé buccodentaire comme étant passable ou mauvaise : Avoir évalué sa santé buccodentaire comme « passable » ou « mauvaise » sur une échelle à cinq catégories (« excellente » ; « très bonne » ; « bonne », « passable » ; « mauvaise »).

Surplus de poids (*femmes enceintes exclues*) : Avoir un indice de masse corporelle (IMC) (poids divisé par la taille au carré) correspondant aux niveaux « embonpoint » (IMC de 25 à 29,9) et « obésité » (IMC \geq 30) selon le système de classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé.

Diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) au cours de la vie (*personnes ayant déjà eu des relations sexuelles*) : Avoir eu une infection comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes confirmée par un médecin ou une infirmière.

Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique : Se situer au quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique de Kessler (score \geq 7, sur un total de 24). Le score se base sur la fréquence à laquelle chacun de ces sentiments ou pensées négatives se sont présentés au cours du dernier mois : se sentir nerveux(se), désespéré(e), agité(e) ou incapable de tenir en place, déprimé(e), fatigué(e), bon(ne) à rien (« tout le temps », « la plupart du temps », « parfois », « rarement », « jamais »).

Idées suicidaires ou tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois : Avoir songé sérieusement à s'enlever la vie ou avoir déjà essayé de s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois.

SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Le tableau 2 présente les indicateurs de santé physique et mentale chez la population de 18 ans et plus selon le statut d'immigrant, la durée de résidence au Canada et le sexe.

Mentionnons d'entrée de jeu que chez les immigrants on ne décèle aucune variation statistiquement significative **entre 2008 et 2014-2015** pour l'ensemble des indicateurs étudiés. Chez les Canadiens de naissance, on constate une augmentation de la proportion de personnes ayant un surplus de poids et ayant reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) au cours de leur vie, notamment parmi les femmes. Depuis 2008, il y a

aussi une plus grande proportion de Canadiens de naissance se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.

Lorsque l'on compare les immigrants aux Canadiens de naissance, des écarts sont observés pour tous les indicateurs de 2014-2015, ce qui ne n'est pas toujours le cas pour ceux de l'EQSP 2008⁶.

Ainsi, en 2014-2015, les immigrants récents sont proportionnellement moins nombreux que les Canadiens de naissance à percevoir leur **état de santé** comme étant passable ou mauvais, alors que l'inverse est observé chez les immigrants de longue date, notamment chez les femmes.

Sur le plan de la **santé buccodentaire**, le portrait est différent en ce sens que les immigrants sont plus nombreux, en proportion, à la juger comme étant passable ou mauvaise, et ce, quels que soient la durée de résidence et le sexe.

En ce qui concerne la proportion de personnes ayant un **surplus de poids**, en 2008 elle était moins élevée chez les immigrants récents que chez les Canadiens de naissance ou encore que chez les immigrants de longue date, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes. On observe aussi pour 2014-2015 une plus faible proportion d'immigrants récents ayant un surplus de poids, notamment chez les hommes.

6. L'absence de différence significative sur le plan statistique peut en partie être attribuable au fait qu'en 2008 les effectifs d'immigrants sont plus petits pour déceler des écarts selon la durée de résidence. L'échantillon de l'EQSP 2008 comporte 1 746 répondants de 18 ans et plus nés à l'extérieur du Canada, tandis qu'on en décompte 3 695 dans l'EQSP 2014-2015.

On constate également qu'en 2014-2015, les immigrants récents et de longue date ayant eu des relations sexuelles au cours de leur vie sont proportionnellement moins nombreux à avoir reçu un **diagnostic d'ITS** que les personnes nées au Canada, notamment chez les femmes.

Sur le plan de la santé mentale, les immigrants récents en 2014-2015 sont plus nombreux, en proportion, à se situer au niveau élevé de **l'échelle de détresse psychologique**, autant les hommes que les femmes. Inversement, les personnes nées au Canada ont plus tendance à avoir eu des **idées suicidaires ou à avoir**

fait des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois que les immigrants récents et de longue date, bien que dans tous les cas les prévalences s'avèrent très faibles.

Tableau 2

Indicateurs de santé physique et mentale selon le statut d'immigrant, la durée de résidence au Canada et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008			2014-2015		
	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance
	%					
Perception de sa santé générale comme étant passable ou mauvaise						
Total	6,7**^a	15,0^{a,b}	11,0^b	6,2^a	13,9^a	10,5^a
Hommes	6,0**	9,2*	10,6	4,9* ^{a,b}	12,9 ^a	10,1 ^b
Femmes	7,5** ^a	21,1 ^{a,b}	11,5 ^b	7,7* ^a	14,9 ^{a,b}	10,7 ^b
Perception de sa santé buccodentaire comme étant passable ou mauvaise¹						
Total	23,6^a	18,0^b	10,6^{a,b}	23,2^a	20,5^b	11,9^{a,b}
Hommes	24,6* ^a	18,2 ^b	12,3 ^{a,b}	24,1 ^a	21,8 ^b	14,3 ^{a,b}
Femmes	22,5* ^a	17,8 ^b	9,0 ^{a,b}	22,2 ^a	19,3 ^b	9,6 ^{a,b}
Surplus de poids						
Total	37,8^{a,b}	56,0^a	52,8^b	47,6^{a,b}	55,0^a	55,6^{b,+}
Hommes	43,6 ^{a,b}	61,1 ^a	63,6 ^b	52,2 ^{a,b}	62,8 ^a	64,5 ^b
Femmes	30,6 ^a	50,3 ^a	42,2 ^a	41,8	47,0	46,9 ⁺
Diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours de la vie¹ (parmi ceux ayant eu des relations sexuelles au cours de leur vie)						
Total	3,6**	6,3*	8,9	5,3^a	6,3^b	10,7^{a,b,+}
Hommes	2,1**	6,5*	7,7	4,5* ^a	6,8	8,8 ^a
Femmes	5,2**	5,9*	9,9	6,2* ^a	5,9 ^b	12,6 ^{a,b,+}
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique¹						
Total	28,1	23,4	21,7	33,8^a	29,3	27,4^{a,+}
Hommes	26,2*	15,8	18,2	30,3 ^a	24,7	23,2 ^a
Femmes	30,4	31,5	25,1	37,7 ^a	33,8	31,4 ^a
Idées suicidaires ou tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois¹						
Total	1,1**	3,7*	2,8	1,5**^a	2,1*^b	3,3^{a,b}
Hommes	1,6**	2,1**	3,0	1,3**	1,9**	3,2
Femmes	x	x	2,7	1,7**	2,3*	3,5

x Donnée confidentielle.

