

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

État de santé des immigrants québécois et son association au soutien social : Analyse de l'Enquête sociale et de santé 1998.

Par :
Farida Moussaoui

Département de Médecine Sociale et Préventive
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
En vue de l'obtention du grade de **Maître ès Sciences (M.Sc)**
en **Santé Communautaire**

Août, 2007

© Farida Moussaoui, 2007.



Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

État de santé des immigrants québécois et son association au soutien social : Analyse de l'Enquête sociale et de santé 1998.

Présenté par :

Farida Moussaoui

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Seguin

Président – Rapporteur

Maria-Victoria Zunzunegui

Directrice de recherche

Costas Kapetanakis

Codirecteur de recherche

Alex Battaglini

Codirecteur de recherche

Sylvie Gravel

Membre du jury

SOMMAIRE

Dans le contexte évolutif de l'immigration canadienne, de nombreuses études épidémiologiques et sociologiques, permettent de constater certaines particularités qui définissent les conditions de vie des personnes immigrantes aux plans social, économique et culturel. Ces particularités, relatives à l'expérience de la migration et à ses conséquences, mais aussi aux différences culturelles, semblent avoir des répercussions sur l'état de santé physique et mentale de ces personnes lorsque certaines circonstances maintiennent un état d'instabilité.

Ce mémoire propose d'explorer les variations de l'état de santé chez les personnes immigrantes au Québec en tenant compte essentiellement de trois aspects reliés à leur intégration dans la société québécoise à savoir le soutien social, l'ethnicité (leur appartenance au groupe ethnique majoritaire ou minoritaire) et le facteur générationnel (première et seconde génération d'immigrants). Pour ce faire, nous analyserons les données recueillies lors de l'Enquête sociale et de santé 1998 (ESSQ). Nos indicateurs de santé sont la santé perçue, évaluée par une question sur la perception de la propre santé et la détresse psychologique, mesurée par l'échelle d'Ilfeld, adaptée à la population québécoise. Nous examinons la santé de la population immigrante selon l'ethnicité et le soutien social, en contrôlant pour l'âge, le sexe et la position socioéconomique. Nos résultats ont montré que :

- La santé perçue varie selon les groupes ethniques : le groupe minoritaire né hors Canada rapporte une fréquence plus élevée de santé perçue qualifiée de bonne, moyenne ou mauvaise.
- Le groupe minoritaire né au Canada affiche en plus grande proportion un niveau de détresse psychologique élevée comparativement aux groupes des immigrants nés hors du pays. Mais cette différence disparaît quand on prend en considération le soutien social.
- L'association du soutien social avec la santé perçue est différente pour les groupes ethniques minoritaires quand on les compare au groupe majoritaire. Pour les groupes

minoritaires un faible soutien social est associé à une perception de la santé plutôt défavorable, tandis que pour le groupe majoritaire le soutien social n'est pas associé à la perception de la santé.

- Le soutien social est associé au bien-être psychologique dans les trois groupes d'immigrants.

Les politiques d'intégration sociale doivent tenir compte de l'importance des relations sociales pour la santé des immigrants. Les immigrants qui appartiennent aux groupes minoritaires pourraient intégrer dans leur conception de la santé une dimension du fonctionnement social qui ne serait pas présente dans le groupe majoritaire.

Mots clés : santé, immigration, génération, soutien social

SUMMARY

In the evolutionary context of the Canadian immigration, numerous epidemiological and sociological studies permit to note some particularities that define the conditions of life of the immigrant people in social, economic and cultural aspects. These particularities, relative to the experience of immigration and to his/her/its consequences, but also to the cultural differences, seem to have consequences on their physical and mental health status particularly when living under conditions of social instability.

This thesis aims at exploring health status variations among immigrant people in Quebec while taking account three aspects of their integration in the Quebecois society: social support, ethnicity (their adherence to the majority or minority ethnic group) and the generational factor (first and second generation of immigrants). We will analyze the data collected at the time of the 1998 Health and Social Survey of Quebec (ESSQ). Our indicators of health are self-rated health, estimated by a question on self-perception of health and psychological distress, measured by the Ilfeld scale, adapted to the Quebecois population. We examine the health of the immigrant population according to ethnicity, generation and social support, while controlling for age, the sex and the socio-economic position. Our results showed that:

- Self-rated health varies according to ethnic groups: the minority group born out of Canada has higher prevalence of poor SRH.
- The minority group born in Canada (second generation) has higher prevalence of psychological distress as compared to first generation immigrants. The difference disappears after adjusting for social support.
- Associations between social support and SRH are different in minority groups compared with the majority group. For the minority groups, poor social support is associated with poor SRH while for the majority group, social support is not associated with SRH
- Social support is negatively associated with psychological distress for all immigrants.

Social integration policies must take into account the importance of social relations for the health of the immigrants. Immigrants belonging to minority groups could integrate in their conception of health a dimension of social well being that may not be present in the majority group.

Key words: health, immigration, generation, social support.

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	i
Summary.....	iii
Tables des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Annexe.....	viii
Liste des figures.....	ix
Sigles et abréviations.....	x
Dédicaces.....	xi
Remerciements.....	xii
CHAPITRE 1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique.....	2
1.2 Objectif de l'étude.....	3
CHAPITRE 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
2.1 Le profil des immigrants au Canada.....	6
2.1.1 Des catégories d'admission.....	6
2.1.2 Diversité et diversification des immigrants.....	7
2.1.3 Des facteurs sociodémographiques.....	8
2.2 La santé des immigrants au Canada.....	10
2.3 L'intégration des immigrants.....	13
2.3.1 Appartenance ethnoculturelle.....	14
2.3.2 Génération.....	15
2.3.3 L'ethnicité et l'intégration sociale.....	17
2.4 Santé, ethnicité et immigration.....	20
2.4.1 Santé et ethnicité.....	20
2.4.2 Santé et immigration.....	24
2.4.3 Santé et soutien social.....	26
2.5 Élaboration du cadre d'analyse.....	28
2.5.1 Cadre d'analyse.....	28
2.5.2 Commentaires.....	29
CHAPITRE 3. SOURCES ET LIMITES DES DONNÉES.....	31
3.1 Présentation de l'Enquête sociale et de santé 1998.....	32
3.2 Population visée.....	32
3.3 Plan d'échantillonnage.....	32
3.4 Instrument de collecte de données.....	33
3.5 Qualité et limites des données.....	34
CHAPITRE 4. MÉTHODE.....	35

4.1	Choix de la population à l'étude.....	36
4.2	Portée et limites de la population à l'étude.....	37
4.3	Les caractéristiques retenues et leur description.....	38
4.3.1	Les variables dépendantes.....	39
4.3.2	L'exposition.....	41
4.3.3	Variable modificatrice.....	41
4.3.4	Variable de contrôle.....	43
4.4	La stratégie d'analyse.....	44
CHAPITRE 5. RESULTATS.....		47
5.1	Principales caractéristiques de la population à l'étude.....	48
5.2	Caractéristiques de la population à l'étude selon le groupe ethnique (modifié)..	51
5.3	Analyse par régression logistique binomiale.....	53
5.3.1	État de santé perçu.....	53
5.3.2	Détresse psychologique.....	57
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....		62
6.1	Discussion des limites.....	64
6.2	Comparaison avec la littérature.....	67
6.2.1	Concernant l'objectif n°1 : la distribution de la santé des immigrants suivant l'ethnicité	67
6.2.2	Concernant l'objectif n°2 : le rôle du soutien social dans la santé et suivant l'ethnicité.....	69
6.3	Vue d'ensemble et pistes de recherche.....	71
TABLEAUX :		72
ANNEXES :		79
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition (en%) de la population à l'étude selon quelques caractéristiques démographiques, socio-économiques et d'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	50
Tableau 2 : Répartition (en %) des groupes ethniques selon quelques caractéristiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	51
Tableau 3 : Répartition (en %) des groupes ethniques selon l'état de santé perçu ou la détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	52
Tableau 4 : Prévalence de la santé perçue inférieure (bonne, moyenne ou mauvaise) selon quelques caractéristiques socio démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	54
Tableau 5 : Répartition (en %) de l'état de santé perçu selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	55
Tableau 6 : Rapport corrigé de cotes pour la déclaration d'une bonne, moyenne ou mauvaise santé selon le groupe d'âge, le groupe ethnique, la suffisance de revenu et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.....	56
Tableau 7 : Prévalence de la détresse psychologique élevée selon quelques caractéristiques socio-démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	58
Tableau 8 : Répartition (en %) de la détresse psychologique selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998.....	59
Tableau 9 : Rapport corrigé de cotes pour la détresse psychologique élevée selon le groupe d'âge, le groupe ethnique, la situation financière perçue et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.....	60

ANNEXE

Tableau 1a : Importance de la population immigrée dans la population totale du Québec, 1951-2001.....	80
Tableau 1b : Immigrants admis au Québec selon la catégorie et le sexe, 1999-2003*.....	80
Tableau 1c : Population immigrée selon les 20 principaux pays de naissance, Québec, 1986, 1991, 1996, 2001.....	81
Tableau 1d : Importance de la population immigrée dans la population totale, par groupe d'âge, Québec, 2001.....	83
Tableau 1e : Population immigrée et population des minorités visibles immigrées dans la population totale selon le sexe, Québec, 2001.....	84
Tableau 1f : Immigrants actifs¹ admis au Québec selon le groupe d'années de scolarité et le sexe, 1999-2003*.....	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus d'intégration (Berry J.W., 1986).....	20
Figure 2 : Stress-maladie (Robert Friis et col. 1998).....	25
Figure 3 : Cadre d'analyse.....	29

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- ESSQ : Enquête sociale et de santé Québec
- QRI : Questionnaire rempli par l'interviewer
- QAA : Questionnaire auto administré
- RC : Rapport de cotes
- IC : Intervalle de confiance
- SPSS : Statistical Package for The Social Science
- SRH: Self Rated Health

DÉDICACES

A mes parents,

A mes filles,

A mon petit fils

A mes frères et sœurs,

A tous mes amis et collègues.

REMERCIEMENTS

J'aimerais exprimer ma plus sincère gratitude à ma directrice de recherche Madame Maria-Victoria Zunzunegui pour l'aide et le soutien qu'elle n'a jamais manqué de m'accorder. Je voudrais préciser que sans elle, jamais je ne serais arrivée à finaliser ce travail et ceci grâce à son implication personnelle, son encouragement et à sa disponibilité qui m'ont permis de surmonter toutes les difficultés que j'ai pu rencontrer lors de mon parcours.

Je remercie particulièrement Alicia et lui dis combien sa rencontre, lors de la rédaction du mémoire, a été pour moi providentielle.

Je remercie particulièrement Monsieur Costas Kapetanakis et Monsieur Alex Battaglini, mes Co-Directeurs de recherche, pour le support qu'ils m'ont fourni tout au long de ce travail. Malgré leurs multiples responsabilités et occupations ils ont fait preuve de disponibilité et de compréhension.

Je remercie également Madame Louise Seguin et Madame Sylvie Gravel de l'honneur qu'elles me font en acceptant de participer au jury de ce mémoire.

Enfin, un grand merci à tous les amis et camarades qui m'ont soutenus lors de ma formation et lors de la rédaction de mon mémoire qui ont été particulièrement difficiles pour moi.

Chapitre 1 : INTRODUCTION

1.1 Problématique :

Dans le contexte évolutif de l'immigration canadienne et au vu de la diversification actuelle des populations immigrantes, nombreuses sont les études, qu'elles soient épidémiologiques, sociologiques ou économiques, qui tentent de cerner les paramètres d'une intégration « réussie » (Gold, J., & DesMeules, M., 2004). Bien que l'évaluation d'un tel concept reste très délicate et sujette à controverse, car difficilement quantifiable, on peut toutefois imaginer qu'une bonne intégration sera celle qui procurera le maximum de bien-être au sujet migrant. L'importance que revêt cette réussite semble, en outre, aussi déterminante pour l'individu migrant que pour la population hôte et le pays d'accueil. En effet, les différents services publics en charge de l'accueil de ces populations, sont toujours soucieux de rendre plus efficaces et efficients les dispositifs et programmes d'action sociale et sanitaire. Ces derniers représentent de toute évidence un rouage important pour l'amélioration de la situation des migrants et la pertinence des politiques sociales et des politiques de santé.

Dans cette dynamique, chaque étude nouvelle peut représenter une réponse ou des réponses aux problèmes rencontrés lors du « processus migratoire », non seulement pour l'ensemble des personnels, en charge de soutenir l'effort d'adaptation des individus migrants vers une « intégration réussie », mais aussi pour ceux qui conçoivent les dispositifs d'action et les structures d'accueil en vue de répondre à la demande sociale.

Certaines particularités définissent les conditions de vie des personnes immigrantes aux plans social, économique et culturel. Ces particularités, relatives à l'expérience de la migration et à ses conséquences, mais aussi aux différences culturelles, semblent avoir des répercussions sur l'état de santé physique et mentale de ces personnes lorsque certaines circonstances maintiennent un état d'instabilité. À cet effet, des études soulignent l'important rôle que tient le soutien social, en tant que facteur de risque, pour comprendre l'état de santé mentale des personnes immigrantes (Toussignant, 1997 ; Battaglini A., 2000). De fait, la migration amène une personne à rebâtir ses réseaux sociaux et bien souvent à faire le deuil d'un certain nombre de liens familiaux et amicaux qui lui étaient chers avant de quitter son pays d'origine. Cette situation n'est pas vécue avec succès par tous et, avec les années, la situation peut s'améliorer ou se détériorer lorsque le soutien qu'apportent ces réseaux n'a pas été comblé. Plusieurs recherches épidémiologiques ont intégré dans leurs modèles multivariés l'isolement social comme variable explicative d'une série de problèmes de santé (Berkman L. F., 2000).

Dans le cadre de notre étude, l'intérêt que nous avons porté à ce processus s'est alors concrétisé par une approche théorique fondée d'une part, sur l'observation des liens et implications entre les facteurs d'intégration et l'état de santé des migrants et d'autre part, sur l'observation des variations de l'état de santé par les individus ou sujets en situation migratoire. L'objet de notre recherche s'est ainsi focalisé sur l'exploration de ces variations chez les personnes immigrantes au Québec afin d'établir des associations entre la santé, l'immigration et le soutien social.

Nous nous sommes intéressés à l'appartenance ethnoculturelle vu la diversification de plus en plus importante de l'immigration au Canada ou au Québec en particulier. Et nous supposons que l'origine culturelle a un rôle important dans l'intégration et donc sur la santé des immigrants. De même, le facteur générationnel semble important dans le processus d'intégration car la première génération et la deuxième génération se situent à des moments différents dans leur parcours migratoire.

L'analyse et la synthèse de la littérature publiée dans le domaine nous ont permis de définir le cadre théorique tandis que les données de l'« Enquête Sociale et de Santé 1998 », notamment un sous échantillon de 1411 immigrants, vous nous servir à valider ou tout au moins, mettre à l'épreuve ce cadre théorique.

1.2 Objectif de l'étude

Le but de cette recherche est de répondre à deux questions :

- Est ce qu'il existe des variations dans la santé perçue et dans la détresse psychologique selon le groupe d'appartenance ethnique et selon la génération ?
- Le soutien social modifie-t-il la santé perçue et la détresse psychologique suivant l'ethnicité et suivant la génération ?

Dans ce sens, il nous est apparu important d'approcher tout d'abord notre population cible en la définissant dans son contexte territorial et dans ses principales caractéristiques; nous nous sommes ensuite attachés à mettre en exergue la littérature sur les liens entre migration et santé ; nous avons enfin cherché à élaborer un cadre explicatif des relations entre le soutien social et la santé selon l'ethnicité et la génération.

Cette étude se divise donc essentiellement en deux grandes parties. La première partie vise d'abord à dresser un portrait de la population immigrante au Québec, à cerner les principales relations qui peuvent exister entre la migration et la santé et, finalement, à identifier les principaux modèles explicatifs de l'état de santé des populations immigrantes présents dans

la littérature en mettant l'accent sur les trois variables qui font l'objet de ce mémoire, c'est-à-dire l'isolement social, l'ethnicité et le facteur générationnel. Nous avons distingués trois groupes d'immigrants dans notre travail dont la définition a été celle de l'Enquête Sociale et de Santé 1998:

Le groupe majoritaire, sans distinction de générations, qui représente les immigrants d'origine française, britannique ou autochtone, de langue maternelle française ou anglaise, nées au Canada, en France, au Royaume –Uni ou aux États-Unis et dont au moins un des parents est né dans l'un ou l'autre de ces pays, ou encore nées ailleurs, mais dont au moins un des parents est né au Canada.

Le groupe minoritaire de première génération regroupe les personnes nées hors du pays de langue maternelle française ou anglaise, nées en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis et dont les deux parents sont nés à l'étranger.

Le groupe minoritaire de deuxième et de troisième génération comprend l'ensemble des personnes nées au Canada, dont la langue maternelle est autre que le français et l'anglais, ainsi que celles qui sont nées à l'étranger, mais dont au moins un des parents est né au Canada.

Dans la seconde partie du mémoire, nous procédons à l'analyse des données de l'Enquête de 1998 de Santé Québec afin de répondre à nos questions de recherche.

Il faut spécifier que dans le regroupement des immigrants en tant que groupe majoritaire et groupe minoritaire, les minorités visibles ne sont pas distinguées.

Chapitre 2 : Revue de la littérature

2.1 Le profil des immigrants au Canada

Pour étudier l'immigration canadienne il faut comprendre les modalités et conditions d'admission dans le pays. Nous avons pu constater que ces différentes catégories d'admission engendrent un type d'immigration très différencié. Nous avons par ailleurs retenu les facteurs de différenciation entre groupes immigrants selon leur origine. L'appartenance à un groupe ethnique avec son système de valeurs propre semble influencer le processus d'intégration. De fait, on observe des façons de réagir différentes en fonction des groupes d'origine.

L'ensemble des variables sociodémographiques doit être pris également en considération.

2.1.1 Des catégories d'admission

Les individus qui immigrent au Canada sont classés en différentes catégories d'admission. Il existe en effet trois types de classement : la catégorie des immigrants indépendants, la catégorie des familles et la catégorie des réfugiés.

Les dernières statistiques publiées par la Direction de la population et de la recherche montrent qu'au Québec entre 1999 et 2003 la catégorie des indépendants (économiques) représente 56,5% de la population immigrante, celle du regroupement familial, 23,4% et enfin, celle des réfugiés, 19,9% (tableau 1b en annexe).

Le classement des immigrants selon ces trois catégories, détermine les critères de sélection qui permettront ou non à un individu d'immigrer au Canada. De façon générale, les individus de la catégorie « indépendant » sont sélectionnés selon des critères d'âge, d'état de santé, de scolarité, de qualifications professionnelles, du niveau de connaissances linguistiques et de la situation financière. En ce qui concerne la catégorie « famille », elle s'inscrit dans un programme de regroupement familial qui permet à une personne immigrante de faire venir certains membres de sa famille proche. Cette catégorie n'est pas soumise aux mêmes critères de sélection que les personnes classifiées dans la catégorie des indépendants.

Enfin, en ce qui concerne les individus admis sous la catégorie des réfugiés, ils sont sélectionnés principalement à partir de critères humanitaires.

Compte tenu des critères de sélection qui sous-tendent les différentes catégories d'admission à l'immigration, on admet généralement que la « catégorie de sélection » joue un rôle déterminant dans les processus d'intégration. La catégorie des indépendants commence leur

intégration au milieu du travail alors que les immigrants de la catégorie « regroupement familial » sont isolés surtout les femmes et les personnes âgées (Polèse & Bédard, 1978) (Piché V. & Bélanger L. 1995) (Hyman I., 2006). Dans tous les cas, la catégorie « réfugiés » présenterait des difficultés d'intégration plus marquées (Beiser, 2005).