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

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

a,b: Pour une édition et une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même ligne au seuil de 0,01.

(+)(-): Augmentation (+) ou diminution (-) significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour une variable donnée chez les Canadien(ne)s de naissance.

1. L'indicateur est jugé affecté par le changement du mode de collecte entre les deux éditions de l'enquête. La comparaison entre les deux éditions a été effectuée en utilisant seulement les estimations du volet téléphonique de l'édition 2014-2015.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS LIÉS À LA SANTÉ : QUE MESURE-T-ON ?

Sédentarité (édition 2014-2015) : Niveau d'activité physique de loisir et de transport correspondant à une pratique inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines. Ces activités incluent le sport, le plein air, le conditionnement physique, la danse ou la marche ainsi que le transport actif pour se rendre au travail, à l'école ou à tout autre endroit. On exclut l'activité physique associée aux tâches domestiques et celle associée à l'occupation principale.

Fumeur régulier ou occasionnel de cigarettes : Fumer des cigarettes tous les jours ou occasionnellement.

Consommation de drogue au moins une fois au cours des 12 derniers mois : Avoir pris ou essayé au moins l'un des 10 types de drogues au cours de cette période (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, héroïne, *crystal meth*, kétamine, médicaments non prescrits, colle).

Consommation régulière ou occasionnelle de cannabis au cours des 12 derniers mois : Avoir consommé du cannabis d'une fois par mois à tous les jours au cours des 12 derniers mois.

Utilisation d'un condom dans toutes ou la majorité des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (*personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, à l'exclusion des femmes ayant eu des relations sexuelles seulement avec des femmes*) : Avoir utilisé un condom dans toutes ou la majorité des relations sexuelles vaginales ou anales au cours de cette période.

Test de Pap passé au cours de la vie (*femmes de 18 à 69 ans*) : Avoir passé un test de Pap (prélèvement vaginal) au moins une fois au cours de sa vie.

Dernier test de Pap remontant à moins de trois ans (*femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap au cours de leur vie*) : Avoir passé un test de Pap il y a moins de trois ans, comme recommandé par les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec.

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS LIÉS À LA SANTÉ

Les résultats pour ces indicateurs sont indiqués au tableau 3. Comme pour les indicateurs de santé physique et mentale, aucune différence statistiquement significative n'est décelée chez les immigrants **entre 2008 et 2014-2015**. Chez les Canadiens de naissance, on observe une diminution de l'usage de la cigarette et une augmentation de la consommation de drogue au cours des 12 derniers mois, notamment de la consommation régulière ou occasionnelle de cannabis. En matière de comportements préventifs, on note une baisse de la proportion de femmes nées au Canada de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap au cours de leur vie.

Lorsque l'on compare les immigrants aux Canadiens de naissance, on remarque que selon l'EQSP 2014-2015, les immigrants récents ne se distinguent pas des Canadiens de naissance pour ce qui est de la **sédentarité**, tandis que les immigrants de longue date sont proportionnellement plus nombreux à être sédentaires que les personnes nées au Canada, notamment chez les femmes.

Quant aux habitudes tabagiques, les immigrants récents, en 2014-2015, étaient en proportion moins nombreux à fumer la **cigarette** que les personnes nées au Canada, tandis que les immigrants de longue date affichent une plus faible proportion de fumeurs autant en 2008 qu'en 2014-2015. Des écarts selon le statut d'immigrant se confirment chez les femmes.

En ce qui concerne la consommation de **drogue** (tous les types) et de **cannabis** au cours des 12 derniers mois, selon les données de 2014-2015 les immigrants récents et de longue date sont proportionnellement moins nombreux à en avoir consommé que les personnes nées au Canada, autant chez les hommes que chez les femmes.

Sur le plan des comportements préventifs, on compte une plus grande proportion d'immigrants récents ayant **utilisé un condom** dans toutes ou la majorité de leurs relations sexuelles au cours des 12 derniers mois que de Canadiens de naissance, et ce, quel que soit le sexe. En 2014-2015, cette proportion est aussi plus élevée chez les immigrants de longue date comparativement aux Canadiens de naissance.

Quant au dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 18 à 69 ans, les immigrantes récentes sont en proportion moins nombreuses à avoir passé un **test de Pap** au cours de leur vie que les Canadiennes de naissance, autant

en 2008 qu'en 2014-2015. On observe aussi une plus faible proportion chez les immigrantes de longue date en 2014-2015. Cependant, parmi les femmes qui ont passé au moins un test de Pap au cours de leur vie, il y a une plus grande

proportion d'immigrantes récentes dont le dernier test remonte à moins de trois ans comparativement aux Canadiennes de naissance ou encore aux immigrantes de longue date.