2.1.2 Diversité et diversification des immigrants

Si l'on observe le recensement réalisé en 2001 dont les résultats ont été publiés par la Direction de la population et de la recherche du Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, il est intéressant de suivre l'évolution des groupes de la population immigrante au Québec depuis 1951.

La population immigrée en 2001 représente 9,9% de la population totale du Québec, comparativement à 5,6 % en 1951 (tableau 1a en annexe).

Au Québec, l'accroissement de la population immigrante entre 1996 et 2001 compte pour un peu plus de la moitié de la croissance de la population totale de la période considérée.

En effet, la population totale s'est accrue de 80 500 personnes dont 42 470 sont nées à l'étranger. Parmi l'ensemble de la population immigrante du Québec, 14% a immigré il y a plus de 40 ans, soit avant les années 60, près du tiers (32%) des personnes ont immigré durant les décennies 60 et 70, 20% au cours des années 80 et 35% depuis 1991 (Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada. Statistique Canada, Recensement de 1986, 1991, 1996 et 2001, compilations spéciales du MRCI).

Par ailleurs, le recensement met en exergue que le Québec n'accueillait plus en 2001 les mêmes immigrants pendant les décennies antérieures (tableau 1c en annexe).

La diversification des pays de provenance se poursuit. Il semblerait que la tendance à la diversité des sources d'immigration s'est renforcée au cours des dernières décennies. En 2001, les cinq principaux pays de naissance représentent environ 30% du total de la population immigrée; ces pays sont l'Italie, la France, l'Haïti, le Liban, et les États-Unis. Ces mêmes pays occupaient également les cinq premiers rangs en importance numérique en 1996 sauf que ceux occupant les deuxième et troisième rangs ont été intervertis. Ainsi, la France est passée du troisième au deuxième rang entre 1996 et 2001 alors qu'Haïti est passé du deuxième rang en 1996 au troisième rang en 2001. Entre 1996 et 2001, parmi les principaux pays de naissance, il y a eu un accroissement important de la population

immigrée originaire de France, de Chine, du Maroc, d'Algérie, d'Inde, de Roumanie, des Philippines, du Sri Lanka et de l'Iran (tableau 1c en annexe).

En revanche, on observe des diminutions de plus de 10% du nombre de personnes nées au Royaume-Uni, en Pologne et en Égypte, pays dont l'immigration récente est très faible.

L'Europe demeure le principal continent de naissance de la population immigrée mais son importance relative diminue constamment.

Un peu plus du quart de la population immigrée est née en Asie (27%), proportion en hausse de deux points par rapport à 1996. Le cinquième de la population immigrée provient des Amériques (21%) soit une proportion similaire à celle observée en 1996.

Le poids relatif de la population immigrée née en Afrique se situe à 12% en 2001 contre une proportion de 9% en 1996. L'Afrique du Nord représente la principale région de provenance des immigrants venant de ce continent avec près de 50 000 personnes (tableau 1c en annexe). Ainsi, la diversification des populations au cours de l'histoire fait partie intégrante des spécificités du pays et elle engendre de façon logique l'existence de plusieurs communautés culturelles sur le même territoire. L'ensemble de ces communautés vont développer et créer lors de leur processus d'installation dans le pays d'accueil, leur propre environnement qui tantôt les protège tantôt les fragilise.

2.1.3 Des facteurs sociodémographiques

- **Age - Sexe**

La population immigrée a une structure d'âge différente de la population québécoise, car sa descendance née au Québec est comptabilisée parmi les natifs et non parmi les effectifs de la population immigrée. Comme la population immigrée a tendance à migrer lorsqu'elle est jeune et d'âge actif, sa descendance est alors presque essentiellement dénombrée parmi la population native. Le dernier recensement de 2001 montre que les immigrés âgés entre 25 et 64 ans représentent une part élevée par rapport à la population totale du Québec (tableau 1d en annexe) (Statistiques Canada, Recensement de 2001, compilation spéciale du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles).

Par ailleurs, la population immigrée compte proportionnellement plus de personnes âgées. Les personnes âgées de 65 ans et plus totalisent 18% de la population immigrée comparativement à une proportion de 12% parmi la population totale du Québec (tableau 1d en annexe). En général, les pays sources d'immigration récente comptent

proportionnellement plus de jeunes, tandis que la population immigrée en provenance de pays d'implantation plus ancienne comptent relativement plus de personnes âgées.

Il semblerait que plus on est jeune au moment de l'expérience migratoire, plus l'intégration sociale semble facile, en particulier sur le plan culturel et linguistique (Piché V., 1995). Cependant, malgré cette identification, l'effet d'âge est parfois difficile à isoler des autres effets liés à la génération ou à la durée de séjour. Ainsi, Miller B. et al. (1981), soulignent que les adolescents immigrants vivent simultanément une crise d'identité culturelle et leur crise d'adolescence. Cette double crise les rend de toutes évidences plus vulnérables sur le plan psychologique. Chez les aînés, on note en revanche un processus d'adaptation plus lent, souvent accompagné d'une perte d'autorité au sein de leur famille ou du groupe et corollairement une tendance à la dévalorisation personnelle. Ces attitudes psychologiquement défavorables à l'épanouissement de l'individu engendrent un sentiment d'isolement (Naidoo, 1985 ; Chan, 1983 ; Lum et al. 1980).

En ce qui concerne le sexe, aussi bien la population totale que la population immigrée compte relativement autant d'hommes que de femmes. Les femmes représentent 51% de la population totale québécoise et 50,7% de la population immigrée. Les femmes immigrées totalisent 9,9% de la population féminine du Québec et les hommes immigrés, 10% de la population masculine du Québec (tableau 1e en annexe). Mais c'est depuis les années 1990 que les femmes émigrent dans une proportion nettement plus imposante qu'auparavant en qualité de travailleuses indépendantes. Les immigrantes des dernières vagues sont très scolarisées et diplômées, davantage que les femmes nées au Québec. De 1995 à 2004, 48% des femmes immigrées sont reçues dans la catégorie de l'immigration économique, 31% dans le cadre du regroupement familial et 20% sont acceptées à titre de réfugiées (Ministère de l'immigration et des communautés culturelles, Direction de la population et de la recherche, 2001).

- **Éducation**

Parallèlement à l'âge, il est intéressant de relever que, toute proportion gardée, les immigrants récents sont plus scolarisés que ne l'est la moyenne des Québécois et proviennent essentiellement d'Asie, des Antilles, d'Amérique latine et d'Afrique. Le niveau d'instruction s'est amélioré au fur et à mesure des années (tableau 1f en annexe). Il est clair que le niveau scolaire détermine l'adaptation des migrants dans le pays d'accueil car il représente un élément médiateur qui favorise l'ouverture vers la culture du pays hôte.

- **État matrimonial**

Les statistiques montrent que les immigrants sont proportionnellement plus nombreux que leurs homologues nés au Canada, à vivre avec leur époux ou épouse et moins nombreux à vivre en union de fait. En effet, 55,4% des femmes immigrées vivent mariées par rapport à la population totale féminine au Québec (Statistique Canada, 2001).

Au terme du repérage dans la littérature traitant des facteurs sociodémographiques, participant à la définition du profil des immigrants et de l'ethnicité, nous nous sommes interrogés sur la connaissance de la langue.

- **La langue**

Un nombre impressionnant de femmes et d'hommes immigrés connaît le français et l'anglais. Près des trois quarts des femmes immigrés (73%) disent parler le français suffisamment pour soutenir une conversation dans cette langue. Moins de la moitié (44%) se déclarent bilingues (français et anglais), 29% possèdent le français seulement, 20% l'anglais uniquement et 7% ni le français ni l'anglais. De façon générale, les hommes immigrés connaissent davantage le français : 78% contre 55% qui affirment être familiers avec les deux langues. Seulement 4% d'entre eux ignorent le français et l'anglais. Par ailleurs, les hommes qui ne connaissent que le français sont moins nombreux que les femmes de cette catégorie (23% contre 29%). La connaissance du français fluctue selon les périodes d'immigration mais augmente globalement. La moitié des immigrés qui ne parlent pas le français ni l'anglais sont âgés de 65 ans et plus. Inversement, chez les jeunes immigrés, les deux tiers des 15 à 24 ans et la moitié des 25 à 34 ans connaissent les deux langues (Statistiques Canada, Recensement de 2001, compilation spéciale du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles).

2.2 La santé des immigrants au Canada

L'appartenance ethnique et la migration sont reconnues comme ayant des conséquences sur la santé à travers des facteurs biologiques, culturels, sociaux, et aussi à travers la qualité de vie (Health Canada, 1999) (Kinnon D., 1999). C'est pour cela que la politique de l'immigration canadienne est centrée sur la sélection des individus qui répondent au besoin

de la société canadienne et qui sont relativement en bonne santé. En conséquence, cette politique est basée sur l'identification de certains individus et l'exclusion d'autres (Gushulak B. D., Williams L. S., 2004).

Toutes proportions gardées, il est nécessaire de faire le constat que la santé de la population immigrante est globalement meilleure que celle de la population née au Canada et plus particulièrement chez les immigrants récents. La source initiale de données, utilisée pour examiner le statut de la santé des immigrants canadiens, a été L'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 (Chen J. Ng E., Wilkins R., 1996; Hyman I., 2004; Dunne & Dyck 2000). Elle montre que les immigrants canadiens récents en particulier les non européens ont une meilleure santé globale que les immigrants anciens et que les canadiens de souche (Chen J. Ng E., Wilkins R., 1996).

Dunn et col. (Dunn J. R., and Dyck, 2000), dans leur étude sur les déterminants sociaux de la santé chez la population immigrée au Canada, font dans un premier temps une description des immigrants d'origine européenne ou anglophone et des immigrants d'une autre origine. Ils remarquent que les immigrants non européens, par rapport aux immigrants européens, sont plus jeunes, plus éduqués, qu'ils travaillent et s'occupent de leur famille, qu'ils ne sont pas propriétaires de leur logement, qu'ils vivent plus dans une famille avec des enfants et que le soutien social est plus important. De même ces immigrants non européens, quand ils ont un bon soutien social, rapportent une meilleure santé perçue (25,1%) que les immigrants d'origine européenne (21,4%) et les canadiens (22,7%). Ils observent aussi une détérioration de la santé des immigrants avec le temps. En effet après dix ans de séjour, ils rapportent des niveaux de santé semblables aux canadiens de souche. La proportion des immigrants qui se sent en excellente santé est de 29,1% pendant les premiers dix ans après l'immigration et elle n'est plus que de 21,4% après plus de dix années de séjour (Dunn J.R. and Dyck, 2000).

Newbold et col. se sont également intéressés à la santé perçue chez les immigrants dans une étude sur le statut de la santé de la population immigrée canadienne basée sur l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1998-1999 (Newbold K. B., 2003). Ils remarquent, eux aussi, que 33,8% des immigrants rapportent avoir une santé excellente lors des premières années de séjour et seulement plus que 22% après dix ans de séjour. De façon similaire, ils relèvent que la qualité de vie des immigrants qui viennent d'arriver est meilleure que celle des immigrants qui sont au Canada depuis plus de dix ans (Newbold K. B., 2003).

Ali (2004) a aussi relevé que les habitudes de santé des immigrants récents sont meilleures (Ali J. ; McDermott S. and Gravel R. 2004). Mais plus la période de résidence est longue, plus leur mode de vie et leurs comportements influeraient sur la santé. Cet élément constitue une explication de la convergence rapide de l'état de santé des populations immigrante et canadienne (Chen et col. 1996).

De la même façon, d'après les données de l'étude Santé Ontario, Matuck met en valeur que la plupart des nouveaux immigrants qui ont moins de 3 ans de résidence, ne présentent pas de problèmes particuliers de santé (Matuck L. C.1996).

La population immigrante est proportionnellement moins nombreuse à avoir une maladie chronique comparée à la population née au Canada (57,9% comparé à 60,6% respectivement). La différence est quand même faible et il reste à démontrer par d'autres études si elle est statistiquement significative (Ali J. ; McDermott S. and Gravel R. 2004) (Perez C., 2002).

Cependant la proportion des immigrants qui résident au Canada depuis plus de dix ans avec une maladie chronique est de 65,8% (les canadiens 60,6%). La maladie cardiaque et l'asthme sont plus fréquents chez les canadiens que chez les immigrants tandis que le diabète, l'hypertension artérielle et l'arthrite sont plus fréquents chez les immigrants. Ces cinq maladies chroniques augmentent chez les immigrants résidents depuis plus de dix ans et elles dépassent la prévalence chez les canadiens sauf pour l'asthme. Le rapport de cote pour avoir des maladies chroniques chez les immigrants comparé aux canadiens varie de 0,4 pour les hommes et 0,35 pour les femmes pendant les quatre premières années de séjour à un rapport de cote de 1 après 30 ans de séjour, après avoir ajusté pour l'âge, l'éducation et le revenu. (Ali J. ; McDermott S. and Gravel R. 2004) (Perez C., 2002).

En ce qui concerne la santé mentale, les données de 2000-2001 ESCC (Enquête de santé dans les collectivités canadiennes) montrent que les immigrants ont des prévalences de dépression plus faibles que les canadiens de souche. Cependant, cette prévalence chez les immigrants de long séjour au Canada se rapproche de celle des canadiens. (Ali J., 2002).

D'autres études suggèrent que les changements en santé mentale ne peuvent pas être linéaires. Par exemple, parmi les réfugiés du Sud-est Asiatique au Canada, le risque de développer des problèmes de santé mentale était bas pendant les premières années, il diminue, et il reste bas 10-15 ans après la migration (Beiser M., Cargo M. and Woodbury MA., 1994).

Dans une étude faite sur les immigrants et les réfugiés éthiopiens à Toronto, Fenta et al. ont relevé une prévalence de dépression de 9,8% qui est un peu plus que la prévalence de la population en Ontario (7,3%) et trois fois plus élevée que la prévalence de dépression dans le sud de l'Éthiopie. Ces résultats confirment l'importance du traumatisme Prémigratoire, l'effet des camps d'internement et le stress Postmigratoire (Fenta H., Hyman I. and Noh S., 2004).

Après avoir passé en revue l'état de santé des immigrants et après avoir soulevé leurs différents points négatifs de santé, nous allons tenter de comprendre tout au long de notre recherche bibliographique le processus migratoire et les phénomènes de l'appartenance ethnoculturelle qui amènent les minorités ethniques (minorité visible) et les immigrants à avoir une augmentation des problèmes de santé physique et de santé mentale.

2.3 L'intégration des immigrants

Beaucoup de facteurs jouent un rôle dans le processus d'intégration: les effets traumatiques Pré(post)migratoire, les facteurs tels que la perte de rôles sociaux, la perte de confidents, la perte des habitudes et aussi les facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, l'éducation, le statut économique et les effets de l'orientation culturelle peuvent aboutir soit : à l'assimilation (s'adapter à la culture majoritaire), à la séparation (être aliéné), au biculturalisme (bien se sentir dans les deux cultures) ou encore à la marginalisation (être retiré et isolé des deux cultures).

L'intégration sociale des immigrants dépend de l'expérience migratoire qui à son tour dépend de l'appartenance ethnique, de la génération et de la durée de séjour.

La décision d'immigrer est une expérience comportant différentes trajectoires. Les circonstances migratoires doivent être considérées pour pouvoir expliquer les conséquences de l'immigration sur la santé. L'intégration des individus qui immigreront dans une nouvelle société constitue depuis longtemps une préoccupation pour les sociétés d'accueil. Du fait de la diversification des courants migratoires et dans un certain sens de leur mondialisation, la question de l'intégration ou de la non-intégration se pose avec de plus en plus d'acuité. En effet, l'intégration dans une société est largement fonction des capacités et aptitudes des immigrants à occuper une place comparable à celle des populations natives (Piché V, 1995). Il s'agit de comprendre maintenant qu'est ce que l'ethnicité, comment est-elle identifiée et comment est-elle abordée dans la littérature?

2.3.1 Appartenance ethnoculturelle

Bhugra dit qu'il faut être clair sur la définition du terme appartenance ethnique. L'identité ethnique se base sur des critères culturels ou physiques qui marginalisent un groupe (Bhugra D., 2004). Un groupe ethnique peut se sentir supérieur ou inférieur d'après ses réels ou présumés caractéristiques physiques (Feagin JR., 1978) ou sur des critères culturels ce qui a pour conséquence de séparer le groupe (Thomson RH., 1989). L'ethnicité est un héritage commun partagé par un groupe particulier et inclura histoire, langue, rituels et les préférences musicales et alimentaires (Zenner W., 1996). Bien qu'il puisse y avoir un chevauchement entre race et appartenance ethnique chacun a un sens (DHHS, Rockville, MD, 2001).

Appartenir à un groupe ethnique implique une catégorisation qui est faite par le choix personnel des membres de ce groupe en répondant à la question « à quel groupe ethnique appartenez-vous? » ou des questions similaires. La réponse est reliée à l'établissement d'une identité commune de la part des membres de ce groupe. Les groupes ethniques ne sont pas stables mais ils dépendent des caractéristiques sociales, économiques, culturelles et religieuses à un moment donné dans le temps. Les groupes ethniques, plus que les entités qui existent en dehors du temps et de façon indépendante du monde qui les entoure, sont localisés dans leur histoire et le temps. Par contre, le concept de race jaillit du besoin de certains groupes humains de catégoriser, d'identifier et de contrôler d'autres groupes. La race et l'ethnie requièrent le maintien des frontières entre les groupes humains mais l'ethnie est un choix de personnes qui sont libres de choisir à quel groupe elles appartiennent tandis que la race met l'emphase sur la culture et la génétique pour ouvrir un processus de stéréotypage des personnes non-blanches comme inférieure et établir des relations de pouvoir sur eux. Les minorités visibles sont les groupes ethniques qui s'identifient par leur apparence physique ou par ses coutumes et langues et qui déclarent librement appartenir à un certain groupe ethnique (Karlen S., Nazroo JY., 2006).

2.3.2 Les générations

Le facteur générationnel semble être un autre facteur pertinent pour la compréhension de notre population cible. On constate que la première génération et la deuxième, s'adaptent vraisemblablement de façon différente à la culture de la société d'accueil. Alors que la première génération arrive avec une identité bien formée et un sentiment fort d'appartenance à sa culture d'origine, la deuxième génération est née et a grandi dans la société majoritaire, tout en faisant partie du groupe minoritaire. Ce que la génération plus jeune souhaite garder de son héritage culturel est complexe (Watson J.L., 1974) mais ce qui ressort essentiellement, c'est une plus grande aspiration à l'intégration parmi les immigrants de la deuxième génération que parmi ceux de la première. Les auteurs tels que Gupta Y. (1977), Furnham A. (1986), Shapiro J., Douglas K. and al. (1999) ont tous montré que les immigrants de la deuxième génération ne développent pas plus de symptômes psychologiques que les immigrants de la première génération. En ce qui concerne les deux générations, il est intéressant de lier le soutien social à la santé mentale. Dans ce sens, la littérature met en évidence que la plupart des femmes de la première génération sont arrivées en tant que « femmes accompagnatrices » des migrants et qu'elles ont développé des sentiments d'inadaptation et de désespoir débouchant souvent sur la dépression (Beck A.T., 1967). Toutefois, on observe, parmi l'immigration récente des femmes, un changement de statut. Les femmes qui pour la plupart étaient des femmes accompagnatrices et donc des femmes au foyer, sont aujourd'hui des femmes qui prennent part à la vie active. Ce phénomène pourrait introduire des changements dans le processus d'intégration des immigrants. L'étude de Beck porte sur un échantillon de population de sexe féminin de première génération immigrant en Grande-Bretagne. On peut trouver un élément de réponse à ce phénomène si l'on considère que le choix de migration n'émane pas de leur propre désir, mais du désir d'un autre et que leur migration est donc une migration involontaire. À partir de ce constat, on peut déjà anticiper de l'importance que revêtent les réseaux de soutien social pour des femmes qui enregistrent bien souvent un déficit en matière d'expression dans la langue du pays hôte et en matière d'emploi.

Les facteurs médiateurs de soutien social peuvent ainsi affecter de manière complètement différente les individus selon la génération à laquelle ils appartiennent. Pour les immigrants de la deuxième génération, les réseaux du support social peuvent jouer soit un rôle de tampon, soit de « stresseur ». La structure et les fonctions de l'unité familiale à l'intérieur

d'une culture peuvent affecter la relation complexe entre le soutien réel dispensé et la perception subjective du soutien familial. D'après Vaux & Harrison (1985), les supports peuvent avoir des éléments d' « implication intrusive ». C'est le cas des jeunes qui peuvent ressentir le support ou soutien apporté par leur communauté comme peu satisfaisant voire restrictif.

Leur assimilation peut être facilement réalisée et effective, mais, leur identification avec la communauté hôte constitue soit une aide dans leurs efforts de « coping », soit une source de problèmes qui à leur tour fragilisent le sujet et l'exposent au stress psychologique.

Selon Johanna Shapiro (1999) les immigrants de la première génération, ont significativement un niveau de détresse psychologique plus élevé en raison du déficit du lien social avec la population hôte, alors que la deuxième génération s'intègre plus facilement dans la société majoritaire. La qualité du lien social interviendrait donc comme un facteur tampon à la détresse psychologique.

Pour cet auteur, l'intégration par l'identification à la culture du pays d'accueil n'a pas de lien direct avec la santé mentale, bien que le degré d'intégration des deux générations soit différent. La première génération aurait significativement une symptomatologie psychologique plus élevée. Toutefois, la qualité du soutien social semble aussi déterminante dans la production du stress pour la première génération que pour la deuxième.

De toute évidence, nous pouvons en revenir au fait qu'il existe des degrés variables de vulnérabilité aux pressions associées à l'intégration, selon le groupe d'âge : les adolescents en particulier doivent vivre simultanément deux crises identitaires, l'une liée à la culture d'origine et l'autre à l'adolescence (Miller, B., Chambers, F. et Coleman, C., 1981). Chez les adultes, on a observé une adaptation plus lente, avec des sentiments de perte d'identité et d'estime de soi ainsi que des sentiments d'isolement. Conséquemment, ils ressentent aussi une difficulté à assumer l'autorité parentale (Naidoo, 1985 ; Lum et al. 1980 ; Chan, 1983). On a pu également observer que les femmes de première génération courent de plus grands risques de développer des troubles de santé mentale parce qu'elles doivent s'adapter à une structure familiale intégrée dans un contexte socioculturel nouveau (Mirdal, 1985 ; Carpenter L. et Brockington I. F., 1980 ; Roskies, 1978).

Pour conclure la discussion sur la pertinence du facteur générationnel, on reconnaît que les immigrants de première génération seraient plus susceptibles de conserver les habitudes de vie du pays d'origine, d'être socialement isolés, de méconnaître le fonctionnement du réseau

des services sociaux et de santé. Ce phénomène décrit, peut induire des conséquences néfastes sur leur état de santé mentale.

Le facteur générationnel est de toute évidence un facteur à prendre en considération dans le rapport : intégration / santé.

Il est nécessaire de s'interroger également sur le rôle de l'ethnicité dans l'intégration sociale. Dans le paragraphe suivant nous nous intéressons à ce qui a été décrit dans la littérature dans ce domaine.

2.3.3 L'ethnicité et l'intégration sociale

L'immigration est dominée par la rencontre avec une culture différente et l'appropriation ou le rejet par l'individu de certains de ses aspects.

Quand deux cultures entrent en contact, alors plusieurs événements peuvent se produire. Berry (2002) suggère que le processus d'acculturation est apparenté aux modèles psychologiques de déplacement vers, en mouvement. Ce changement correspondra à une adaptation ou à un refus. Le processus d'intégration c'est deux cultures qui entrent en contact et par voie de conséquence elles vont subir des changements. Dans la réalité un groupe culturel dominera souvent l'autre groupe (Berry JW, 2002).

Berry (Berry JW, 1980) a identifié l'assimilation comme la disparition des différences culturelles, bien que d'autres aient débattu entre assimilation et acculturation alors qu'ils sont semblables (Gordon MM, 1964). Les premiers auteurs américains ont travaillé sur le concept d'acculturation. Ils le concevaient comme une transformation des modèles culturels d'origine (primitif) vers des modèles culturels de la société hôte (plus moderne, plus avancé) (Melville M.B., 1983 ; Ramirez M., 1984; Gordon M., 1978).

Mais des études ont montré que le processus d'acculturation était responsable d'un niveau de stress élevé. Balcazar et al. (1996) ont fait ressortir que les femmes adolescentes hautement acculturées, c'est-à-dire celles qui ont le plus assimilé la culture hôte que ce soient la langue, les normes ou les valeurs, décrivent des niveaux de stress (anxiété, dépression) plus importants lors du processus d'acculturation que les moins acculturées qui mettent en œuvre des stratégies de « coping » (modèle) cohérentes avec leur culture d'origine et qui bénéficient d'un soutien social plus important.

Avec l'acculturation, quelques aspects identitaires peuvent changer, y compris le concept de soi qui dépendra du contexte culturel. L'identité d'une personne est définie comme la totalité

d'un soi dans le présent, d'un soi dans le passé et d'un soi comme on aspire à l'être dans le futur. Deux points ont besoin d'être précisés : premièrement les identités raciales, ethniques et culturelles font partie de l'identité dans sa part entière, et deuxièmement, le développement d'identité et les changements résultants de l'immigration et de l'acculturation changeront la construction de l'identité; le genre, les facteurs familiaux et socio-économiques contribuent aussi à l'identité (Bhurga D., 2004).

Nous pensons que le Bien-être c'est l'intégration qui consiste à s'adapter à la nouvelle culture tout en gardant sa culture d'origine.

Szapocznik, J. (1980) pense qu'une adaptation réussie représente un équilibre fragile entre deux éléments : les capacités de l'individu à assimiler une culture nouvelle et le maintien des valeurs et pratiques de la culture d'origine. Il note aussi que l'acculturation excessive et le maintien exagéré de l'identité ethnique sont des phénomènes générateurs de niveaux de stress élevés. Sous l'effet de contraintes majeures persistantes, les individus deviennent vulnérables, ils perdent confiance en eux et l'aptitude à maîtriser leur vie. Cette fragilisation de la personnalité représente un facteur important du stress psychologique observé chez les migrants (Pearlin L.I., 1979).

Un point important supplémentaire est celui des descriptions des cultures de Hofstede (Hofstede G., 1980) (Hofstede G., 1984) comme la société individualiste et la société collectiviste.

La société individualiste accentue le "je", elle prône l'autonomie, l'indépendance émotive, l'initiative individuelle, le droit au secret, la recherche du plaisir, la recherche de la sécurité financière et le besoin d'amitié spécifique et universelle.

La société collectiviste fait référence à une société dans laquelle les gens sont intégrés dans une cohésion sociale, elle accentue le "nous": l'identité collective, la dépendance, l'absence d'émotions, la solidarité du groupe, le partage, les devoirs, les obligations, la société prédétermine les amitiés et les décisions du groupe. Ces deux sociétés sont identifiées sur le plan psychologique individuel par idiocentrisme et allocentrisme, respectivement (Triandis HC., Leung K, Villareal MJ., Black FL., 1985).

Bhugra dit que quand les individus d'une société sociocentrique émigrent vers une société égocentrique ils peuvent se sentir plus aliénés (Bhugra D., 2004). Les individus provenant d'une société collectiviste feront face à des types de problème différents s'ils émigrent vers une société individualiste et inversement. Il est possible que les individus provenant d'une

culture collectiviste se voient bafouer dans leur estime de soi, leurs aspirations et leur amour-propre d'où la création d'un stress (Noh S., Avison W. R., 1996).

Schwartz (Shwartz S., 1994) également dit que pour comprendre l'impact de la migration sur un individu, les caractères du groupe hôte et ceux du groupe d'où il provient doivent être étudiés en ce qui concerne leurs concepts.

Berry (Berry J.W., 2002) dit que l'exposition entre deux cultures peut aboutir à un refus (l'individu ou le groupe se retire de la société majoritaire) et à une déculturation (perte d'identité culturelle, l'aliénation et acculturation accentuée). Dans le refus, l'extrême serait l'apartheid ou la ségrégation.

À ce sujet, Berry J.W. (1986) suggère l'existence de 4 effets à ce processus :

- ✓ (1) l'assimilation qui décrit le mouvement vers la culture majoritaire
- ✓ (2) l'intégration qui décrit la synthèse des deux cultures
- ✓ (3) la réaffirmation de la culture traditionnelle
- ✓ (4) la marginalisation qui décrit l'éloignement et la distanciation entre les deux cultures

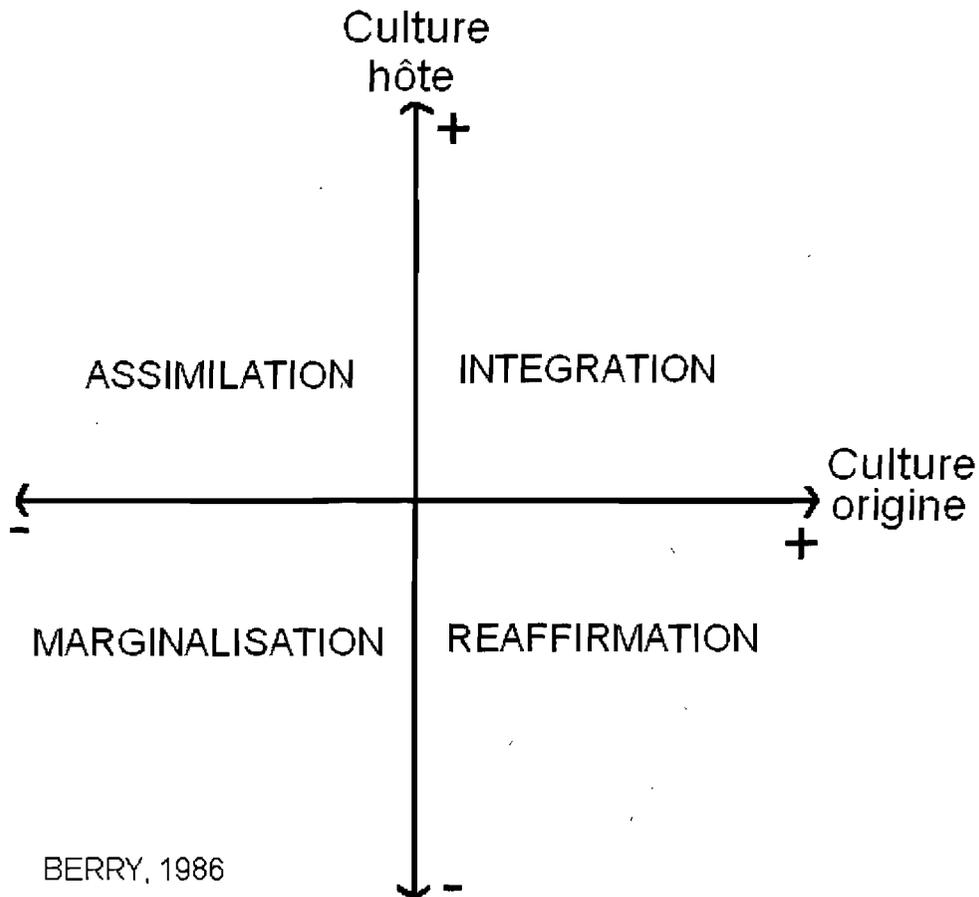
La question qui émerge dans ce cadre pourrait être formulée ainsi : quels sont les mécanismes d'intégration ou leurs combinaisons susceptibles d'être responsables de problèmes de santé ?

Il est clair que dans tous les cas de figure cela se traduira par un stress chez l'immigrant. Mais l'intégration n'aura pas d'impact sur la santé tandis que les autres stratégies (assimilation, refus et marginalisation) vont se traduire par un épuisement de l'individu en terme de santé physique et de santé mentale (par des mécanismes que nous ne pouvons pas étudier dans ce travail mais qui pourrait comprendre la discrimination, les changements dans la situation sociale, la non-reconnaissance des habiletés/diplômes acquis dans les pays d'origines, les changements de nourriture, la pauvreté associée au chômage ou au travail non qualifié, les changements dans les habitudes de vie, les changements dans les rôles des hommes et femmes dans la famille...). Nous aurons tendance à penser que ces processus seront plus fréquents chez les immigrants des groupes minoritaires tandis que les immigrants du groupe majoritaire tenteront plus volontiers l'intégration à cause de leur provenance d'une culture semblable.

Si ces différentes stratégies entrent dans un processus de stress, nous pouvons donc utiliser le cadre de Pearlin qui est général pour analyser les effets de toute sorte de stress sur la santé. Ainsi, dans ce cadre, le soutien peut agir de façon directe sur la santé ou indirecte, comme un tampon qui atténue l'effet de la santé (Berkman et Kawachi 2001). Cette orientation pourrait

représenter une approche théorique intéressante pour des recherches ultérieures sur la santé des immigrants.

Figure 1 : Processus d'intégration



2.4 Santé, ethnicité et immigration

2.4.1 Santé et ethnicité

La problématique de la santé du migrant est en effet complexe et dépasse largement le cadre clinique, intégrant des données culturelles, financières et géographiques (Vissandjée B. et col. 1998). Ces éléments renforcent l'intérêt d'une approche basée sur une mesure valorisant le vécu et la perception de la santé par l'individu lui-même.

Les cliniciens et les institutions (Beiser M., 2003) reconnaissent de plus en plus le rôle de la culture dans la santé (Canadian Task Force, 1988) (US Department of Health and Human, Rockville (MD), 2001). Cependant, avec peu d'exceptions (Beiser M., 1990), la recherche de la littérature sur le rôle de la culture sur la santé a attiré l'attention des chercheurs pour étudier et définir les phénomènes.

2.4.1.1 Santé perçue

-

Dans notre travail de recherche nous nous sommes intéressés à la santé perçue et à la santé mentale car ce sont des indicateurs de l'état général de santé. Ces indicateurs sont généralement utilisés dans la recherche pour évaluer le rôle de la culture sur la santé d'une population.

La revue de la littérature a bien montré que la santé perçue était un prédicteur de la mortalité, même quand elle est contrôlée par des mesures de santé objectives. Les individus qui ont une santé perçue moyenne ou pauvre ont plus de chance de mourir plus jeunes que les individus qui ont une santé perçue bonne ou excellente (Benyamini & Idler, 1999, and Idler & Benyamini, 1997). Cette relation est valable chez les adultes jeunes (Lyyra, Heikkinen, Lyyra, & Jylha, 2006), les adultes âgés (Chipperfield, 1993 ; Menec, Chipperfield, & Perry, 1999 ; Mossey & Shapiro, 1982) et aussi bien en Amérique du Nord (Idler & Kasl, 1991) qu'en Europe (Manson, & Rastam, 2001), qu'en Asie (Ishizaki, Kai, & Imanaka, 2006). Il s'agit donc d'un fait universellement reconnu.

La santé perçue prédit aussi le statut fonctionnel, la morbidité, l'utilisation des soins de santé, et l'hébergement en maison de retraite, après avoir contrôlé pour les autres indicateurs de santé (Manson, & Rastam, 2001).

Cependant, vu la nature subjective de la question, " En général, vous dites que votre santé est... " Cela est estimé sur Likert par cinq points allant d'excellent à pauvre, elle peut être interprétée différemment selon l'appartenance ethnoculturelle des individus interrogés. Il faut rechercher quelles sont les facteurs qui expliqueraient ces différences selon l'appartenance ethnoculturelle (Menec, Shooshtari, Lambert, 2007).

Menec et al. (2007) ont remarqué, dans leur étude longitudinale faite sur la santé perçue et les groupes ethniques, que par exemple le groupe de l'Europe de l'Est a un tiers de probabilité d'avoir une bonne santé perçue par rapport aux anglais. Mais quand on la contrôle avec les facteurs sociodémographiques, l'intégration et la durée de séjour, la

probabilité monte à deux tiers de chance d'avoir une bonne santé perçue. Ces résultats nous orientent vers l'hypothèse que pour avoir une réponse objective à la question de la santé perçue, il faut la contrôler avec des indicateurs socio économiques, culturelles et d'immigration. L'association entre santé perçue et mortalité (« Self Rated Health ») est particulièrement forte parmi les individus qui rapportent une mauvaise santé (Burstrom & Fredlund, 2001) et cette association existe aussi bien chez les hommes que chez les femmes et parmi tous les principaux groupes ethniques aux Etats-Unis (McGee, Liao, Cao, & Cooper, 1999). La santé perçue a été proposée même comme un indicateur plus fiable de mortalité que l'estimation du médecin (Ferraro & Farmer, 1999).

Le SF-12 est fiable et valable, particulièrement le PCS (physical health summary score) et le MCS (mental health summary score), pour montrer la variabilité dans la santé (Ware, Kosinski, & Keller, 1996; Ware, Turner-Bowker, Kosinski, & Gandek, 2003). Cependant, la santé perçue est influencée par la culture. Plusieurs études ont montré que les différences dans la distribution de la santé perçue entre les groupes ethniques sont reliés à :

- 1) des différences dans la façon de répondre dans l'échelle de Likert, par exemple les personnes d'origine hispanique ont tendance à rapporter une mauvaise santé (Angel & Guarnaccia, 1989) (Morales et al. 2002)
- 2) des valeurs culturelles qui poussent à ne pas rapporter une excellente santé (Angel & Guarnaccia, 1989)
- 3) une influence d'un faible statut socioéconomique tels que la pauvreté et le faible niveau d'éducation (Franzini L., Fernandez-Esquer M.E., 2004) (Menec et col. 2007)
- 4) une influence des facteurs psychosociaux, tels que la victimisation et la faible estime de soi qui sont reliés à leur statut social « santé sociale » et au fait d'appartenir à une minorité culturelle (Franzini L., Fernandez-Esquer M.E., 2004).

2.4.1.2 Détresse psychologique

•
La détresse psychologique est difficile à évaluer à travers les groupes ethniques. La distribution des symptômes varie en fonction des groupes ethnoculturelles (Bhugra, 2004). Les variables associées à la détresse psychologique changent à travers les groupes ethniques. Généralement la faible position économique est fortement associée à la détresse, mais le rôle de l'identité culturelle des personnes qui appartiennent aux minorités ethniques sur le risque de détresse psychologique est contesté ; bien que Nazroo, dans une étude faite

sur une communauté au Royaume-Uni, a remarqué que le groupe ethnique dont l'origine est autre qu'anglo-saxonne présente moins de détresse psychologique que le groupe ethnique d'origine anglo-saxonne (Nazroo J. 1997).