Tableau 3

Indicateurs des habitudes de vie et des comportements préventifs liés à la santé selon le statut d'immigrant, la durée de résidence au Canada et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008			2014-2015		
	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance
	%					
Sédentarité						
Total	..	..	..	32,3	34,9 ^a	29,5 ^a
Hommes	..	..	..	30,4	32,8	29,1
Femmes	..	..	..	34,5	36,9 ^a	29,9 ^a
Fumeur régulier ou occasionnel de cigarettes						
Total	20,2	18,0 ^a	24,7 ^a	14,3 ^a	15,7 ^b	20,6 ^{a,b -}
Hommes	28,3	21,7	26,3	19,1	19,8	21,5 ⁻
Femmes	10,9 ^{**a}	14,2 ^b	23,3 ^{a,b}	8,8 ^a	11,6 ^b	19,6 ^{a,b -}
Consommation de drogue au moins une fois au cours des 12 derniers mois						
Total	5,1^{**a}	6,6[*] ^b	12,8 ^{a,b}	7,3 ^a	8,1 ^b	17,4 ^{a,b +}
Hommes	8,2 ^{**}	9,1 [*] ^a	17,3 ^a	8,6 ^a	11,0 ^b	21,8 ^{a,b +}
Femmes	1,6 ^{**}	4,0 ^{**}	8,5	5,7 [*] ^a	5,3 [*] ^b	13,2 ^{a,b +}
Consommation régulière ou occasionnelle de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Total	4,8^{**a}	6,0[*] ^b	11,9 ^{a,b}	6,4 ^a	7,5 ^b	15,8 ^{a,b +}
Hommes	7,6 ^{**}	8,1 [*] ^a	16,2 ^a	7,7 [*] ^a	10,2 ^b	20,1 ^{a,b +}
Femmes	1,6 ^{**}	3,8 ^{**}	7,8	4,8 [*] ^a	4,8 [*] ^b	11,7 ^{a,b +}
Utilisation d'un condom dans toutes ou la majorité des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (parmi ceux ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois)						
Total	31,7 ^{a,b}	21,4 ^a	17,2 ^b	32,5 ^a	23,7 ^a	18,0 ^a
Hommes	32,3 ^a	22,9	18,2 ^a	34,6 ^a	24,3 ^a	19,6 ^a
Femmes	31,0 [*] ^a	19,3 [*]	16,2 ^a	29,9 ^a	22,9 ^b	16,2 ^{a,b}
Test de Pap passé au cours de la vie¹ (parmi les femmes de 18 à 69 ans)						
Femmes	65,7 ^{a,b}	85,7 ^a	90,1 ^b	61,2 ^a	77,2 ^a	84,8 ^{a -}
Dernier test de Pap remontant à moins de trois ans¹ (parmi les femmes de 18 à 69 ans ayant déjà passé un test de Pap)						
Femmes	89,8	83,6	82,4	91,2 ^{a,b}	81,7 ^a	81,0 ^b

.. Donnée non disponible.

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

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

a,b : Pour une édition et une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même ligne au seuil de 0,01.

(+)(-): Augmentation (+) ou diminution (-) significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour une variable donnée chez les Canadien(ne)s de naissance.

1. L'indicateur est jugé affecté par le changement du mode de collecte entre les deux éditions de l'enquête. La comparaison entre les deux éditions a été effectuée en utilisant seulement les estimations du volet téléphonique de l'édition 2014-2015.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Y A-T-IL DES DIFFÉRENCES ENTRE LES IMMIGRANTS ET LES CANADIENS DE NAISSANCE UNE FOIS D'AUTRES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES PRISES EN COMPTE ?

On a estimé des probabilités au moyen de modèles de régression logistique multivariée à partir des données de l'EQSP 2014-2015 pour chacun des indicateurs étudiés (à l'exception de celui sur la présence d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide). Les caractéristiques sociodémographiques, présentées au tableau 1, sont traitées comme variables de contrôle dans les modèles : l'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière. Ces analyses sont réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, un rapport de cotes (RC) supérieur à 1 indique que la probabilité des immigrants est plus élevée que celle des Canadiens de naissance – la catégorie de référence – tandis qu'un RC inférieur à 1 indique que leur probabilité est plus faible. La différence n'est pas statistiquement significative si l'intervalle de confiance à 95 % du RC comprend la valeur 1.

En ce qui la concerne la santé physique et mentale (figures 1 et 2), on constate que les différences observées lors des analyses bivariées se maintiennent pour la plupart des indicateurs considérés. C'est le cas notamment de la perception de la **santé buccodentaire** : les immigrants récents et de longue date ont une plus

grande probabilité de l'estimer comme étant passable ou mauvaise, autant les hommes que les femmes. Pour ce qui est du **surplus de poids**, les hommes ayant immigré récemment ont une probabilité moindre d'en présenter que les hommes nés au Canada, tandis qu'on ne décèle pas d'écart chez les femmes pour cet indicateur. Les immigrants récents, les hommes comme les femmes, ont une plus faible probabilité d'avoir reçu un **diagnostic d'ITS** au cours de leur vie que les personnes nées au Canada. On observe aussi une plus faible probabilité chez les immigrantes de longue date comparativement aux Canadiennes de naissance.

Contrairement à ce que montrent les analyses bivariées, les immigrants récents ne se distinguent pas des Canadiens de naissance en ce qui a trait à la perception de leur **état de santé**, et ce, quel que soit le sexe. Toutefois, les immigrantes de longue date demeurent plus enclines à le percevoir comme étant passable ou mauvais que les Canadiennes de naissance. On note également que les immigrants récents ne se distinguent pas des Canadiens de naissance en ce qui concerne la probabilité de se situer au niveau élevé de l'**échelle de détresse psychologique**, et ce, peu importe le sexe.

Au regard des habitudes de vie et des comportements préventifs liés à la santé (figures 3 et 4), on remarque que contrairement aux résultats des analyses bivariées, les immigrants récents ont une plus grande propension à être **sédentaires** que les personnes nées au Canada une

fois leurs caractéristiques sociodémographiques prises en compte, autant les hommes que les femmes.

Comme le montrent les analyses bivariées, les femmes immigrantes, quelle que soit leur durée de résidence, sont moins susceptibles de fumer la **cigarette** que les Canadiennes de naissance. Chez les hommes, la consommation de cigarette ne varie pas selon le statut d'immigrant.