Dans l'étude de Stewart et col. (Stewart, Dean, Gregorich, Brawasky and Haas, 2007) sur les associations entre la dépression des femmes enceintes et leur situation socioéconomique selon leur ethnicité, la dépression est associée à une privation matérielle chez toutes les femmes indépendamment de leur ethnicité ; néanmoins il y a une différence entre les groupes ethniques : la dépression est plus fortement associée à la privation matérielle chez les femmes blanches (RC= 4,63) et asiatiques (RC = 4,59) que chez les hispaniques (RC =1,86) et les noirs (RC = 2,07), toutes comparées aux femmes blanches avec un revenu suffisant. Il faut souligner que la privation matérielle dans cette étude est mesurée avec des indicateurs de pauvreté extrême.

Beiser a montré dans son étude sur l'identité ethnique, le stress et la dépression auprès des réfugiés d'Asie du Sud-Est (Beiser M., and Hou F., 2006) que les personnes qui ont une forte identité culturelle perçoivent plus de discrimination que ceux qui ont une moins forte identité culturelle. Les personnes également avec une forte identité culturelle se sentent plus en détresse psychologique quand elles sont au chômage. Par contre, les personnes qui ont une moins forte identité ethnique se sentent plus en détresse que celles qui ont une forte identité ethnique quand elles ont une difficulté dans la langue.

Par ailleurs, on trouve qu'il y a une forte interaction entre la dépression et le stress. Mais suivant la nature du stress, l'identité ethnique agira avec une intensité différente sur la dépression. Une forte appartenance ethnique diminue les conséquences dommageables de la difficulté à acquérir la langue du pays. Cependant, quand on compare les individus en fonction de l'attachement à leur identité culturelle, on se rend compte que ceux qui ont la moins forte identité ethnique sont plus vulnérables au chômage et à la discrimination.

Au terme de cette revue sur la santé et l'ethnicité nous mettons en évidence le rôle du facteur ethnique et des facteurs socioéconomiques sur la santé. Si nous avons mis l'accent sur cette association c'est qu'elle constitue également l'intérêt de notre travail. Ces facteurs sont nos principales variables de notre étude. Nous allons contrôler la santé perçue et la détresse psychologique avec le groupe ethnique, le soutien social, l'âge, le revenu et la scolarité.

Mais auparavant nous allons étudier le rôle de l'intégration sur la santé. En effet, il faut distinguer ethnicité et intégration. L'ethnicité est en rapport avec la vie dans une société

d'un groupe culturellement différent c'est ce que l'on appelle au Canada la minorité visible. Alors que l'intégration est plus en rapport avec l'immigration elle-même et le stress qu'elle engendre. Nous allons donc nous intéresser maintenant au stress de l'immigration et son impact sur la santé.

2.4.2 Santé et immigration

L'expérience du changement, qui est aussi l'expérience de la différence, peut exposer l'individu au risque de développer des problèmes mentaux (Atwood D. Gaines, 1998). Or, il est clair que l'immigration, dans tous les cas de figures, implique des changements. Selon Pearlman L.I. (1979), les changements font partie intégrante de la vie et entraînent un stress psychologique presque obligatoire.

Ce stress dépend du nombre d'événements survenus dans le parcours du migrant, de l'ampleur des changements et de la « qualité du changement ». Ainsi, l'expérience « mouvementée » et les contraintes itératives convergent pour produire un stress. Une des manières dont cette convergence s'effectue est proposée par Pearlman L.I. et Lieberman (1981). Leurs résultats indiquent que les événements de la vie peuvent créer de nouvelles contraintes ou intensifier les contraintes préexistantes, et ce sont ces contraintes nouvelles ou intensifiées qui, à leur tour génèrent du stress.

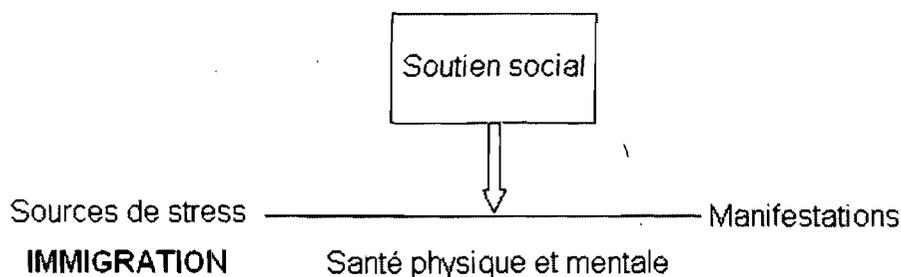
Robert Friis, Agneta Yngve and Viveka Persson (1998) suggèrent qu'il est utile d'employer un modèle d'analyse concernant les effets de la migration sur la santé, basé sur la perspective d'un modèle théorique similaire aux modèles « stress-maladie » qui ont été développés dans d'autres contextes. Les hypothèses mettent en valeur les sources du stress (dits facteurs précurseurs) par rapport au modèle stress maladie incluant les événements stressants de la vie.

Bien que Beiser et col. (1981) dans leur étude, n'aient observé aucune différence dans la santé mentale entre migrants et non-migrants, les scores de détresse psychologique les plus élevés sont pourtant observés chez ceux qui aspiraient le plus à un autre mode de vie et sur qui la société occidentale exerçait un fort impact attractif ; en revanche, ils manquaient d'outils pour réussir comme par exemple parler la langue du pays hôte.

Chance N.A. (1965) a également relevé dans son étude que le stress élevé est associé à la combinaison incongrue entre une forte identification à la vie occidentale accompagnée d'un

faible contact avec cette culture. Les niveaux de stress bas sont alors associés à une bonne adaptation et au contact avec la société hôte.

Figure 2 : stress-maladie



Robert Friis, Agneta Yngve and Viveka Persson (1998)

Beiser présente trois modèles pour expliquer l'état de santé des immigrants (Beiser M., 2005). Le premier modèle propose une convergence. Il s'appuie sur différents travaux qui montrent que la santé des immigrants convergent vers la santé des autochtones (Dunn JR, Dyck I., 2000) (Kliewer EV., Smith KR., 1995) (Nair C, Nargundkar H., Johansen H., Stachan J., 1990). Selon ce modèle l'immigrant, qui est exposé à une culture nouvelle, à une nouvelle société, à de nouvelles influences environnementales, va tenter de ressembler à cette nouvelle société jusqu'à avoir les mêmes normes de santé sur le plan de la morbidité et de la mortalité qui habituellement sont plus mauvaises. Le changement est passif car l'immigré devient exposé comme l'autochtone aux toxines environnementales, aux polluants et au stress. Une partie du changement consiste à prendre les mauvaises habitudes du pays hôte comme fumer, boire de l'alcool, mauvaises habitudes alimentaires et autre... où ils abandonnent leurs comportements protecteurs habituels de leur culture (Hazuda HP., Haffner SM., Stern MP., Eifler CW., 1988) (Frisbie WP, Youngate C., Hummer RA., 2001). Le deuxième modèle considère l'immigration comme un processus de stress. Selon ce modèle, le stress du chômage, de la pauvreté, le manque d'accès aux services ont un effet négatif pour toute personne, mais pour les immigrants cela augmente la probabilité de vivre

une expérience plus stressante. Par exemple, des immigrants pendant les premières dix années au Canada sont vraisemblablement plus pauvres que les canadiens natifs (DeVoretz D., 1995) (Citizenship and Immigration Canada. Facts and Figures 1999, Immigration Overview. Ottawa, 2000).

Le troisième modèle intègre les deux précédents et ajoute les expériences prémigratoires et les stratégies pour faire face au stress dans le pays d'accueil. La santé (bonne ou mauvaise) est le produit de l'interaction entre le pays hôte et l'immigrant. Il existe un besoin d'inclure dans le modèle les caractéristiques des immigrants, à savoir le stress pré et post migratoire, les stratégies et les ressources adoptées par les individus, leur familles et la société au sens large pour faire face au stress de la migration. Ce modèle doit prendre en considération la différence des immigrants par leur origine ethnique, leur catégorie d'admission (exemple : immigrant c. réfugiés), les maladies antérieures, les expériences avec le système de soins occidental, le niveau d'acculturation, les habitudes antérieures de santé, chacun de ces éléments peut affecter la santé (Beiser M., 2005).

Pour faire face à ce stress, les auteurs s'accordent tous à dire que les rapports sociaux et le soutien ont des effets puissants sur la santé physique et la santé mentale. Quand les investigateurs écrivent au sujet de l'impact de rapports sociaux sur la santé, beaucoup de termes sont utilisés, il s'agit de l'intégration sociale. Nous allons essayer de décrire cette notion d'intégration à travers les écrits de la littérature.

2.4.3 Santé et soutien social

Le soutien social est défini essentiellement comme l'ensemble des informations permettant à l'individu de croire qu'il est aimé et estimé, qu'il a sa place dans la société et qu'il appartient donc à un réseau social de communication avec des règles, des droits et des devoirs (Cobb S., 1976). Le soutien social est divisé typiquement en sous-classes qui incluent émotion, aide matérielle, et support informationnel (Weiss, 1974).

Le support émotif est en rapport avec "amour et se soucier de, sympathie, comprendre ou estime ou disponibilité pour les autres" (Thoits, 1995). Le support émotif est fourni plus souvent par un confident ou un intime, bien que des liens moins intimes puissent fournir un tel support sous conditions circonscrites.

Le support matériel se rapporte à l'aide ou l'assistance avec des besoins tangibles. House (1981) fait référence au support matériel comme une aide d'argent ou de main-d'oeuvre. Le support d'assurance, souvent défini comme le troisième type de support, c'est aider dans la

prise de décision, en donnant la réaction appropriée, ou une aide qui orientera la prise de décision. Le support informationnel est en rapport avec le conseil ou l'information de besoins particuliers.

Les sources de soutien peuvent être diversifiées : famille, amis, communauté. Les immigrants sont souvent isolés dans les pays hôtes avec une perte du réseau social du pays d'origine et un manque de contact avec les membres de la société hôte (Bhugra, 2001). Parce que la migration implique souvent de quitter sa famille, ses amis, ses connaissances, ses voisins appartenant à la même « communauté », les sources du soutien social sont inévitablement réduites pour les populations migrantes.

Les membres des communautés ethniques, quand il s'agit de nouveaux immigrants ayant une grande « distance culturelle » avec la société majoritaire, ont une meilleure intégration s'ils bénéficient d'un réseau social de leur ethnie d'appartenance (H.B.M. Murphy, 1982 ; M. Beiser, 1988). Ce réseau ethnique fait référence à la possibilité pour le migrant de réaliser une immersion dans sa culture d'origine.

La santé physique et mentale dépend du réseau social et du soutien social qui découle des liens sociaux et de la multiplicité du genre de support (Kawachi, Berkman 2001; Berkman 2000).

L'association du soutien social avec la perception de la santé varie selon les groupes ethniques. Litwin a comparé trois groupes en Israël : les juifs, les arabes et les immigrants récents. Les contacts avec les amis et les voisins sont positivement reliés à la perception de la santé pour les trois groupes. Mais l'association est plus forte chez les arabes (Litwin, 2006). Également, au Canada les associations entre soutien social et perception de la santé ont été rapportées pour les canadiens et les immigrants mais elles sont plus fortes chez les immigrants (Dunn and Dyck, 2000).

Déjà en 1983 Henderson B. & Byrne D.G. ont noté que pour certains migrants, les déficiences du support social font émerger des symptômes psychiatriques.

Kawachi et Berkman ont travaillé sur les effets directs et les effets tampons du soutien social sur la santé. Il existerait un lien direct entre le soutien social et la détresse psychologique, tandis que le soutien social joue un rôle tampon sur le stress de l'acculturation que l'on trouve chez tous les types de migrants. Le soutien social va avoir, par ailleurs, une influence sur les habitudes de vie (exercice physique, tabagisme, alimentation et autres) qui vont se répercuter sur la santé mentale (Kawachi & Berkman, 2001). Le rôle du soutien social sur la détresse psychologique a été examiné en Norvège par Syed et col. Les immigrants pakistanais ont plus

de détresse psychologique que les norvégiens mais la différence se réduit de moitié quand on prend en considération le soutien social, beaucoup plus faible chez les pakistanais (Syed & al. 2006).

L'immigration est un processus de stress (Bhugra 2005; Beiser 2005). Le modèle de « stress- distress » de Pearlin pourrait être utilisé pour examiner l'effet de l'immigration sur la santé (Pearlin L.I. et col. 1981). Dans ce modèle le soutien social est conceptualisé comme une façon d'affronter le stress. Dans ce sens le soutien social pourrait modifier l'effet du stress de l'immigration sur la santé, agissant comme un tampon. En particulier, Noh et Kaspar ont démontré chez les immigrants coréens à Toronto que le soutien de la communauté ethnique atténue l'impact de la discrimination sur la dépression (Noh and Kaspar, 2003).

La position socioéconomique est un déterminant de la santé mentale de la population. Elle interagit avec l'ethnicité (Nazroo J., 2003). Briones D.F. et col (1990) proposent une hypothèse qui suggère que les conditions de vie associées au bas statut socio-économique aggravent les effets de l'isolement auxquelles font face les immigrants. Inversement, un statut socioéconomique relativement élevé diminue les effets de cet isolement. Les variables de sexe, d'âge et d'ethnicité avec le statut socioéconomique et les événements stressants de la vie se combinent de telle façon que l'isolement social est vécu différemment (La Rocca J.M. and al. (1980); Pearlin L.I. and al. (1981); Williams A.W. and al. (1981)) et influence l'insertion au sein du réseau du support social (Pittman J.F., Lloyd S.A. 1988).

Au terme de notre recherche bibliographique sur la santé, l'ethnicité, et l'immigration nous allons élaborer notre cadre conceptuel.

2.5 Élaboration du cadre d'analyse

2.5.1 Cadre d'analyse

Après la revue de la littérature sur le modèle de la santé des immigrants et les travaux faits au Canada nous proposons que :

- le soutien social est un modificateur de l'effet de l'immigration sur la santé des immigrants.
- L'effet du soutien social varie selon l'appartenance au groupe majoritaire ou au groupe minoritaire.

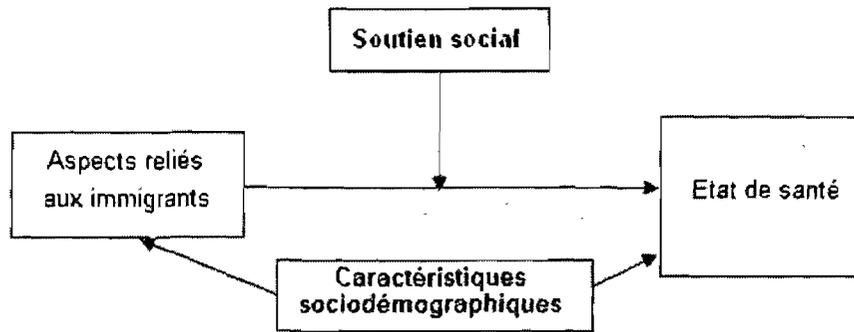


Figure 3 : cadre d'analyse

2.5.2 Commentaires sur le cadre proposé

Ainsi le modèle d'analyse retenu n'est pas celui de Berry ou de Beiser. Il s'agit d'un modèle qui s'inspire de Pearlin selon lequel on étudie les relations entre stress et détresse psychologique comme nous l'avons déjà présenté et détaillé précédemment. Suivant le modèle de Pearlin, le soutien social pourrait modifier l'effet du stress sur la détresse psychologique et la perception de la santé. Nous supposons dans le processus d'intégration des immigrants que le soutien social intervient d'une façon significative sur la santé physique et mentale.

La migration et l'appartenance ethnoculturelle peuvent être considérées comme une source de stress ayant un impact certain sur la santé physique et mentale. Les changements liés à ces deux facteurs produisent un stress inévitable d'intensité variable. Ce stress peut parfois être nécessaire pour une bonne intégration, c'est-à-dire agir comme stimulateur mais s'il devient chronique il peut induire des pathologies.

Le concept de la distance existant entre la culture d'origine et la culture hôte apporte un éclairage intéressant pour cerner son impact sur la santé. L'expérience migratoire et l'appartenance à une minorité visible, en particulier, mettent les individus dans une situation d'isolement social et de marginalisation.

L'intégration des immigrants se déroule de façon différente pour la première et deuxième génération et en conséquence notre cadre d'analyse s'applique aux deux générations. En plus, cette intégration est dépendante des facteurs de stratification sociale, ceux qui déterminent la position des individus dans la société, tels que l'âge, le sexe et la situation socio économique.

Aux chapitres suivants nous tenterons de valider notre cadre d'analyse en s'appuyant sur les données de l'Enquête sociale et de santé 1998, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Nous présentons, dans un premier temps, cette enquête, notamment ses objectifs, son plan d'échantillonnage, ses instruments de collecte de données et ses limites. Ensuite, nous définissons notre stratégie d'analyse et enchaînons avec les résultats qui en découlent.

Chapitre 3 : Source et limites des données

3.1 Présentation de l'Enquête sociale et de santé 1998 (origine et objectifs)

L'Enquête sociale et de santé 1998 prend son origine de l'enquête Santé Québec 1987 et de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. Depuis le premier avril 1999 cet organisme est devenu la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). L'ISQ compte actuellement à son actif une vingtaine d'enquêtes. Ces dernières contribuent à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être aussi bien de la population globale que des populations spécifiques. Ces enquêtes sont réalisées à une fréquence de cinq ans. Ainsi l'objectif de l'Enquête sociale et de santé 1998 est de suivre l'évolution des indicateurs de santé et de bien-être pour posséder une source d'information sur la population québécoise en ce qui concerne les habitudes de vie, la santé physique et mentale, les milieux et conditions de vie, ainsi que la consommation de services. Ces données vont permettre d'évaluer et d'assurer le suivi de la politique de santé pour réajuster les objectifs visés par les programmes et services sociaux et de santé

3.2 Population visée

La population visée dans cette enquête est celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions socio sanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite. Un ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel ailleurs. Tous les membres des ménages privés sont considérés exception faite des représentants de gouvernements étrangers et leur famille ou encore les visiteurs étrangers. Par ailleurs, les personnes vivant dans des centres d'accueil et des hôpitaux sont exclues de la population ciblée. Ces personnes représentent environ 1,7% de l'ensemble de la population québécoise. De même, les personnes habitant les réserves indiennes n'ont pas été prises en compte. La population visée par cette enquête représente 97,3% de l'ensemble de la population québécoise.

3.3 Plan d'échantillonnage

L'échantillon a été établi de façon systématique à partir d'un point de départ aléatoire sur l'ensemble des logements. Le territoire québécois a été découpé en petites aires

géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Les UPE peuvent correspondre tantôt à un pâté de maisons ou même parfois à un immeuble d'appartements. L'ensemble de ces unités forme le premier niveau de la base de sondage. *Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région socio sanitaire et d'une aire homogène (Pampalon R. et col. 1998).* La taille totale a été déterminée initialement à 15330 logements. Afin de prendre en compte les éventuelles variations saisonnières concernant les caractéristiques socio sanitaires de la population, l'échantillon total a été réparti en quatre périodes de collecte. Elles s'étalent sur l'ensemble de l'année 1998, réparties en trimestres, soit une période de janvier à mars, puis d'avril à juin, de juillet à septembre et enfin d'octobre à décembre. Pour chacune de ces périodes, la taille de l'échantillon par strate est similaire.

Il faut préciser que tous les membres d'un ménage choisi sont visés par l'enquête.

3.4 Instruments de collecte de données

Les principaux instruments sont les mêmes que ceux des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, mais adaptés aux objectifs de l'Enquête sociale et de santé 1998. A savoir le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire auto administré (QAA). En général les questions ont été conservées afin d'assurer la comparabilité des données entre les enquêtes. Toutefois, il est arrivé d'actualiser certaines questions.

De nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux ont collaborés dans la construction des instruments de collecte. Le choix des intervieweurs a été fait sur les compétences professionnelles et l'expérience des agents. Après avoir bénéficié d'une formation aux instruments de collecte.