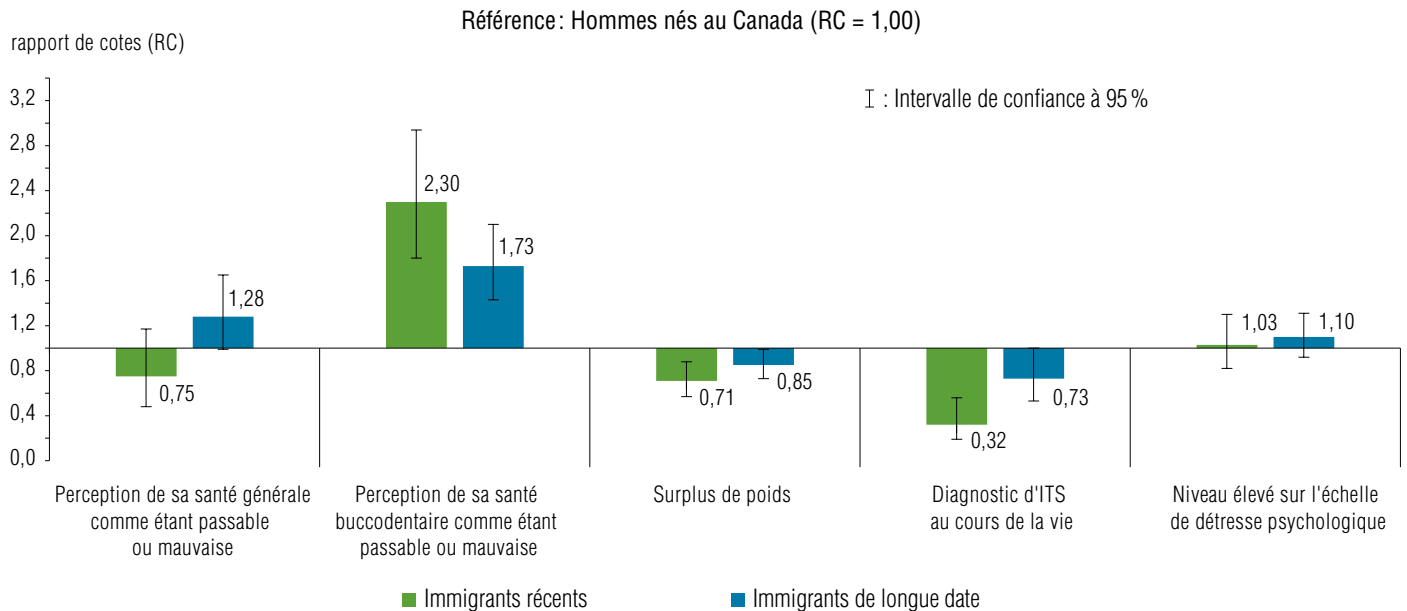
Les immigrants récents et de longue date ont une probabilité plus faible d'avoir consommé de la **drogue** (tous les types) au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Ils sont aussi moins susceptibles d'avoir consommé du **cannabis** régulièrement ou à l'occasion durant cette période, autant les hommes que les femmes.

Quant aux comportements préventifs, les immigrants récents et de longue date, les hommes comme les femmes, sont plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'avoir utilisé un **condom** dans toutes ou la majorité de leurs relations sexuelles au cours des 12 derniers mois⁷. En ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin, on observe que les femmes immigrantes de 18 à 69 ans, quelle que soit leur durée de résidence, sont moins susceptibles d'avoir passé un test de Pap au cours de leur vie que les femmes nées au Canada. Cependant, parmi celles qui ont déjà passé un **test de Pap**, la probabilité que le dernier test remonte à moins de trois ans ne diffère pas selon le statut d'immigrant, une fois que les autres caractéristiques sociodémographiques sont prises en compte.

7. Ce modèle tient compte du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Figure 1

Rapports de cotes (RC) associés aux indicateurs de santé physique et mentale selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada, hommes de 18 ans et plus, Québec, 2014-2015

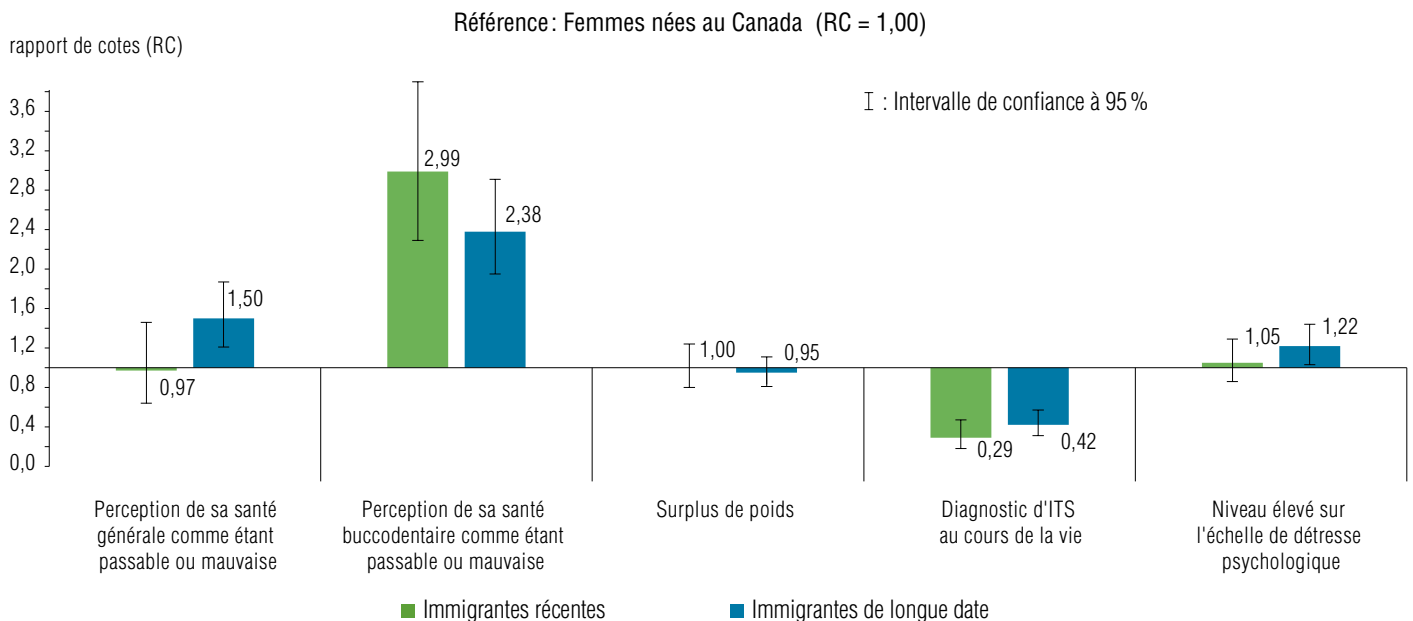


Note: RC ajustés selon le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 2

Rapports de cotes (RC) associés aux indicateurs de santé physique et mentale selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada, femmes de 18 ans et plus, Québec, 2014-2015

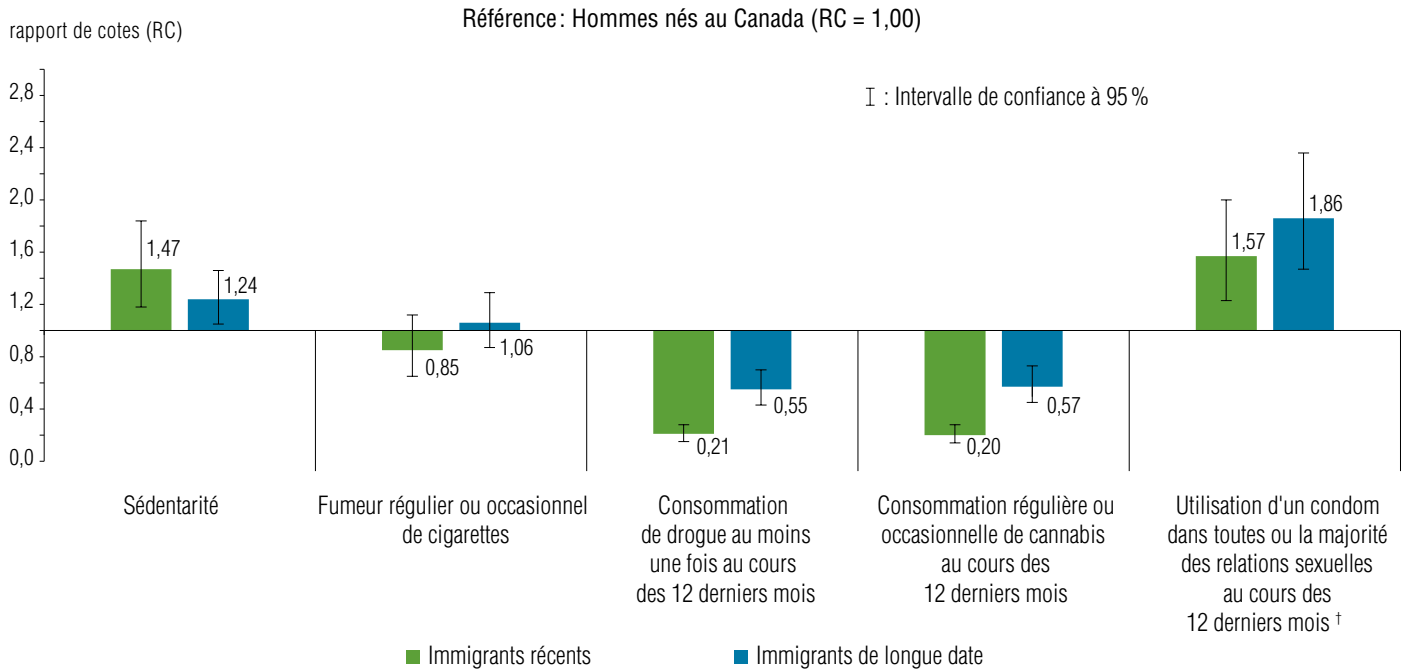


Note: RC ajustés selon le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 3

Rapports de cotes (RC) associés aux indicateurs d'habitudes de vie et de comportements préventifs liés à la santé selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada, hommes de 18 ans et plus, Québec, 2014-2015



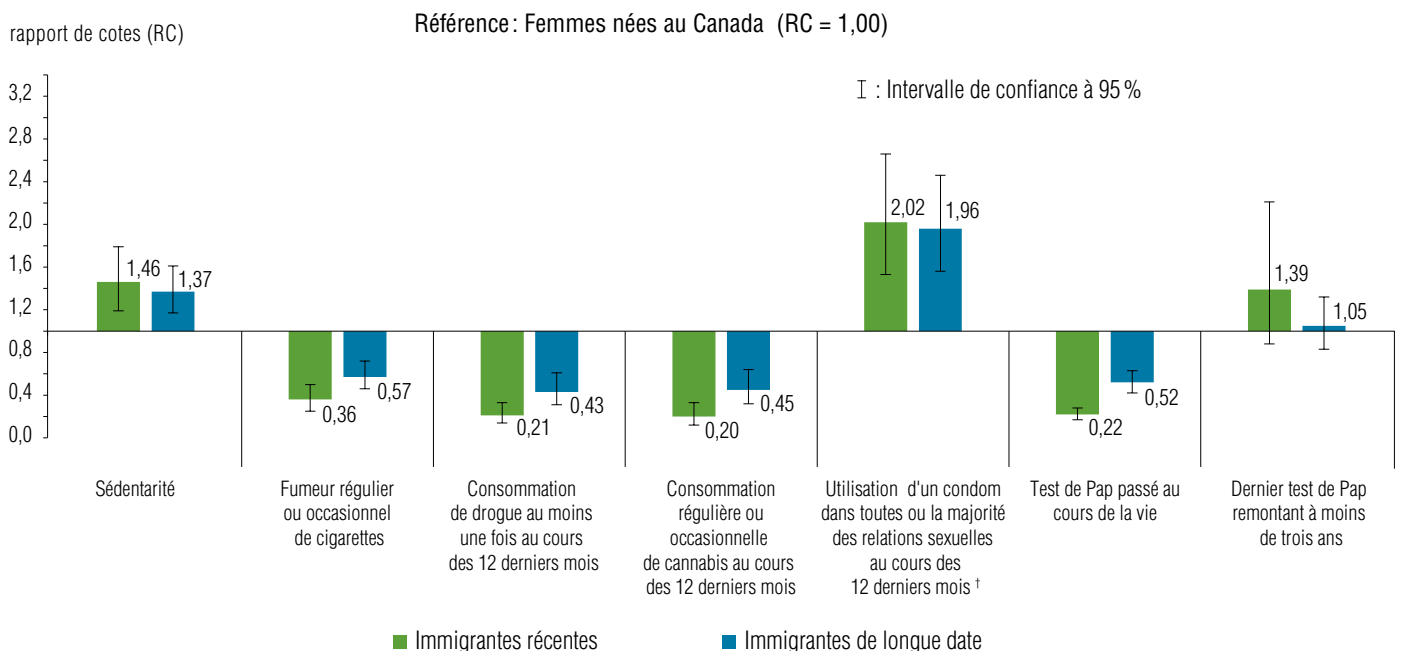
Note: RC ajustés selon le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière.