Le QRI comprend une section d'identification. Celle-là contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques à savoir l'âge, le sexe, et le lien de parenté. Elle comprend ensuite des renseignements portant sur chacun des membres du ménage recueillis auprès d'un des membres de cette unité familiale considéré comme l'informateur clé (âge supérieure ou égale à 18 ans).

Le QAA est destiné aux individus d'un âge supérieur ou égal à 15 ans et comporte un questionnaire sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances psycho actives, alimentation,

pratique d'activités physiques, poids corporel), l'autonomie décisionnelle au travail, les diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, certains comportements de santé propre aux femmes et des renseignements démographiques socioculturels et socioéconomiques.

3.5 Qualité et limites des données

Cette enquête utilise un échantillon considérable avec plus de 15 400 ménages. La collecte a permis d'atteindre des résultats sur le plan de la réponse totale qui sont plus qu'acceptables : 82% comme taux de réponse pondéré au QRI et 84% comme proportion pondérée de répondants au QAA. Par ailleurs, la présence de l'intervieweur et la collecte assistée par l'utilisation de l'ordinateur pour le QRI a permis d'éviter la non-réponse partielle.

Premièrement, des pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte de telle façon que les biais potentiels associés à la non-réponse totale soient minimisés et que l'inférence à la population visée soit fiable. Deuxièmement, toutes les mesures de précision et les tests ont été produits en prenant en compte la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, celle vivant dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquêtes, peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes dans l'ensemble de la population québécoise.

Chapitre 4 : Méthode

Notre méthode s'articule autour des points suivants :

- choix de la population à l'étude,
- principales caractéristiques retenues
- description et adaptation des caractéristiques retenues aux fins de l'analyse et
- stratégie d'analyse

4.1 Choix de la population à l'étude

Dans le cadre de notre sujet de maîtrise, nous avons sélectionné un sous-groupe de l'échantillon total réunissant la population immigrante, elle-même déterminée en fonction de l'indice d'appartenance ethnoculturelle. Cet indice avait été créé lors de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 et il a été repris dans la présente enquête. L'indice d'appartenance ethnoculturelle est constitué du lieu de naissance du répondant, de sa langue maternelle, du lieu de naissance de la mère et de celui du père. Les renseignements obtenus proviennent du QAA à l'exception du lieu de naissance du répondant, tiré du QRI, l'indice n'est donc disponible que pour la population âgée de 15 ans et plus. Chacune des composantes constitutives de l'indice permet de mesurer une dimension particulière du concept d'ethnicité. Dans cette enquête, il a été élaboré un indice du groupe ethnoculturel en prenant en considération les variables énumérées précédemment. Elles permettent de classer cette population en trois groupes ethnoculturels distincts :

- le «groupe majoritaire»,
- le «groupe minoritaire de première génération » et
- le «groupe minoritaire de deuxième et de troisième génération».

Dans le regroupement des immigrants en tant que groupe majoritaire et groupe minoritaire, les minorités visibles ne sont pas distinguées.

Le groupe dit « majoritaire » réunit les personnes d'origine ou de descendance française, britannique ou autochtone au sens du MAIICC. Il s'agit de personnes de langue maternelle française ou anglaise, nées au Canada, en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis et dont au moins un des parents est né dans l'un ou l'autre de ces pays, ou encore nées ailleurs, mais dont au moins un des parents est né au Canada. Le groupe « minoritaire de deuxième ou de troisième génération » comprend l'ensemble des personnes nées au

Canada, dont la langue maternelle est autre que le français et l'anglais, ainsi que celles qui sont nées à l'étranger, mais dont au moins un des parents est né au Canada.

La catégorie « minoritaire de première génération » regroupe les personnes nées hors du pays, de langue maternelle française ou anglaise, nées en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis et dont les deux parents sont nés à l'étranger.

Il faut préciser que tous les membres d'un ménage choisi sont visés par l'enquête.

Dans le cadre de notre étude, nous avons sélectionné les immigrants au Canada en utilisant la variable «groupe ethnique» et en retenant du groupe majoritaire précédemment cité les individus nés hors Canada. Les groupes minoritaires des différentes générations ont été considérés sous l'appellation de groupe minoritaire né au Canada (première génération) et hors Canada (deuxième et troisième génération). Voici donc les effectifs de l'échantillon à l'étude selon le groupe retenu :

- Le groupe majoritaire né hors Canada qui représente un total de 183 individus
- Le groupe minoritaire né au Canada qui représente un total de 433 individus
- Le groupe minoritaire né hors du Canada qui représente un total de 795 individus

Toutes catégories confondues, notre échantillon de population sélectionnée représente donc un total de 1411 individus.

4.2 Portée et limites de la population à l'étude

Tel que mentionné précédemment, l'Enquête a bénéficié d'un échantillon de taille considérable puisqu'elle a concerné les membres de plus de 15 400 ménages. *La collecte des données a permis d'obtenir, pour chaque instrument, des résultats très satisfaisants. Le taux de réponse pondéré au QRI d'un pourcentage atteignant 82% et au QAA d'un pourcentage de 84 %, en est la preuve. Ces pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte de telle façon que les biais potentiels associés à la non-réponse totale soient minimisés et que l'inférence à la population cible soit fiable. La non-réponse partielle reste toujours un problème de taille dans les enquêtes. Sa portée peut avoir des effets considérables. En effet, la non-réponse partielle peut entraîner des biais dans les estimations si les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. En conséquence, plus la non-réponse partielle est importante, plus le risque de biais est grand.* La proportion de réponse chez les immigrants dans l'Enquête Sociale et de Santé Québec 1998 est beaucoup plus faible (67%) que pour les personnes choisies nées au

Québec (86%) ou au Canada (83%). Par ailleurs, comme l'appartenance à un groupe ethnique ne faisait pas partie des variables de post-stratification des données de l'enquête, il n'y a pas eu de redressement de l'échantillon en fonction de cette caractéristique. L'appartenance à un des groupes de la population à l'étude doit donc être vue comme une réalisation d'une variable aléatoire au même titre que plusieurs autres caractéristiques étudiées dans l'enquête (par exemple, les habitudes de vie, les comportements des personnes etc.). Elle est en fait considérée comme une variable de contrôle comme plusieurs autres caractéristiques sociodémographiques ou économiques.

Nous avons procédé à une analyse sommaire établissant la représentativité de notre population à l'étude sous cet aspect. À titre d'information, nous mentionnons que l'échantillon à l'étude est réparti pratiquement de la même façon que la population de 15 ans et plus de l'enquête sur le plan du genre, du groupe d'âge, du soutien social et de la détresse psychologique (plus de détails sont présentés dans la section des résultats).

Malgré les précautions prises pour assurer la qualité des données, il est impossible (comme pour toutes les enquêtes à l'échelle de la population) de garantir l'exactitude des réponses que donnent les répondants. Il en est de même pour les renseignements portant sur les membres du ménage recueillis au QRI. Ils pourraient manquer de précision s'ils provenaient d'une tierce personne. Une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé 1998 ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées

4.3 Les caractéristiques retenues et leur description

Parmi les variables abordées dans l'Enquête, nous avons choisi celles qui nous semblaient les plus significatives pour notre objet de recherche, à savoir : la santé perçue, la détresse psychologique, le groupe ethnique, le revenu du ménage (exprimé par la suffisance de revenu), l'âge, le sexe, la scolarité et l'indice de soutien social. Voici leur description en fonction du rôle qu'ils jouent dans notre cadre d'analyse

4.3.1 Les variables dépendantes

- **La santé perçue**

-

La question qui se rattache à cet indicateur se lit comme suit : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » (Légaré 2000). La distribution de cette variable est asymétrique, puisque les réponses se concentrent vers les valeurs «excellente» ou «très bonne santé». Face à la difficulté de traiter cette variable comme variable continue, nous avons décidé, pour notre étude, de la catégoriser en deux : excellente et très bonne comparé avec bonne, moyenne et mauvaise. Étant donné que les catégories «moyenne» et «mauvaise» ne regroupaient que 10% des observations et que la taille de notre population à l'étude était déjà limitée (1411 individus), on a décidé d'y intégrer la catégorie du milieu (état de santé perçu bon). De cette façon on obtient une variable dichotomique opposant les personnes ayant un état de santé perçu «supérieur» à celles en ayant un qualifié d'«inférieur».

- **La détresse psychologique**

-

L'indice IDPESQ14 est une adaptation à la population québécoise du «Psychiatric Symptom Index» qui a été développé et validé par Ilfeld (1976 et 1978). La détresse psychologique est un état de santé mental que l'indice essaie de mesurer. Il appartient à une famille d'échelles qui postule l'existence d'un continuum de santé / maladie mentale avec à une extrémité, la réaction de tristesse normale et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires ou encore d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman G.L., 1989,1990; Gold J.R., 1990). Cet indice n'a pas été conçu pour distinguer l'ensemble des psychopathologies. Les questions utilisées pour décrire cet indice proviennent du QAA. Elles permettent de dégager et de mesurer la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

Il faut préciser que la mesure de détresse psychologique n'a pas fait l'objet d'un test de concordance interculturelle et elle n'a pas été validée auprès des communautés culturelles.

Les questions pour l'indice de détresse psychologique développé pour l'Enquête sociale et de santé 1998 ont toutes le même choix de réponse soit:

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent.

Les voici :

Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?
Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?
Avez-vous eu des blancs de mémoire ?
Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu des « bleus » ?
Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?
Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?
Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?
Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?
Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?
Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?
Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?
Vous êtes-vous senti(e) négatif (ve) envers les autres ?
Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?
Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?

L'indice est basé sur la somme des 14 questions et transformé pour obtenir un score entre 0 et 100. Le score est divisé en 100 catégories qui correspondent aux centiles de la distribution. Un point de coupure qui sépare le 20% de la population avec la détresse plus élevée, est utilisé par Santé Québec (Levasseur 2000). Nous avons suivi cette façon de procéder pour distinguer ceux qui ont une détresse psychologique élevée.

4.3.2 L'exposition

- **Groupe ethnique (modifié)**

Cette variable a été établie à partir de l'indice original de l'enquête, il s'agit donc d'un indice modifié, dans le sens qu'il se limite aux trois groupes d'immigrants de l'enquête (pour plus de détails, voir la section antérieure portant sur la définition de notre population à l'étude). Le groupe majoritaire né hors Canada, comprenant les personnes nées en France ou en Angleterre ou aux États-Unis qui ont comme langue maternelle le français ou l'anglais, le groupe minoritaire né au Canada qui comprend l'ensemble des personnes de langue maternelle autre que le français et l'anglais et, enfin, le groupe minoritaire né hors du Canada, regroupant les individus nés hors du pays, à l'exception des individus de langue maternelle française ou anglaise nés en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis. Ce choix a été fondé sur le fait que les personnes du groupe majoritaire ont naturellement une culture proche de celle des canadiens et par conséquent elles vont avoir plus de facilités à s'intégrer. Par ailleurs, tout comme l'indice original, l'indice modifié permet la distinction entre les immigrants de première génération (groupe minoritaire né hors Canada) et ceux des générations subséquentes (groupe minoritaire né au Canada).

4.3.3 Variable modificatrice de l'association entre le groupe ethnique et la santé

- **Indice de soutien social**

Cet indice est composé d'éléments qui se rapportent à trois dimensions conceptuelles distinctes : l'intégration sociale, la satisfaction du réseau et la taille du réseau de soutien. Les deux premières questions de l'indice portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale, les trois suivantes traitent de la satisfaction sur les rapports sociaux, tandis que les six dernières concernent la taille du réseau de soutien. En voici les détails :

INTÉGRATION SOCIALE
<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos ami(e)s ou des connaissances ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus d'une fois par semaine - Une fois par semaine - Au moins une fois par semaine - Environ une fois par an – Jamais.
<p>Au cours des deux derniers mois, diriez-vous que vous avez passé votre temps libre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque entièrement seul(e) - Plus de la moitié du temps seul(e) - À peu près la moitié du temps seul(e) et la moitié avec d'autres - Plus de la moitié du temps avec d'autres

- Presque entièrement avec d'autres.
SATISFACTION DU RÉSEAU
<p>Comment trouvez-vous votre vie sociale ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très satisfaisante - Plutôt satisfaisante - Plutôt insatisfaisante - Très insatisfaisante.
<p>Avez-vous des amis ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non. <p>Si oui, En général êtes vous satisfait(e) de vos rapports avec vos ami(e)s ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très satisfait - Plutôt satisfait - Plutôt insatisfait - Très insatisfait.
SOUTIEN SOCIAL
<p>Y a t-il dans votre entourage (vos ami(e) s ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non.
<p>S'il en est ainsi, combien de personnes ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une - Deux - Trois - Quatre - Cinq et plus
<p>Y a t-il dans votre entourage (vos ami(e) s ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e) ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non.
<p>S'il en est ainsi, combien de personnes ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une - Deux - Trois - Quatre - Cinq et plus
<p>Y a t-il dans votre entourage (vos ami(e) s ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non.
<p>S'il en est ainsi, combien de personnes ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une - Deux - Trois - Quatre - Cinq et plus

Les valeurs attribuées à l'indice peuvent varier de 0 à 100. Les réponses sont distribuées en quintiles. Le premier quintile correspond au niveau faible de l'indice de soutien social, alors que le dernier quintile correspond au niveau élevé. Les résultats sont présentés de façon dichotomique : le premier quintile (niveau faible) est opposé aux quatre autres (niveaux plus élevés).

4.3.4 Les variables de contrôle

On se propose d'étudier les variations de la santé perçue et de la détresse psychologique (variables dépendantes) pour chaque groupe ethnique (variable indépendante) tout en modulant selon certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques (variables de contrôle).

- **Âge et Sexe**

Ces variables sont tirées du questionnaire auto administré QAA ou de la section identification du questionnaire rempli par l'intervieweur QRI, la priorité étant accordée aux données du QAA en raison de la plus grande fiabilité de l'information auto déclarée. L'âge est déterminé à partir de la date de naissance de la personne ou, à défaut, de l'âge déclaré. Afin qu'il n'y ait aucune valeur manquante, il a fallu procéder à un nombre marginal d'imputations (moins d'une dizaine) pour attribuer un âge à tous les répondants ; la donnée sur le sexe ne présente aucune valeur manquante (rapport officiel de l'enquête). La variable âge a été divisée en quatre sous catégories que voici : les « 15 à 25 ans », les « 25 à 44 ans », les « 45 à 65 ans » et les « 65 ans et plus ».

- **Scolarité**

Pour notre étude nous avons maintenu la variable «plus haut niveau de scolarité complété». Nous avons catégorisé cette variable en 3 groupes : «Primaire ou moins» «secondaire ou cégep complet ou incomplet» et «universitaire complet ou incomplet».

- **Revenu**

Nous avons principalement utilisé l'indice de suffisance de revenu développé par l'Enquête sociale et de santé 1998. Celui-ci est fondé sur le revenu total du ménage, le nombre des membres du ménage et les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada établis en 1992 et reconduits pour le recensement de 1996. Les seuils de faible revenu représentent la part consacrée aux dépenses dites de subsistance. Tous les membres d'un ménage se voient attribuer le même niveau de revenu. Cette variable prend les valeurs suivantes : «très pauvre» «pauvre» «moyen inférieur» «moyen supérieur» et «supérieur». Le taux de non-réponse partiel élevé (13,8%) a été minimisé par une procédure d'imputation au moyen de modèles statistiques.

Outre cet indice, nous avons retenu la perception de sa situation financière comme un deuxième choix au chapitre de déterminants économiques. Selon cette caractéristique la population de 15 ans et plus est divisée en quatre catégories regroupant respectivement les personnes se sentant à l'aise, «suffisants», pauvres ou très pauvres.

4.4 La stratégie d'analyse

Notre méthode d'analyse comporte plusieurs étapes nous permettant d'une part, de bien circonscrire notre population à l'étude et, d'autre part, de «soumettre» cette dernière au modèle théorique proposé.

Plus précisément, nous comptons présenter en premier lieu quelques données de base sur les caractéristiques de la population à l'étude au moyen de tableaux de fréquences simples ou croisés et, en second lieu, procéder à des analyses multivariées au moyen de régression logistique binomiales.

En ce qui a trait à la première partie, les données produites tiennent compte des pondérations échantillonnales établies par l'Institut de la statistique du Québec de même que des effets de plan appropriés. La méthode d'analyse de tableaux de fréquences ou de tableaux croisés (à 2 dimensions ou plus) est donc la même que celle utilisée par les groupes d'analyse ayant participé à la production du rapport final en suivant les recommandations de l'Institut de la Statistique du Québec.

Les données sont traitées par les progiciels statistiques SPSS et SAS et les intervalles de confiance ou l'examen de relations statistiques entre deux caractéristiques sont fondées sur le seuil de signification statistique de 0,05.

Au sujet des pondérations nous devons mentionner que l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en a établi deux principales séries, la première visant à extrapoler les résultats à l'ensemble des populations à l'étude et, la seconde, à mener des analyses statistiques, le tout pour chacun des deux questionnaires séparément. Chaque répondant se voyait alors attribuer des facteurs de pondération différents au QRI et au QAA. La pondération permet ainsi de s'assurer que la distribution des répondants selon l'âge, le sexe et la région sociosanitaire est conforme à celle de la population visée par l'enquête. Le calcul des poids de l'enquête de 1998 s'est fait par étape en tenant compte de la probabilité de sélection d'une personne, de la non-réponse et de l'ajustement à la population de référence (celle visée par l'enquête) pour n'en citer que les principaux facteurs.

Ensuite, ces pondérations ont été ramenées à la taille de l'échantillon en vue de mener des analyses statistiques. Toutefois, ces poids n'étaient pas suffisants pour tenir compte du devis de sondage adopté pour l'enquête. Un ajustement a donc été apporté grâce à l'effet de plan, aux vues de la complexité du plan d'échantillonnage de cette dernière. En fait, l'ISQ a produit des effets de plan moyens selon des classes de variables que les utilisateurs de la banque (masquée) mise à la disposition des différentes régions socio-sanitaires devaient intégrer dans leurs analyses statistiques. Les pondérations échantillonales étaient divisées par l'effet de plan approprié «transformant» ainsi l'échantillon originalement complexe en un échantillon aléatoire simple «équivalent». Cela permettait d'obtenir des statistiques d'association entre deux variables catégorielles (en l'occurrence le Khi-deux) au moyen des progiciels SPSS et SAS. Il s'agit d'une méthode approximative (en absence du devis d'échantillonnage dans la banque de données) recommandée par l'ISQ. En ce qui a trait aux intervalles de confiance de plusieurs estimations nous avons recouru à des programmes macros en SAS utilisés par l'ISQ.

Au chapitre de la seconde partie de l'analyse (régressions logistiques binomiales) nous avons adopté la méthode recommandée par Hosmer et Lemeshow (1989). Nous avons donc effectué un travail préliminaire au chapitre des associations entre chacune des deux principales variables à l'étude (santé perçue et détresse psychologique) et les variables sociodémographiques retenues dans notre projet (groupe d'âge, sexe, scolarité, suffisance du revenu) et le soutien social. Pour la construction d'un modèle de régression logistique binomiale nous en avons retenu celles ayant un seuil de signification statistique inférieur ou égal à 0,25. Nous avons opté pour la méthode d'inclusion de variables de façon successive («stepwise-forward») afin d'arriver à un modèle approprié. Compte tenu de la nature du

modèle théorique proposé, nous avons étudié l'inclusion d'un terme d'interaction entre l'appartenance à un groupe ethnique et la présence du soutien social. Par ailleurs, nous devons mentionner, que les modèles ainsi obtenus sont « explicatifs » et non « prédictifs », car ils s'appuient sur des données non pondérées et sans considération d'un effet de plan; ils nous révèlent les associations les plus importantes entre la variable dépendante et les autres variables (indépendante ou de contrôle). Le recours à des logiciels spécialisés (SUDAAN, PC-CARP, STATA, etc.) permettant l'intégration du devis d'échantillonnage lors de modélisation, serait nécessaire afin d'arriver à des modèles prédictifs.