† Dans ce modèle, les RC ont aussi été ajustés selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 4

Rapports de cotes (RC) associés aux indicateurs d'habitudes de vie et de comportements préventifs liés à la santé selon le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada, femmes de 18 ans et plus, Québec, 2014-2015



Note: RC ajustés selon le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de sa situation financière.

† Dans ce modèle, les RC ont aussi été ajustés selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

CONCLUSION

Ce bulletin vise à enrichir le portrait de la santé des immigrants adultes au Québec en tenant compte de divers indicateurs de santé physique et mentale de même que des habitudes de vie et des comportements préventifs liés à la santé mesurés dans les deux éditions de l'EQSP.

Il ressort de ces résultats que les immigrants arrivés depuis 10 ans ou moins présentent certaines caractéristiques distinctes par rapport aux Canadiens de naissance en matière de santé, comme le montrent les études précédentes. Ainsi, les immigrants récents sont moins susceptibles d'avoir un **surplus de poids**, notamment les hommes selon l'EQSP 2014-2015. Au Québec, le surplus de poids est plus répandu chez les hommes que chez les femmes et est associé à d'autres problèmes de santé tels que le diabète et l'hypertension (Camirand et autres, 2016; Martel et autres, 2014).

Les immigrants récents sont aussi moins susceptibles d'avoir reçu un **diagnostic d'ITS** au cours de leur vie que les Canadiens de naissance, autant chez les hommes que chez les femmes. Mais étant donné qu'il faut avoir consulté un professionnel de la santé pour obtenir un tel diagnostic, il est possible que ces écarts soient en partie associés aux différences dans l'utilisation des services de santé, soit avant ou après la migration.

On constate également que les immigrants ont moins tendance à avoir eu des **idées suicidaires** ou à avoir fait des **tentatives de suicide** au cours des 12 derniers mois que les Canadiens de naissance de 18 ans et plus.

Les immigrants récents ne se distinguent pas des Canadiens de naissance en ce qui a trait à la perception de leur **état de santé** ni à la probabilité de se situer au niveau élevé de l'échelle de **détresse psychologique** une fois que leurs caractéristiques sociodémographiques sont prises en compte (l'âge, le niveau de scolarité, la composition du ménage et la perception de leur situation financière). Mais comme le montrent d'autres études, les immigrants sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur **santé buccodentaire**, et ce, quels que soient la durée de résidence et le sexe. Il faut noter que les soins dentaires des personnes âgées de 10 ans et plus ne sont pas couverts par le régime public d'assurance maladie, ce qui peut représenter une barrière d'accès aux traitements et à la prévention.

Mis à part la santé buccodentaire, les immigrants de longue date ne se distinguent pas des Canadiens de naissance pour la plupart des indicateurs de santé physique et mentale considérés. Les analyses selon le sexe suggèrent cependant une situation moins favorable chez les femmes, car celles ayant immigré il y a plus de 10 ans sont plus susceptibles de percevoir leur **état de santé** comme étant passable ou mauvais comparativement aux femmes nées au Canada, un constat qui a aussi été fait par l'étude de Nanhou et Bernèche (2014)⁸. Comme les immigrantes récentes, elles sont aussi moins enclines à avoir déjà reçu un **diagnostic d'ITS** que les Canadiennes de naissance.

Sur le plan des habitudes de vie, les résultats de l'EQSP concordent avec ceux d'autres études menées au Canada, lesquelles montrent que les immigrants sont moins susceptibles d'avoir des comportements nuisibles à la santé

(Vang et autres, 2017). Bien que la prévalence de l'usage de la cigarette soit en diminution chez les Canadiens de naissance grâce à la mise en place de politiques de prévention et de lutte contre le tabagisme depuis plusieurs décennies, les données de l'EQSP montrent que les femmes immigrantes sont moins susceptibles de fumer la **cigarette** que les femmes nées au Canada, alors que chez les hommes on ne décèle pas d'écart selon le statut d'immigrant. En ce qui concerne la consommation d'alcool, thème qui n'a pas été mesuré dans l'EQSP, d'autres études pour le Québec indiquent que les immigrants sont aussi moins susceptibles d'en consommer de façon excessive (Nanhou et Audet, 2008; Tessier et autres, 2015).

Un autre constat est que les immigrants récents et de longue date ont une plus faible propension à avoir consommé de la **drogue** au cours des 12 derniers mois, notamment du **cannabis**. Contrairement à ce que l'on observe pour la cigarette, entre 2008 et 2014-2015 il y a eu une augmentation de la proportion de Canadiens de naissance de 18 ans et plus qui consomment du cannabis régulièrement ou à l'occasion, avant la légalisation de cette substance à des fins récréatives.