Enfin, nous avons calculé les intervalles de confiance de 95% pour le rapport de cote de chacune des variables incluses dans les modèles étudiés. Le rapport de cote nous permet de mesurer la cote d'avoir une santé perçue inférieure ou d'être en détresse psychologique élevée pour un groupe ethnique par rapport à la cote correspondante d'un groupe ethnique de référence et ce, en présence d'autres caractéristiques des individus.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

La présentation de nos résultats découle de notre plan d'analyse et de ce fait, elle est divisée en deux grandes parties. La première partie est consacrée aux caractéristiques de la population à l'étude et la seconde, à la présentation des modèles de régressions logistiques pour chacune des principales variables à l'étude séparément, soit l'état de santé perçue et la détresse psychologique.

5.1 Principales caractéristiques de la population à l'étude

Le tableau 1 réunit les répartitions de fréquences de toutes les variables retenues (variables sociodémographiques, de santé et soutien social). Sur le plan démographique, notre population cible est répartie entre les deux sexes de façon égalitaire (50,7% d'hommes, 49,3% de femmes) et elle ne diffère que très peu de celle de la population âgée de 15 ans ou plus de l'enquête principale (49,1% d'hommes c. 50,9% de femmes) ; elle est âgée pour 40,8% entre 25 et 44 ans et elle compte autant de jeunes de 15 à 24 ans (16%) que de personnes âgées de 65 ans ou plus (15,8%). Mentionnons à titre d'information que cette répartition ne s'écarte pas sensiblement de celle de la population de l'enquête principale (15-24 ans : 16,7%; 25-44 ans : 39,9%; 45-64 ans : 29,4%; 65 ans et plus : 14,0%). Sur le plan socioéconomique, la population à l'étude est composée en majorité de personnes à revenu moyen (moyen inférieur : 34%, moyen supérieur : 30%); les personnes de revenu faible (très pauvres et pauvres) représentent quant à elles, environ le quart de notre population à l'étude. La population - mère (celle visée par l'enquête) renferme moins de personnes de faible revenu (19%) et plus de personnes de revenu moyen supérieur (37%). En ce qui a trait au niveau de scolarité, plus de quatre personnes sur 10 (45%) ont une éducation de niveau secondaire ou de cégep (45%), tandis que le tiers (33%) a fait des études de niveau universitaire. Dans la population de l'enquête principale, on retrouve moins d'universitaires (21%), un peu plus de personnes du niveau scolaire primaire (26%) et, par le fait même, plus de personnes de scolarité intermédiaire (53%).

Il est important de signaler que les immigrants à l'étude se sentent à 79% soutenus socialement, résultat équivalent à ce qui est observé chez la population de l'enquête principale.

La fréquence de détresse psychologique élevée est de 21%, très proche du point de coupure établi par Santé Québec pour définir la détresse psychologique élevée (20% de l'échantillon totale de l'Enquête en incluant les personnes nées au Canada).

Enfin, près de la moitié de notre population à l'étude (48%) rapportent avoir un état de santé perçu inférieur (bon, moyen ou mauvais) comparativement à 46% chez la population de l'enquête principale.

En somme, notre population à l'étude est représentative de celle de l'enquête principale sur le plan de la répartition par sexe, par groupe d'âge, selon l'état de santé perçu, le soutien social ou le niveau de détresse psychologique, mais elle diffère de cette dernière au chapitre du niveau de scolarité ou de la suffisance du revenu.

Tableau 1

Répartition (en %) de la population à l'étude selon quelques caractéristiques démographiques, socio économiques et d'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Répartitions (en %)(données pondérées)
Sexe	
Homme	50,7
Femme	49,3
Groupe d'âge	
15-24 ans	16,0
25-44 ans	40,8
45-64 ans	27,3
65 ans et plus	15,8
Suffisance de revenu ***	
Très pauvre	11,2
Pauvre	14,3
Moyen inférieur	33,6
Moyen supérieur	29,7
Supérieur	11,2
Situation financière perçue (3,69%) †	
À l'aise	20,7
Suffisant	51,3
Pauvre et très pauvre	28,0
Scolarité (1,98%) †	
Primaire	22,2
Secondaire ou cégep	44,8
Universitaire	33,0
Groupe ethnique	
Majoritaire né hors Canada	11,6
Minoritaire né hors Canada	64,3
Minoritaire né au Canada	24,1
Soutien social	
Faible	21,0
Élevé	79,0
État de santé perçu (6,59%) †	
Excellent	15,4
Très bon	36,6
Bon	38,0
Moyen	8,8
Mauvais	1,2**
Indice de détresse psychologique (6,09%) †	
Élevé	20,7
Faible	79,3
Total *	100,0 *
Population estimée (en milliers)	725

† Figure entre parenthèses le taux de non-réponse partielle (données non pondérées).

* Le total correspond à la répartition de chaque caractéristique séparément et peut être légèrement différent de 100,0 en raison de l'arrondissement.

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

*** Pondération propre aux répondants au QAA

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

5.2 Caractéristiques de la population à l'étude selon le groupe ethnique (modifié)

L'étude des nos trois groupes ethniques selon les caractéristiques sociodémographiques, économiques ou de l'état de santé nous révèle que, dans la majorité des cas, leur composition varie sensiblement (tableau 2).

Tableau 2

Répartitions (en %) des groupes ethniques selon quelques caractéristiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Majoritaire né hors Canada	Minoritaire né hors Canada	Minoritaire né au Canada
Sexe (0,3232) †			
Hommes	51,8	51,9	47,0
Femmes	48,2	48,1	53,0
Total	100,0	100,0	100,0
Groupe d'âge (0,0001) †			
15 à 24 ans	12,3 *	12,5	27,2
25 à 44 ans	43,3	41,2	38,8
45 à 64 ans	23,2	32,9	14,7
65 ans et plus	21,3 *	13,5	19,3
Total	100,0	100,0	100,0
Scolarité (0,049) †			
Primaire	21,7 *	22,7	21,2
Secondaire ou cégep	35,7	44,8	49,1
Universitaire	42,6	32,5	29,7
Total	100,0	100,0	100,0
Suffisance de revenu (0,414) †			
Très pauvre	6,6 **	13,2	8,3 **
Pauvre	10,9 **	16,2	10,8 **
Moyen inférieur	34,3 *	33,6	33,2
Moyen supérieur	33,6 *	27,0	35,0
Supérieur	14,7 **	10,1*	12,6 *
Total	100,0	100,0	100,0
Soutien social (0,0678) †			
Faible	19,4 *	22,9	16,7
Élevé	80,6	77,1	83,3
Total	100,0	100,0	100,0
Pop estimée '000	84	466	175

† le chiffre entre parenthèses représente le degré de signification statistique de la relation entre le groupe ethnique et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Plus précisément, les trois groupes ne se démarquent pas au chapitre de leur répartition par sexe. Par contre, au sujet de la composition selon le groupe d'âge, on retrouve plus de jeunes chez le groupe minoritaire né au Canada (27%, c. 13% aux deux autres groupes), à peu près autant de personnes chez les 25 à 44 ans, beaucoup plus de gens de 45 à 64 ans chez le groupe minoritaire né hors Canada (33% c. 23% et 15% respectivement aux groupes majoritaire né hors Canada et minoritaire né au Canada), et beaucoup moins de personnes de 65 ans ou plus chez ce même groupe (13% c. 21% et 19% aux deux autres groupes).

Toute proportion gardée, le groupe majoritaire né hors Canada compte plus de personnes de niveau universitaire (43% c. 33% et 30% chez les deux autres groupes), mais moins, d'éducation intermédiaire (secondaire ou cégep) (36% c. 45% et 49% chez les deux autres groupes minoritaires).

Pour ce qui est du revenu, le groupe minoritaire né hors Canada se distingue nettement des deux autres par une proportion beaucoup plus élevée de personnes de revenu inférieur (très pauvres et pauvres) (29% c. 18% et 19% chez les deux autres groupes).

La relation entre le groupe ethnique et le soutien social nous révèle que le groupe minoritaire né au Canada tend à bénéficier davantage d'un soutien élevé que les autres (83% c. 81% et 77%) ($p=0,07$). Les associations entre le groupe ethnique et l'état de santé perçu ou la détresse psychologique sont cependant plus claires (tableau 3).

Tableau 3

Répartitions (en %) des groupes ethniques selon l'état de santé perçu ou la détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Majoritaire né hors Canada	Minoritaire né hors Canada	Minoritaire né au Canada
État de santé perçu (0,0001) †			
Excellent – très bon	62,0	47,3	59,1
Bon, moyen, mauvais	38,0	52,7	40,9
Total	100,0	100,0	100,0
Détresse psychologique (0,0228) †			
Faible	81,2	81,1	73,7
Élevée	18,8 *	18,9	26,3
Total	100,0	100,0	100,0
Pop estimée '000	84	466	175

† Le chiffre entre parenthèses représente le degré de signification statistique de la relation entre le groupe ethnique et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

Ainsi, le groupe minoritaire né hors Canada évalue en plus grande proportion que son état de santé est inférieur (bon, moyen ou mauvais) (53% c. 38% et 41% chez les deux autres groupes à l'étude), tandis que le groupe minoritaire né au Canada souffre plus d'une détresse psychologique élevée (26% c. 19% chez les deux autres groupes).

5.3 Analyses par régression logistique binomiale

5.3.1 État de santé perçu

Au risque de se répéter, nous mentionnons que nous avons classé les individus en deux catégories, ceux ayant un état de santé perçu supérieur (santé perçue excellente ou très bonne) et ceux rapportant un état de santé perçu inférieur (santé perçue bonne, moyenne ou mauvaise). Le développement du modèle de régression logistique qui suit oppose le deuxième groupe ainsi obtenu au premier.

Les caractéristiques candidates au modèle à établir sont choisies en fonction de leur force d'association avec la variable état de santé perçu; le résultat de ce travail préliminaire nous a permis de retenir les caractéristiques suivantes : groupe ethnique, soutien social, groupe d'âge, scolarité et suffisance de revenu (toutes fortement significatives sur le plan statistique au seuil de 0,05) (tableau 4).

Tableau 4

Prévalence de la santé perçue inférieure (bonne, moyenne ou mauvaise) selon quelques caractéristiques socio démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Bon, moyen ou mauvais état de santé perçue % (intervalle de confiance de 95%)	p
Groupe ethnique		0,0001
Majoritaire né hors Canada	38,0 (30,1 - 46,3)	
Minoritaire né hors Canada	52,7 (49,2 - 56,2)	
Minoritaire né au Canada	40,9 (35,4 - 46,5)	
Groupe d'âge		0,0001
15 à 24 ans	40,2 (33,4 - 47,1)	
25 à 44 ans	43,4 (39,1 - 47,8)	
45 à 64 ans	50,8 (45,4 - 56,2)	
65 ans et plus	63,6 (56,7 - 70,5)	
Sexe		0,4877
Hommes	47,1 (43,1 - 51,0)	
Femmes	49,0 (45,1 - 53,0)	
Scolarité		0,0079
Primaire	55,8 (49,9 - 61,8)	
Secondaire ou cégep	46,7 (42,0 - 51,0)	
Universitaire	43,8 (39,0 - 48,7)	
Suffisance de revenu		0,0031
Très pauvre	45,8 (36,8 - 54,7)	
Pauvre	59,5 (51,7 - 67,2)	
Moyen inférieur	50,7 (45,5 - 55,9)	
Moyen supérieur	44,0 (38,4 - 49,5)	
Supérieur	38,2 (29,4 - 47,0)	
Soutien social		0,0006
Faible	57,1 (50,9 - 63,2)	
Élevé	44,8 (41,6 - 48,0)	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

Par ailleurs, afin d'étudier l'influence du soutien social sur la santé perçue en fonction du groupe ethnique nous avons réalisé une analyse stratifiée (tableau 5).

Tableau 5

Répartition (en %) de l'état de santé perçue selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998

Groupe ethnique / soutien social	État de santé perçu supérieur	État de santé perçu inférieur	Total	p
Majoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	71,2	28,8 **	100,0	0,2697
Soutien social élevé	59,5	40,5	100,0	
Minoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	38,2	61,8	100,0	0,0026
Soutien social élevé	51,2	48,8	100,0	
Minoritaire né au Canada				
Soutien social faible	45,2 *	54,8	100,0	0,0250
Soutien social élevé	62,5	37,5	100,0	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçu et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Chez le groupe majoritaire, il n'y a pas de différence significative entre la santé perçue et le soutien social ($p=0,269$), contrairement aux groupes minoritaires où l'état inférieur de santé perçu désavantage les personnes de faible soutien social. Ce phénomène est très significatif, surtout pour le groupe minoritaire de première génération ($p=0,0026$). Ce résultat reflète la présence d'une interaction entre ces deux variables.

L'ensemble de ces caractéristiques de même que le terme d'interaction ressorti précédemment ont été soumis à la procédure de régression logistique (en SPSS) et introduits progressivement dans le modèle.

Le modèle final ainsi obtenu figure au tableau 6.

Tableau 6

Rapport corrigé de cotes pour la déclaration d'une bonne, moyenne ou mauvaise santé selon le groupe d'âge, le groupe ethnique, la suffisance de revenu et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.

	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95% (Wald)
Groupe d'âge		
15-24 ans	0,30	0,20 – 0,45*
25-44 ans	0,38	0,26 – 0,54*
45-64 ans	0,53	0,36 – 0,78*
65 ans et plus †	1,00	...
Groupe ethnique		
Minoritaire né hors Canada	1,48	1,00 – 2,18*
Minoritaire né au Canada	1,14	0,75 – 1,73
Majoritaire né hors Canada †	1,00	...
Suffisance de revenu		
Très pauvre	1,34	0,83 – 2,17
Pauvre	1,96	1,24 – 3,11*
Moyen inférieur	1,64	1,10 – 2,4*
Moyen supérieur	1,35	0,91 – 2,02
Supérieur †	1,00	...
Soutien social		
Faible	0,66	0,28 – 1,52
Élevé †	1,00	...
Groupe ethnique * soutien social		
Majoritaire né hors Canada - faible	0,66	0,28 – 1,52
Majoritaire né hors Canada – élevé †	1,00	...
Minoritaire né hors Canada – faible	1,80	1,25 – 2,61*
Minoritaire né hors Canada – élevé †	1,00	...
Minoritaire né au Canada – faible	1,84	1,07 – 3,16*
Minoritaire né au Canada – élevé †	1,00	...

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998

† Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence

... N'ayant pas lieu de figurer

Comme ce tableau en témoigne, l'état inférieur de santé perçu dépend de l'âge, du revenu du ménage et varie en fonction du groupe d'immigrants. Le rapport de cotes augmente à mesure que les gens avancent en âge, ce qui indique qu'ils sont de plus en plus susceptibles de se sentir en moins bonne santé. Au chapitre du revenu, ce sont les catégories des pauvres et de ceux ayant un revenu moyen inférieur qui ressortent de façon nette, leurs cotes exprimant un état de santé inférieur sont plus élevées que celles de tous les autres groupes. Le soutien social, quant à lui, joue effectivement un rôle médiateur, car il module l'état de santé perçu en fonction du groupe d'immigrants. Pour les immigrants de première génération et leurs descendants (les deux groupes «minoritaires») un faible soutien social est associé avec un état de santé moins bon (cotes de 1,8 et 1,84 respectivement). Il est à noter, que pour le groupe minoritaire né hors Canada il s'agit d'un effet supplémentaire, contrairement au soutien social, dont l'effet passe par le biais des groupes ethniques seulement.

5.3.2 Détresse psychologique

Tout comme pour l'état de santé perçu nous avons, dans un premier temps, étudié la force d'association entre les caractéristiques sociodémographiques, le groupe ethnique, la suffisance de revenu ainsi que le soutien social avec la détresse psychologique élevée et ensuite nous avons procédé à la recherche d'un modèle explicatif approprié. Des analyses bivariées ainsi menées ont mis en évidence des caractéristiques qui se sont révélées des candidates possibles pour le modèle à établir : le groupe d'âge, le sexe, le groupe ethnique, le soutien social et la situation économique perçue (tableau 7).

Tableau 7

Prévalence de la détresse psychologique élevée selon quelques caractéristiques socio démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Détresse psychologique élevée % (intervalle de confiance de 95%)	p
Groupe ethnique		0,0228
Majoritaire né hors Canada	18,8 (12,7- 26,2) *	
Minoritaire né hors Canada	18,9 (16,1 - 21,6)	
Minoritaire né au Canada	26,3 (21,3 -31,3)	
Groupe d'âge		0,0001
15 à 24 ans	33,1 (26,5 - 39,7)	
25 à 44 ans	20,8 (17,2 - 24,3)	
45 à 64 ans	18,4 (14,4 - 23,0)	
65 ans et plus	10,8 (6,6 - 16,3) *	
Sexe		0,0581
Hommes	18,5 (15,5 - 21,6)	
Femmes	22,9 (19,5 - 26,3)	
Scolarité		0,4303
Primaire	19,2 (14,6 - 24,4)	
Secondaire ou cégep	22,5 (19,0 - 26,1)	
Universitaire	19,7 (15,9 - 24,0)	
Suffisance de revenu		0,9231
Très pauvre	22,8 (15,5 - 31,5) *	
Pauvre	20,4 (14,3 - 27,6) *	
Moyen inférieur	21,5 (17,2 - 25,7)	
Moyen supérieur	19,1 (14,9 - 23,9)	
Supérieur	20,6 (13,8 - 28,9) *	
Situation économique perçue		0,0001
À l'aise	16,9 (12,5 - 22,1)	
Suffisant	16,1 (13,2 - 19,1)	
Pauvre et très pauvre	32,0 (26,9 - 37,0)	
Soutien social		0,0001
Faible	39,5 (33,4 - 45,6)	
Élevé	15,6 (13,3 - 17,9)	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

Par contre, le niveau de scolarité et la suffisance de revenu du ménage n'ont pas atteint un seuil de signification statistique suffisant (en l'occurrence 0,25) pour être retenus. À noter, que sur le plan économique, la perception de la situation financière s'est révélée plus intéressante que la suffisance de revenu, son association avec la détresse psychologique étant nettement supérieure.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les personnes ayant un faible soutien social, et dans une moindre mesure les immigrants du groupe minoritaire nés au Canada sont, toute proportion gardée, plus nombreux à se classer dans la catégorie supérieure de l'échelle de l'indice de détresse psychologique (33%, 40% et 26% respectivement) (tableau 7).

Les groupes d'immigrants nés à l'extérieur du pays (majoritaire ou minoritaire) ont un degré de détresse psychologique pratiquement identique et, de ce fait, on peut dorénavant les considérer ensemble.

Pour analyser le rôle modificateur du soutien social pour la détresse psychologique suivant l'ethnicité, nous avons procédé comme pour la santé perçue à une analyse stratifiée (tableau 8).

Tableau 8

Répartition (en %) de la détresse psychologique selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998

Groupe ethnique / soutien social	Détresse psychologique faible	Détresse psychologique élevée	Total	p
Majoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	54,3 *	45,7 *	100,0	0,0001
Soutien social élevé	88,0	12,0 **	100,0	
Minoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	66,8	33,2	100,0	0,0001
Soutien social élevé	85,4	14,6	100,0	
Minoritaire né au Canada				
Soutien social faible	42,4 *	57,6	100,0	0,0001
Soutien social élevé	80,4	19,6	100,0	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Les résultats montrent que pour tous les groupes ethniques, il existe une différence significative ($p=0,0001$) de détresse psychologique entre ceux qui bénéficient d'un soutien social élevé et ceux qui n'en bénéficient pas. L'analyse de la détresse psychologique selon le groupe ethnique et le soutien social montre assez clairement que pour tous les types d'immigrants, le manque de soutien social favorise la détresse psychologique élevée pratiquement de la même façon. Cela revient à dire que le soutien social ne joue pas le rôle de «modificateur» à la relation entre l'appartenance ethnoculturelle et la détresse psychologique.

En suivant la même procédure statistique (en SPSS) que pour l'état de santé perçue, nous arrivons à un modèle de régression logistique associant à la détresse psychologique le soutien social, le groupe d'âge, la situation économique perçue, le sexe et le groupe ethnique (tableau 9).

Tableau 9

Rapport corrigé de cotes pour la détresse psychologique élevée selon le groupe d'âge, le sexe, le groupe ethnique, la situation financière perçue et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.

	Rapport corrigé de cote	Intervalle de confiance de 95% (Wald)
Groupe d'âge		
15-24 ans	3,28	1,82 – 5,89*
25-44 ans	1,85	1,07 – 3,19*
45-64 ans	1,73	0,97 – 3,07
65 ans et plus †	1,00	...
Sexe		
Femmes	1,59	1,19 – 2,14*
Hommes	1,00	...
Groupe ethnique		
Minoritaire né au Canada	1,58	1,16 – 2,16*
Nés hors Canada †	1,00	...
Soutien social		
Faible	4,08	2,99 – 5,58*
Élevé †	1,00	...
Situation financière perçue		
Pauvre et très pauvre	2,21	1,44 – 3,38*
Suffisant	1,09	0,73 – 1,64
À l'aise †	1,00	...

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

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

On a étudié quelques interactions entre certaines caractéristiques (sexe et soutien social, groupe d'âge et groupe ethnique, groupe d'âge et soutien social, groupe ethnique et soutien social, groupe ethnique et situation économique perçue, soutien social et situation économique perçue), mais aucune n'est ressortie importante (sur le plan statistique) à inclure dans le modèle final. L'analyse de rapports de cote figurant sur ce tableau confirme plusieurs des résultats énoncés précédemment lors de l'étude des relations bivariées : ainsi,

les personnes moins privilégiées sur le plan du soutien social, les jeunes de 15 à 24 ans, celles s'auto évaluant défavorisées (très pauvres ou pauvres) et les immigrants de deuxième ou troisième génération représentent les groupes les plus vulnérables à une détresse psychologique élevée. La présence simultanée de plusieurs caractéristiques fait ressortir aussi, deux autres groupes susceptibles d'être en détresse : les femmes et les personnes de 25 à 44 ans.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

Au terme de ce mémoire nous avons d'abord étudié le contexte d'immigration au Canada et au Québec en particulier; ensuite, nous avons proposé un modèle reliant la perception de l'état de santé ou la détresse psychologique et plusieurs caractéristiques des immigrants en y intégrant la présence du soutien social dont ces derniers bénéficient au pays d'accueil; en dernier lieu, nous avons appliqué ce modèle aux données de l'Enquête sociale et de santé 1998, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec.

De cette enquête nous avons retenu un sous-ensemble de 1411 personnes de 15 ans et plus que nous avons divisé en trois groupes d'immigrants (minoritaires première génération, minoritaires générations subséquentes et majoritaires nés hors du pays). Les résultats obtenus portent donc sur ces trois groupes d'immigrants.

Nous avons alors constaté que la perception de l'état de santé varie d'un groupe à l'autre et que le groupe minoritaire né hors Canada évalue en beaucoup plus grande proportion (que les deux autres groupes) une moins bonne santé.

Par ailleurs, l'analyse multivariée au moyen de régressions logistiques dichotomiques, nous a révélé que la perception de l'état de santé est associée au groupe d'âge, au groupe ethnique, au revenu du ménage, au soutien social et partiellement au niveau d'éducation. Il est à noter que le soutien social modifie la relation entre la perception de l'état de santé et le groupe d'immigrants. Son effet principal est pratiquement absorbé par sa relation avec l'appartenance ethnoculturelle. Ce sont les immigrants des deux groupes minoritaires ayant un faible soutien social qui affichent un état de santé perçu plutôt défavorable. La santé perçue chez le groupe majoritaire n'est pas liée au soutien social.

Plusieurs hypothèses peuvent ressortir de ces constatations. La mauvaise perception de la santé qui prédomine chez le groupe minoritaire de première génération et qui est aggravée par un manque de soutien social chez les deux groupes minoritaires peut elle être expliquée par un des processus mis en œuvre par les immigrants de groupe ethnique minoritaire pour s'adapter à leur nouvel environnement? Si oui, quel est le processus, tel que le présente Berry (assimilation, intégration, marginalisation, réaffirmation) le plus à même d'être responsable de problèmes de santé?

Est-ce qu'une meilleure perception de santé chez le groupe majoritaire peut s'expliquer par un rapprochement de la culture d'origine et la culture hôte? En utilisant le cadre conceptuel de Berry, on pourrait faire l'hypothèse que tandis que les immigrants du groupe majoritaire ont plus de probabilité de s'intégrer dans la culture hôte, les immigrants qui appartiennent aux groupes minoritaires ont plus de probabilité de subir une acculturation avec des

composantes élevées d'assimilation, marginalisation, et réaffirmation qui pourraient nuire à leur santé; et le stress associé à l'acculturation à travers l'intégration serait moins fort que le stress associé à l'acculturation par l'assimilation, marginalisation et réaffirmation.

Dans ce cas, nous pourrions aussi faire l'hypothèse que le soutien social agit plus chez les groupes qui appartiennent aux minorités ethniques puisque ce sont précisément ces groupes qui subissent le stress le plus fort dans leur processus d'acculturation, caractérisé principalement par les efforts pour s'assimiler, ou par le rejet ou par la marginalisation. Peut-être cela est la raison pour laquelle le soutien social n'intervient pas dans la perception de la santé?

Quant à la détresse psychologique élevée, elle est associée au groupe d'âge, au sexe, à la situation financière perçue, au soutien social pour tous les immigrants. Le soutien social ne joue pas de rôle de modification de la relation entre le groupe ethnique et la détresse psychologique élevée. Les immigrants de deuxième et de troisième génération représentent les groupes les plus vulnérables à une détresse psychologique.

Une nouvelle question à laquelle nous ne pouvons pas répondre dans cette étude, émerge de nos résultats :

- Quel est le rapport entre la détresse psychologique et les différents processus d'adaptation tels que les présente Berry pour chaque groupe d'immigrants et selon leur génération?

En bref, si nous suivons le cadre conceptuel de Kawachi et Berkman sur les effets directs et les effets tampons du soutien social sur la santé on pourrait dire que – nos résultats appuient un lien direct entre le soutien social et la détresse psychologique, tandis que le soutien social joue un rôle tampon sur le stress de l'acculturation sur la perception de la santé chez les groupes minoritaires.

6.1 Discussion des limites

Les résultats de notre étude comportent certaines limites dues entre autres à des biais de sélection ou à des problèmes de mesure, souvent rencontrés dans les études d'exploitation secondaire de données d'enquêtes. Il y a ainsi, des limites inhérentes à l'enquête d'origine auxquels s'y ajoutent ceux de la population à l'étude. Voici à tour de rôle un survol de ces limites.

Dans l'enquête le taux de réponse globale (ensemble de la population visée) au QRI est de 82% et au QAA il est de 84 %. Toutefois, le taux de réponse chez les populations

immigrantes est plus faible (67%). Par ailleurs, le taux de non-réponse partiel relatif à la perception de l'état de santé et à la détresse psychologique s'élève à 6,6% et 6,1% respectivement (tableau 6 en annexe) ; il touche davantage les groupes minoritaires (91% et 89% dans le même ordre) et plus particulièrement ceux «nés hors Canada» (69% et 58% respectivement).

Il ne faut pas oublier que les langues officielles au Canada sont le français et l'anglais et que parmi les immigrants un grand nombre ne maîtrisent pas ces langues ou ne comprennent pas la subtilité des questions et ont des valeurs de santé liées à leur culture (Dunn and Dyck 2000). En général les populations ayant une faible éducation, se trouvant en situation de chômage ou se trouvant au seuil de pauvreté ont un faible taux de réponse dans les enquêtes de population (Enquête longitudinale des enfants du Québec, 1998). Pour ces raisons, les réponses que nous avons des immigrants pourraient très bien correspondre à la catégorie la plus riche et la plus éduquée et donc n'est pas représentatif de tous les types d'immigrants. Par contre, notre population à l'étude est représentative de celle de l'enquête d'origine au chapitre de la composition par sexe ou par groupe d'âge, mais elle s'en écarte sur le plan du niveau de scolarité ou de la suffisance de revenu. Elle lui ressemble également à l'échelle de la perception de l'état de santé, de la détresse psychologique ou du soutien social. Malgré cette représentativité établie sur des critères purement statistiques, il ne faut pas perdre de vue que l'Enquête Sociale et de Santé Québec 1998 ne visait pas à recueillir des données spécifiques aux communautés allophones du Québec. Une enquête sur ces communautés a été réalisée en parallèle par le même organisme (faits saillants sur 4 communautés culturelles).

En ce qui a trait aux problèmes de mesure, nous devons mentionner que l'indice du soutien social, hérité de l'Enquête sociale et de santé 1998, nous empêche d'analyser en profondeur le soutien social et particulièrement son rôle par rapport à sa source (famille, amis, communauté ethnique et communauté canadienne) ce qui est un aspect essentiel pour les minorités ethniques qui viennent des cultures de tradition collectiviste. Il s'agit d'un indice intégrant la taille du réseau, la satisfaction du réseau, la fréquence de contacts, le soutien émotionnel et le soutien matériel. En plus, avec cette information nous ne sommes pas capables de distinguer entre le réseau des proches qui sont présents dans le pays hôte et le réseau des proches qui sont restés dans le pays d'origine. En outre, la mesure du soutien social ne permet pas de savoir si les personnes identifiées comme faisant partie du réseau habitent au Québec ou sont encore dans leur pays d'origine ce qui rend par conséquent leur

accès plus difficile bien qu'ils demeurent l'élément majeur de soutien pour les immigrants. Or, on peut bien imaginer que les effets sur la santé d'un réseau social qui est physiquement proche ne sera pas le même que les effets d'un réseau qui est physiquement éloigné.

La mesure de la détresse psychologique utilisée dans Santé Québec permet d'identifier les personnes avec une probabilité d'avoir une maladie psychiatrique. Mais, elle ne permet pas d'étudier des problèmes spécifiques et fréquents telle que la symptomatologie dépressive élevée, tels que discuté dans les travaux originaux de son auteur (Ilfeld, 1976). En plus, cet index de détresse psychologique était construit aux États-Unis et sa validité n'a pas été testée dans d'autres populations provenant de cultures éloignées de celle de l'Amérique du Nord.

Certains éléments qui enrichiraient davantage notre étude sont absents de l'enquête d'origine. C'est notamment le cas des aspects reliés au parcours migratoire, tels le type d'immigration, la catégorie d'admission ou encore les aspects de l'histoire pré migratoire qui pourraient influencer la santé une fois au Canada. En particulier, on ne peut pas distinguer entre les réfugiés et les autres catégories de migrants. Nous ne disposons pas non plus d'information relative aux expériences de discrimination ce qui ne nous permet pas d'étudier son effet car il faut souligner que les minorités visibles sont l'objet d'une importante discrimination qui a des conséquences sur leur bien être et leur santé mentale.

Comme nous ne disposons pas d'information quant à la nature du réseau social parmi les mêmes groupes ethniques (Gellis ZD. 2003) ou au réseau dans la société canadienne. Nous manquons également de variables reliées à la façon de faire face au stress ou style d'affrontement (Noh et col. 2003) (Shapiro et col. 1999).

Nous ne pouvons pas non plus examiner les influences de la discrimination ethnique sur la probabilité de s'intégrer, s'assimiler, rejeter la culture d'origine ou se marginaliser dans des ghettos. Aujourd'hui, nous recommanderions aux chercheurs qui commencent des études sur les effets de l'immigration sur la santé de prêter une attention spéciale au concept et mesures de la discrimination ethnique mais des renseignements sur la discrimination ne sont pas habituellement disponibles dans les enquêtes de population, ni au Québec ni ailleurs.

Enfin, le fait de travailler sur un sous-échantillon fortement réduit de l'Enquête sociale et de santé 1998 nous a obligé à faire des compromis au chapitre de la méthode adoptée. Ainsi, on aurait pu étudier la variable sur la perception de l'état de santé au moyen d'une régression logistique polytomique plutôt que dichotomique, ce qui ajouterait plus de puissance à nos résultats, tout au moins sur le plan statistique.

La taille de l'échantillon relatif à notre étude combinée aux effets de plan inhérents nuit à la puissance statistique de nos résultats. Malgré ces limites les estimations des rapports de cotes des modèles multivariés montrent une précision acceptable et nous avons détectés des interactions entre les types d'immigrants et le soutien social.

6.2 Comparaison avec la littérature

6.2.1 Concernant l'objectif n°1 : La distribution de la santé des immigrants suivant l'ethnicité

6.2.1.2 La distribution de la santé perçue

Dunn (Dunn and Dyck, 2000) dans son étude basée sur l'enquête de la NPHS (1994-95) a trouvé dans la population immigrante que le groupe majoritaire (définie par les immigrants provenant de l'Europe et de l'Amérique du Nord) rapporte une plus mauvaise santé que le groupe minoritaire (défini par les immigrants provenant d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud) (16% et 11% respectivement).

L'étude sur les communautés culturelles au Québec (à savoir Haïtienne, Maghrébine, Chinoise, Hispanophone) trouve, comme dans notre étude, que les immigrants de groupe minoritaire rapportent un plus mauvais état de santé que l'ensemble de la population du Québec (Faits saillants communautés culturelles 1998-1999). Par contre l'étude de Newbold & Danford (2003) rapporte que les immigrants au Canada ont une meilleure santé que les personnes nées au Canada; mais il faut souligner que, dans cette étude, les distributions de santé perçue chez les groupes minoritaires et majoritaires ne sont pas données ce qui empêche la comparaison avec nos résultats.

Un article récent de Evans (2007) démontre qu'il y a des différences significatives à travers les pays de l'OCDE dans la réponse à la question « Comment diriez vous qu'est votre santé? », il y a une grande variabilité dans la distribution de la santé perçue parmi les pays de l'OCDE : les pays asiatiques ont une plus grande probabilité de rapporter une mauvaise santé, tandis que les personnes des États-Unis ont tendance à rapporter les extrêmes d'excellente ou mauvaise santé et les Canadiens se situent dans la moyenne de la distribution et rapportent plus fréquemment « être en bonne santé ». Evans conclut son travail avec l'existence d'un lien entre les aspects culturels et la santé. Il suggère dans cet article que la distribution statistique de l'autoperception de la santé des immigrants de

groupe minoritaire a une moyenne plus basse que l'ensemble de la population canadienne (Robert G. Evans, 2007). En plus, certaines cultures intègrent dans leur perception de la santé des aspects de la santé mentale et sociale (Franzini L. 2004). La santé perçue des femmes qui viennent au Québec de l'Amérique du Sud, l'Asie et l'Afrique (immigrantes du groupe minoritaire) est fortement corrélée avec leur symptomatologie dépressive, et cette association ne s'observe pas chez les femmes québécoises ou chez les immigrantes du groupe majoritaire (Tahiri et al, 2007).

Nous proposons de faire un tableau récapitulatif pour mieux visualiser les tendances. Nous avons ajouté la prévalence des non immigrants pour montrer que la tendance de santé du groupe majoritaire se rapproche des non immigrants.

	NPHS 1994/1995			Communautés culturelles étudiées					Notre étude		
	Eur/ N Am	Asia /Afr/ S Am	Cana da	1998-1999				1998	Majoritaire	Minoritaire Génération I	Minoritaire Génération II
Haiti				China	Hispano phones	Mahgreb & Orient	Ensemble Québec				
Population											
Perception de la santé											
Excellente/ Très bonne	45	60	60	54	27	45	47	57	62	47	59
Bonne	29	29	27	28	33	43	41	34	31	43	30
Moyenne/ Mauvaise	16	11	13	18	40	12	12	9	7	10	11

6.2.1.3 La distribution de la détresse psychologique

Les enquêtes de Santé Québec ont utilisé une adaptation de la mesure d'Ilfeld pour la détresse psychologique. Cette échelle inclut l'hostilité (Préville M. 1995; Préville M. 2000), une composante habituellement exclue des échelles de détresse psychologique utilisées dans les enquêtes populationnelles. Cette composante pourrait expliquer que les plus jeunes souffrent le plus de détresse psychologique dans les enquêtes de Santé Québec et que la détresse psychologique n'est pas associée aux facteurs socio-économiques tels que la scolarité, le revenu et le sexe (Légaré G. et col. 2000). Cette différence pose des difficultés

pour comparer nos résultats avec ceux des autres enquêtes. Néanmoins les résultats de l'enquête sur les communautés culturelles du Québec ne montrent pas de différences significatives dans la détresse psychologique entre les quatre groupes d'immigrants et la population du Québec (faits saillants des communautés culturelles).

Ali (Ali, 2004) a relevé que le groupe minoritaire a moins de détresse psychologique que le groupe majoritaire (6% et 8,5% respectivement). Le groupe majoritaire a une prévalence semblable aux canadiens (8,5%). Également, Nazroo dans une étude faite sur une communauté au Royaume-Uni a remarqué que le groupe minoritaire présentait moins de détresse psychologique que le groupe majoritaire (Nazroo J. 1997). Nos résultats ont montré que la détresse psychologique était surtout plus élevée chez le groupe minoritaire de deuxième génération et qu'elle était semblable chez le groupe majoritaire et minoritaire de première génération.

En conclusion de notre premier objectif, on trouve qu'il y a des différences importantes dans l'état de santé des groupes immigrants majoritaires et minoritaires. Les immigrants du groupe minoritaire se sentent en plus mauvaise santé que le groupe majoritaire. Les immigrants du groupe minoritaire de la deuxième génération ont plus de détresse psychologique. Tandis qu'il n'y a pas de différence dans la détresse psychologique entre les immigrants du groupe majoritaire et du groupe minoritaire de première génération.

6.2.2 Concernant l'objectif 2 : Le rôle du soutien social dans la santé et suivant l'ethnicité

Comme nous avons commenté dans la section précédente, Dunn et Dyck (2000) ont rapporté que les immigrants du groupe minoritaire se sentent en meilleure santé. Mais, après avoir ajusté pour l'âge, le sexe et la position socioéconomique, il semble que le groupe minoritaire a un risque plus élevée que la population du Canada de rapporter une mauvaise santé ($RC=1,48$) et ce risque augmente quand le soutien social est faible ($RC=4,83$) (Dunn and Dyck, 2000). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de notre étude c'est-à-dire que la mauvaise perception de la santé des immigrants du groupe minoritaire s'explique par les effets de leur faible soutien social. En effet, les immigrants du groupe minoritaire avec un bon soutien social rapportent une bonne santé et la population majoritaire née au Canada ne rapporte pas de différences dans leur état de santé selon qu'il y ait ou pas un bon soutien social.

Franzini également, en comparant les générations, trouve les mêmes résultats que notre étude, à savoir que les immigrants mexicains au Texas de première génération rapportent une plus mauvaise santé perçue (22,7%) que la deuxième génération (19,4%) et qu'elle est associée à un plus mauvais soutien social. Malgré que dans l'étude de Franzini, il s'agit plus de réseau social (Franzini L. 2004).

Mulvaney a également trouvé la même association que nous avons trouvé dans notre étude entre une mauvaise santé perçue et un faible support social chez le groupe minoritaire dans une étude basée sur l'enquête National Latino and Asian American Study (NLSAAS) (Mulvaney et col. 2007).

En ce qui concerne l'association entre le soutien social et la détresse psychologique Syed (2006) a fait une étude en Norvège sur la comparaison de la détresse psychologique et les facteurs psychosociaux entre les immigrants pakistanais, les immigrants occidentaux et les norvégiens. Dans le contexte norvégien nous pouvons considérer que les immigrants occidentaux ont la même tendance dans la santé et les facteurs sociodémographiques que les norvégiens de souche qui peuvent être assimilés à notre groupe majoritaire. C'est pour cela que nous nous permettons de comparer nos résultats avec cette étude entre le groupe majoritaire et le groupe minoritaire. Les auteurs dans cette étude ont utilisé comme instrument de mesure de la détresse psychologique le HSCL-10 qui comprend 10 items. Il en ressort que le groupe minoritaire a un score de HSCL de 1,53 comparé au groupe majoritaire qui est de 1,30. Le groupe minoritaire a un soutien social plus faible que le groupe majoritaire. En ajustant pour le soutien social et la situation économique cette différence disparaît (Syed et col. 2006). Ce qui indique que la détresse psychologique entre le groupe minoritaire et majoritaire s'explique par une différence au niveau socio économique et au niveau du soutien social.

Adrian Furnham et Shaheen Shiekh (1993) mettent en valeur l'évidence du lien entre le support social et la santé mentale pour les deux générations.

Henderson S. et Byrne D.G. (1983) observent que pour certains migrants, les déficiences du support social sont liées à l'émergence de symptômes psychiatriques.

Les résultats des études de Briones D. F. et col. (1990), montrent qu'après avoir contrôlé les variables de sexe et de statut socioéconomique, le soutien social a un impact significatif sur la détresse psychologique chez tous les types de migrants.

Nos résultats montrent également que l'association entre le soutien social et la détresse psychologique existe de façon significative chez tous les types d'immigrants.

6.3 Vue d'ensemble et pistes de recherche

Nos résultats démontrent que le soutien social est fortement associé à la santé physique et mentale des immigrants. Bien que notre étude soit exploratoire, elle confirme l'importance du soutien social pour la santé des immigrants et nous suggérons aux intervenants en santé publique d'orienter leurs efforts pour renforcer les réseaux de soutien des immigrants. Ce travail comporte de limites mais nous espérons qu'il pourra servir de référence aux chercheurs qui aborderont ce champ d'investigation et aux planificateurs qui ont en charge l'élaboration des programmes pour l'intégration des immigrants.

Il y a peu de recherche sur les déterminants de la santé des populations immigrants au Québec. Notre revue de la littérature et nos résultats démontrent que le processus d'immigration est un processus de stress avec des conséquences pour la santé. Nous espérons que cette recherche préliminaire pourra inspirer d'autres recherches plus approfondies sur les aspects spécifiques de l'immigration qui peuvent influencer la santé et leur interaction avec des caractéristiques personnelles tels que le sexe et la position économique dans le pays d'origine, sur leur parcours migratoire, sur l'expérience de la discrimination et sur la source de leur soutien social.

TABLEAUX

Tableau 1

Répartition (en %) de la population à l'étude selon quelques caractéristiques démographiques, socio-économiques et d'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Répartitions (en %)(données pondérées)
Sexe	
Homme	50,7
Femme	49,3
Groupe d'âge	
15-24 ans	16,0
25-44 ans	40,8
45-64 ans	27,3
65 ans et plus	15,8
Suffisance de revenu ***	
Très pauvre	11,2
Pauvre	14,3
Moyen inférieur	33,6
Moyen supérieur	29,7
Supérieur	11,2
Situation financière perçue (3,69%) †	
À l'aise	20,7
Suffisant	51,3
Pauvre et très pauvre	28,0
Scolarité (1,98%) †	
Primaire	22,2
Secondaire ou cégep	44,8
Universitaire	33,0
Groupe ethnique	
Majoritaire né hors Canada	11,6
Minoritaire né hors Canada	64,3
Minoritaire né au Canada	24,1
Soutien social	
Faible	21,0
Élevé	79,0
État de santé perçue (6,59%) †	
Excellent	15,4
Très bon	36,6
Bon	38,0
Moyen	8,8
Mauvais	1,2**
Indice de détresse psychologique (6,09%) †	
Élevé	20,7
Faible	79,3
Total *	100,0 *
Population estimée (en milliers)	725

† Figure entre parenthèses le taux de non-réponse partielle (données non pondérées).

* Le total correspond à la répartition de chaque caractéristique séparément et peut être légèrement différent de 100,0 en raison de l'arrondissement.

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

*** Pondération propre aux répondants au QAA

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

Tableau 2

Répartitions (en %) des groupes ethniques selon quelques caractéristiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Majoritaire né hors Canada	Minoritaire né hors Canada	Minoritaire né au Canada
Sexe (0,3232) †			
Hommes	51,8	51,9	47,0
Femmes	48,2	48,1	53,0
Total	100,0	100,0	100,0
Groupe d'âge (0,0001) †			
15 à 24 ans	12,3 *	12,5	27,2
25 à 44 ans	43,3	41,2	38,8
45 à 64 ans	23,2	32,9	14,7
65 ans et plus	21,3 *	13,5	19,3
Total	100,0	100,0	100,0
Scolarité (0,049) †			
Primaire	21,7 *	22,7	21,2
Secondaire ou cégep	35,7	44,8	49,1
Universitaire	42,6	32,5	29,7
Total	100,0	100,0	100,0
Suffisance de revenu (0,414) †			
Très pauvre	6,6 **	13,2	8,3 **
Pauvre	10,9 **	16,2	10,8 **
Moyen inférieur	34,3 *	33,6	33,2
Moyen supérieur	33,6 *	27,0	35,0
Supérieur	14,7 **	10,1*	12,6 *
Total	100,0	100,0	100,0
Soutien social (0,0678) †			
Faible	19,4 *	22,9	16,7
Élevé	80,6	77,1	83,3
Total	100,0	100,0	100,0
Pop estimée '000	84	466	175

† Le chiffre entre parenthèses représente le degré de signification statistique de la relation entre le groupe ethnique et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Tableau 3

Répartitions (en %) des groupes ethniques selon l'état de santé perçu ou la détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Majoritaire né hors Canada	Minoritaire né hors Canada	Minoritaire né au Canada
État de santé perçu (0,0001) †			
Excellent – très bon	62,0	47,3	59,1
Bon, moyen, mauvais	38,0	52,7	40,9
Total	100,0	100,0	100,0
Détresse psychologique (0,0228) †			
Faible	81,2	81,1	73,7
Élevée	18,8 *	18,9	26,3
Total	100,0	100,0	100,0
Pop estimée '000	84	466	175

† Le chiffre entre parenthèses représente le degré de signification statistique de la relation entre le groupe ethnique et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

Tableau 4

Prévalence de la santé perçue inférieure (bonne, moyenne ou mauvaise) selon quelques caractéristiques socio démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Bon, moyen ou mauvais état de santé perçue % (intervalle de confiance de 95%)	p
Groupe ethnique		0,0001
Majoritaire né hors Canada	38,0 (30,1 - 46,3)	
Minoritaire né hors Canada	52,7 (49,2 - 56,2)	
Minoritaire né au Canada	40,9 (35,4 - 46,5)	
Groupe d'âge		0,0001
15 à 24 ans	40,2 (33,4 - 47,1)	
25 à 44 ans	43,4 (39,1 - 47,8)	
45 à 64 ans	50,8 (45,4 - 56,2)	
65 ans et plus	63,6 (56,7 - 70,5)	
Sexe		0,4877
Hommes	47,1 (43,1 - 51,0)	
Femmes	49,0 (45,1 - 53,0)	
Scolarité		0,0079
Primaire	55,8 (49,9 - 61,8)	
Secondaire ou cégep	46,7 (42,0 - 51,0)	
Universitaire	43,8 (39,0 - 48,7)	
Suffisance de revenu		0,0031
Très pauvre	45,8 (36,8 - 54,7)	
Pauvre	59,5 (51,7 - 67,2)	
Moyen inférieur	50,7 (45,5 - 55,9)	
Moyen supérieur	44,0 (38,4 - 49,5)	
Supérieur	38,2 (29,4 - 47,0)	
Soutien social		0,0006
Faible	57,1 (50,9 - 63,2)	
Élevé	44,8 (41,6 - 48,0)	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

Tableau 5

Répartition (en %) de l'état de santé perçue selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998

Groupe ethnique / soutien social	État de santé perçue supérieur	État de santé perçue inférieur	Total	p
Majoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	71,2	28,8 **	100,0	0,2697
Soutien social élevé	59,5	40,5	100,0	
Minoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	38,2	61,8	100,0	0,0026
Soutien social élevé	51,2	48,8	100,0	
Minoritaire né au Canada				
Soutien social faible	45,2 *	54,8	100,0	0,0250
Soutien social élevé	62,5	37,5	100,0	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Tableau 6

Rapport corrigé de cotes pour la déclaration d'une bonne, moyenne ou mauvaise santé selon le groupe d'âge, le groupe ethnique, la suffisance de revenu et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.

	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95% (Wald)
Groupe d'âge		
15-24 ans	0,30	0,20 – 0,45*
25-44 ans	0,38	0,26 – 0,54*
45-64 ans	0,53	0,36 – 0,78*
65 ans et plus †	1,00	...
Groupe ethnique		
Minoritaire né hors Canada	1,48	1,00 – 2,18*
Minoritaire né au Canada	1,14	0,75 – 1,73
Majoritaire né hors Canada †	1,00	...
Suffisance de revenu		
Très pauvre	1,34	0,83 – 2,17
Pauvre	1,96	1,24 – 3,11*
Moyen inférieur	1,64	1,10 – 2,4*
Moyen supérieur	1,35	0,91 – 2,02
Supérieur †	1,00	...
Soutien social		
Faible	0,66	0,28 – 1,52
Élevé †	1,00	...
Groupe ethnique * soutien social		
Majoritaire né hors Canada - faible	0,66	0,28 – 1,52
Majoritaire né hors Canada – élevé †	1,00	...
Minoritaire né hors Canada – faible	1,80	1,25 – 2,61*
Minoritaire né hors Canada – élevé †	1,00	...
Minoritaire né au Canada – faible	1,84	1,07 – 3,16*
Minoritaire né au Canada – élevé †	1,00	...

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998

† Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence

... N'ayant pas lieu de figurer

Tableau 7

Prévalence de la détresse psychologique élevée selon quelques caractéristiques socio démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1998.

Caractéristique	Détresse psychologique élevée % (intervalle de confiance de 95%)	p
Groupe ethnique		0,0228
Majoritaire né hors Canada	18,8 (12,7- 26,2) *	
Minoritaire né hors Canada	18,9 (16,1 - 21,6)	
Minoritaire né au Canada	26,3 (21,3 -31,3)	
Groupe d'âge		0,0001
15 à 24 ans	33,1 (26,5 - 39,7)	
25 à 44 ans	20,8 (17,2 - 24,3)	
45 à 64 ans	18,4 (14,4 - 23,0)	
65 ans et plus	10,8 (6,6 - 16,3) *	
Sexe		0,0581
Hommes	18,5 (15,5 - 21,6)	
Femmes	22,9 (19,5 - 26,3)	
Scolarité		0,4303
Primaire	19,2 (14,6 - 24,4)	
Secondaire ou cégep	22,5 (19,0 - 26,1)	
Universitaire	19,7 (15,9 - 24,0)	
Suffisance de revenu		0,9231
Très pauvre	22,8 (15,5 - 31,5) *	
Pauvre	20,4 (14,3 - 27,6) *	
Moyen inférieur	21,5 (17,2 - 25,7)	
Moyen supérieur	19,1 (14,9 - 23,9)	
Supérieur	20,6 (13,8 - 28,9) *	
Situation économique perçue		0,0001
À l'aise	16,9 (12,5 - 22,1)	
Suffisant	16,1 (13,2 - 19,1)	
Pauvre et très pauvre	32,0 (26,9 - 37,0)	
Soutien social		0,0001
Faible	39,5 (33,4 - 45,6)	
Élevé	15,6 (13,3 - 17,9)	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçu et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

Tableau 8

Répartition (en %) de la détresse psychologique selon le groupe ethnique et le soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1998

Groupe ethnique / soutien social	Détresse psychologique faible	Détresse psychologique élevée	Total	p
Majoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	54,3 *	45,7 *	100,0	0,0001
Soutien social élevé	88,0	12,0 **	100,0	
Minoritaire né hors Canada				
Soutien social faible	66,8	33,2	100,0	0,0001
Soutien social élevé	85,4	14,6	100,0	
Minoritaire né au Canada				
Soutien social faible	42,4 *	57,6	100,0	0,0001
Soutien social élevé	80,4	19,6	100,0	

p représente le degré de signification statistique de la relation entre l'état de santé perçue et la caractéristique étudiée (données pondérées tenant compte de l'effet de plan approprié).

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

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

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

Tableau 9

Rapport corrigé de cotes pour la détresse psychologique élevée selon le groupe d'âge, le sexe, le groupe ethnique, la situation financière perçue et le soutien social. Population de 15 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 1998.

	Rapport corrigé de cote	Intervalle de confiance de 95% (Wald)
Groupe d'âge		
15-24 ans	3,28	1,82 – 5,89*
25-44 ans	1,85	1,07 – 3,19*
45-64 ans	1,73	0,97 – 3,07
65 ans et plus †	1,00	...
Sexe		
Femmes	1,59	1,19 – 2,14*
Hommes	1,00	...
Groupe ethnique		
Minoritaire né au Canada	1,58	1,16 – 2,16*
Nés hors Canada †	1,00	...
Soutien social		
Faible	4,08	2,99 – 5,58*
Élevé †	1,00	...
Situation financière perçue		
Pauvre et très pauvre	2,21	1,44 – 3,38*
Suffisant	1,09	0,73 – 1,64
À l'aise †	1,00	...

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

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle de la catégorie de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

ANNEXE

Tableau 1a :

Importance de la population immigrée dans la population totale du Québec, 1951-2001.

Année	Population immigrée	Population totale	Part de la population immigrée
1951	228 923	4 055 681	5,6
1961	388 449	5 259 211	7,4
1971	468 930	6 027 765	7,8
1981	522 150	6 369 070	8,2
1986	527 135	6 454 490	8,2
1991	591 210	6 810 300	8,7
1996	664 495	7 045 085	9,4
2001	706 965	7 125 580	9,9

Source : Statistique Canada, Recensement, 2001, 97F0009XCB01001
Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada.

Tableau 1b :

Immigrants admis au Québec selon la catégorie et le sexe, 1999-2003*.

Année	Sexe	Immigration économique		Regroupement familial		Réfugiés		Autres immigrants ¹		Total (100%)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1999	Femmes	6 540	45,0	4 607	31,7	3 362	23,1	39	0,3	14 548
	Hommes	7 707	52,6	2 951	20,1	3 979	27,1	29	0,2	14 666
	Total	14 247	48,8	7 558	25,9	7 341	25,1	68	0,2	29 214
2000	Femmes	7 517	46,6	4 892	30,3	3 718	23,0	19	0,1	16 146
	Hommes	8 914	54,5	3 082	18,8	4 331	26,5	29	0,2	16 356
	Total	16 431	50,6	7 974	24,5	8 049	24,8	48	0,1	32 502
2001	Femmes	9 844	54,0	5 106	28,0	3 273	18,0	9	0,0	18 232
	Hommes	12 047	62,4	3 371	17,5	3 882	20,1	5	0,0	19 305
	Total	21 891	58,3	8 477	22,6	7 155	19,1	14	0,0	37 537
2002	Femmes	10 239	56,3	4 939	27,1	3 014	16,6	4	0,0	18 196
	Hommes	12 996	66,9	3 000	15,4	3 430	17,7	7	0,0	19 433
	Total	23 235	61,7	7 939	21,1	6 444	17,1	11	0,0	37 629
2003	Femmes	10 873	55,1	5 866	29,7	2 890	14,6	113	0,6	19 742
	Hommes	12 954	65,5	3 414	17,3	3 281	16,6	121	0,6	19 770
	Total	23 827	60,3	9 280	23,5	6 171	15,6	234	0,6	39 512
1999-2003*	Femmes	45 013	51,8	25 410	29,3	16 257	18,7	184	0,2	86 864
	Hommes	54 618	61,0	15 818	17,7	18 903	21,1	191	0,2	89 530
	Total	99 631	56,5	41 228	23,4	35 160	19,9	375	0,2	176 394

* Données préliminaires pour 2003

Sources : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada.

Tableau 1c :

Population immigrée selon les 20 principaux pays de naissance, Québec, 1986, 1991, 1996, 2001.

1986 Rang	Pays de naissance	N	%
1	Italie	84 300	16,0
2	France	35 440	6,7
3	Etats-Unis	34 750	6,6
4	Royaume Uni	31 990	6,1
5	Haïti	30 155	5,7
6	Grèce	26 085	4,9
7	Portugal	21 215	4,0
8	Pologne	19 410	3,7
9	Viet Nam	18 085	3,4
10	Allemagne	14 560	2,8
11	Egypte	13 560	2,6
12	URSS	10 895	2,1
13	Maroc	10 305	2,0
14	Belgique	8910	1,7
15	Liban	8770	1,7
16	Inde	8425	1,6
17	Chine	8205	1,6
18	Hongrie	8185	1,6
19	Roumanie	7075	1,3
20	Jamaïque	6075	1,2
Total des 20 principaux pays		406 395	77,1
Total tous les pays		527 135	100,0

Sources : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada.

Statistique Canada, Recensement de 1986, 1991, 1996 et 2001, compilations spéciales du MRCI.

1991 Rang	Pays de naissance	N	%
1	Italie	78 690	13,3
2	France	38 260	6,5
3	Haiti	37 210	6,3
4	Etats Unis	27 770	4,7
5	Liban	25 935	4,4
6	Grèce	25 700	4,3
7	Royaume Uni	25 605	4,3
8	Portugal	24 155	4,1
9	Viet Nam	20 720	3,5
10	Pologne	19 010	3,2
11	Egypte	15 690	2,7
12	Maroc	13 470	2,3
13	Allemagne	12 705	2,1
14	Chine	10 330	1,7
15	Inde	9705	1,6
16	Belgique	9215	1,6
17	URSS	9180	1,6
18	Roumanie	8440	1,4
19	El Salvador	8030	1,4
20	Cambodge	7900	1,3
Total des 20 principaux pays		427 720	72,3
Total tous les pays		591 210	100,0

1996 Rang	Pays de naissance	N	%
1	Italie	74 700	11,2
2	Haiti	45 470	6,8
3	France	44 270	6,7
4	Liban	28 430	4,3
5	Etats Unis	27 130	4,1
6	Grèce	23 730	3,6
7	Viet Nam	23 510	3,5
8	Portugal	22 850	3,4
9	Royaume Uni	20 905	3,1
10	Pologne	17 605	2,6
11	Egypte	16 585	2,5
12	Maroc	16 515	2,5
13	Chine	16 465	2,5
14	Inde	13 090	2,0
15	Roumanie	12 840	1,9
16	Allemagne	12 625	1,9
17	Philippines	10