Le portrait est moins avantageux lorsque l'on tient compte du niveau d'activité physique. Selon les données de l'EQSP 2014-2015, les immigrants récents et de longue date ont une plus grande propension à être **sédentaires** que les personnes nées au Canada, une fois leurs caractéristiques sociodémographiques prises en compte. Cela signifie qu'ils sont moins enclins à faire de l'activité physique au moins une fois par semaine (sport, plein air, conditionnement physique, danse ou marche) ainsi qu'à utiliser le transport actif⁹.

8. Bien que ces résultats suggèrent une détérioration de la santé des femmes immigrantes avec le temps, ils pourraient refléter un effet de cohorte ou une variation dans les perceptions. Comme le mentionne Rotermann (2011), il faudrait utiliser des données longitudinales qui suivent une cohorte d'immigrants au fil du temps pour mettre en lumière le processus de détérioration de leur état de santé.

9. Rappelons que le niveau d'activité physique pourrait être sous-estimé chez certaines sous-populations étant donné qu'on ne tient pas compte des activités dans le cadre de l'occupation principale ni du travail domestique.

D'autres recherches au Canada montrent aussi un lien entre la sédentarité et le statut d'immigrant (Dogra et autres, 2010).

En ce qui concerne les comportements préventifs, les résultats pour 2014-2015 indiquent que les immigrants, hommes et femmes, sont plus susceptibles que les Canadiens de naissance d'avoir utilisé un **condom** dans toutes ou la majorité de leurs relations sexuelles au cours des 12 derniers mois, et ce, quelle que soit la durée de résidence. Mentionnons que selon l'EQSP (données non illustrées), les femmes nées au Canada en âge de procréer sont, en proportion, plus nombreuses que les immigrantes à utiliser habituellement la pilule contraceptive comme moyen de contraception ou à avoir un partenaire vasectomisé¹⁰, ce qui pourrait expliquer la moindre utilisation du condom.

Un autre fait saillant des résultats est la plus faible probabilité des immigrantes de 18 à 69 ans à avoir passé un **test de Pap** au cours de leur vie comparativement aux femmes nées au Canada. Toutefois, parmi celles qui ont déjà passé un test, la probabilité que le dernier remonte à moins de trois ans ne diffère pas selon le statut d'immigrant une fois que leurs caractéristiques sociodémographiques sont prises en compte. À cet égard, une récente étude pour la région de Montréal montre que le fait d'être immigrante et de ne pas avoir accès à un médecin de famille augmente les chances de ne jamais avoir passé un test de Pap (Datta et autres, 2018).

Une limite de cette étude est le fait de ne pas avoir pris en compte les diverses origines et expériences migratoires, par exemple, en tenant compte du pays de naissance ou de la catégorie d'immigration (ex. : économique, recomposition familiale, réfugié). Malgré leur

importance, ces variables sont souvent omises à cause des petites tailles des échantillons ou de l'absence des renseignements à ce sujet dans les sources de données (Rotermann, 2011 ; Vang et autres, 2015). À cet égard, le jumelage des fichiers administratifs (ex. : fichiers des admissions permanentes) et des données d'enquêtes populationnelles en santé offre une avenue prometteuse, comme le montrent des études récentes ayant analysé l'effet de l'immigrant en bonne santé selon la catégorie d'immigration au Canada (Lu et Ng, 2019 ; Ng et autres, 2016).

En somme, l'EQSP offre la possibilité de comparer et de suivre l'évolution de plusieurs indicateurs clés de la santé et de ses déterminants en considérant le statut d'immigrant et la durée de résidence au Canada. La troisième édition de l'EQSP, qui aura lieu en 2020-2021, permettra l'approfondissement de ces connaissances.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE SUGGÉRÉE

STREET, Maria-Constanza (2019). « État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec : que nous disent les résultats de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* de 2008 et de 2014-2015? », *Zoom santé*, [En ligne], n° 65, novembre, Institut de la statistique du Québec, p. 1-16. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-65.pdf].

10. Selon l'EQSP 2014-2015, les femmes de 15 à 49 nées au Canada et ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois sont proportionnellement plus nombreuses que les immigrantes récentes et de longue date à utiliser habituellement la pilule contraceptive (35 % c. 23 % et 21 % respectivement) et la vasectomie (17 % c. 2,3** et 7 %* respectivement) (données non illustrées, calculs de l'ISQ).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada. Un portrait national. Sommaire exécutif*, [En ligne], Agence de la santé publique du Canada, 12 p. [www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-fra.pdf] (Consulté le 5 juin 2019).
- BAULNE, J., et R. COURTEMANCHE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête. Version révisée*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 48 p. [www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp2014-2015-comparabilite.pdf] (Consulté le 21 février 2019).
- CAMIRAND, H., I. TRAORÉ et J. BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebécois-2014-2015.pdf] (Consulté le 9 mai 2019).
- DATTA, G. D., et autres (2018). « Cervical cancer screening in Montreal: Building evidence to support primary care and policy interventions », *Preventive Medicine*, [En ligne], vol. 111, June, p. 265-271. doi: [10.1016/j.ypmed.2018.02.037](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.037). (Consulté le 25 juin 2019).
- DOGRA, S., B. A. MEISNER et C. I. ARDERN (2010). « Variation in mode of physical activity by ethnicity and time since immigration: a cross-sectional analysis », *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [En ligne], vol. 7:75, October, p. 1-11. doi: [10.1186/1479-5868-7-75](https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-75). (Consulté le 13 mars 2019).
- GUSHULAK, B. D., et autres (2011). « Migration and health in Canada: health in the global village », *Canadian Medical Association Journal*, [En ligne], vol. 183, n° 12, September, p. E952-E958. doi: [10.1503/cmaj.090287](https://doi.org/10.1503/cmaj.090287). (Consulté le 31 juillet 2019).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2018). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2018*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 173 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf] (Consulté le 23 juillet 2019).
- LAMBERT, R., et autres (2014). *Avenues politiques: intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé. Rapport*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 106 p. (Politiques publiques et santé). [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reducire_ISS.pdf] (Consulté le 5 juin 2019).
- LECOURS, C., et G. NEILL (2015). « État de santé, utilisation des services et besoins non comblés des immigrants au Québec », *Zoom santé*, [En ligne], vol. 53, décembre, Institut de la statistique du Québec, 10 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201512.pdf] (Consulté le 31 octobre 2019).
- LU, C., et E. NG (2019). « Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, [En ligne], vol. 30, n° 4, avril, p. 3-13. [www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2019004/article/00001-fra.pdf?st=ovdqj5D]. (Consulté le 31 juillet 2019).
- LU, Y., et autres (2017). « Health of newly arrived immigrants in Canada and the United States: Differential selection on health », *Health & Place*, [En ligne], vol. 48, November, p. 1-10. doi: [10.1016/j.healthplace.2017.08.011](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.08.011). (Consulté le 12 mars 2019).
- MARTEL, S., et autres (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois. Collection Fardeau du poids corporel*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 24 p. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1869_Poids_Sante_Adultes.pdf] (Consulté le 25 octobre 2018).

- MCDONALD, J. T., et S. KENNEDY (2004). « Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, [En ligne], vol. 59, n° 8, October, p. 1613-1627. doi: [10.1016/j.socscimed.2004.02.004](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004). (Consulté le 2 mai 2019).
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION (2017). *Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015*, [En ligne], Québec, Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 74 p. [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2017_admisQc.pdf] (Consulté le 6 juin 2019).
- NANHOU, V., et N. AUDET (2008). « Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* », *Zoom santé*, [En ligne], juin, Institut de la statistique du Québec, 4 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200806.pdf].
- NANHOU, V., et F. BERNÈCHE (2014). « L'état de santé des immigrants au Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance? Une vue d'ensemble à partir des indicateurs clés. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) », *Zoom santé*, [En ligne], vol. 42, avril, Institut de la statistique du Québec, 15 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201404-42.pdf].
- NEWBOLD, B. (2009). « The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC », *Ethnicity & Health*, [En ligne], vol. 14, n° 3, June, p. 315-336. doi: [10.1080/13557850802609956](https://doi.org/10.1080/13557850802609956). (Consulté le 13 mars 2019).
- NG, E., C. SANMARTIN et D. G. MANUEL (2016). « Hospitalisation en soins de courte durée, selon la catégorie d'immigration : couplage de données hospitalières avec le Fichier d'établissement des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, [En ligne], produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 27, n° 8, août, p. 12-18. [www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2016008/article/14648-fra.pdf?st=nHnk9eDp]. (Consulté le 31 octobre 2019).
- ROTERMANN, M. (2011). « Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, [En ligne], produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 22, n° 4, décembre, p. 37-43. [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2011004/article/11589-fra.htm] (Consulté le 23 janvier 2019).
- SINGH, G. K., A. RODRIGUEZ-LAINZ et M. D. KOGAN (2013). « Immigrant health inequalities in the United States: use of eight major national data systems », *Scientific World Journal*, [En ligne], vol. 2013, p. 512-313. doi: [10.1155/2013/512313](https://doi.org/10.1155/2013/512313). (Consulté le 31 juillet 2019).
- STATISTIQUE CANADA (2017). *Immigration et diversité : projections de la population du Canada et de ses régions, 2011 à 2036*, [En ligne], produit n° 91-551-X au catalogue de Statistique Canada, Statistique Canada, 143 p. [www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-551-x/91-551-x2017001-fra.pdf?st=UJYulJdr] (Consulté le 5 juin 2019).
- STEVEN, K., M. JAMES TED et B. NICHOLAS (2006). *The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries*, [En ligne], McMaster University, 54 p. (Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers). [ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/164.html] (Consulté le 15 juin 2019).
- TESSIER, S., D. HAMEL et N. APRIL (2015). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : déterminants et problèmes liés*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 36 p. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2023_Consommation_Excessive_Alcool.pdf] (Consulté le 21 juin 2019).
- VANG, Z., et autres (2015). « Les immigrants sont-ils en meilleure santé que les natifs du Canada? », *Dossier de politique* [En ligne], vol. 25, mai, p. 4. [http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1044&context=pclc_rpb] (Consulté le 31 octobre 2019).
- VANG, Z. M., et autres (2017). « Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada », *Ethnicity & Health*, [En ligne], vol. 22, n° 3, May, p. 209-241. doi: [10.1080/13557858.2016.1246518](https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518). (Consulté le 14 mars 2019).

PARUS RÉCEMMENT DANS LA COLLECTION ZOOM SANTÉ...

n° 64	Les Québécois âgés de 15 à 29 ans sont-ils plus exposés aux contraintes physiques en milieu de travail que leurs aînés ?	Novembre 2017
n° 63	La pratique régulière de l'activité physique chez les 15 à 29 ans au Québec	Juin 2017
n° 62	La santé mentale des jeunes : certains consultent, d'autres pas. Qui sont-ils ?	Juin 2017
n° 61	Qui sont les consommateurs réguliers de boissons sucrées ?	Avril 2017
n° 60	Consommer ou ne pas consommer du cannabis : regard sur le profil de consommation des Québécois	Novembre 2016

À PARAÎTRE

Activité physique chez les aînés du Québec

Survivre à un cancer une fois les traitements terminés : les facteurs associés à une expérience de soins positive chez les patients du Québec

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'Institut.

Ont collaboré à la réalisation : Kate Dupont, vérification des chiffres
Direction des statistiques de santé
Julie Boudreault, révision linguistique
Andrée-Ann Sénéchal, mise en page
Direction de la diffusion et des communications

Pour plus de renseignements : Centre d'information et de documentation
Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone : 418 691-2401
ou 1 800 463-4090 (sans frais d'appel
au Canada et aux États-Unis)

Télécopieur : 418 643-4129

Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2019
ISSN 1911-5539 (en ligne)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation
personnelle est interdite sans l'autorisation du
gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm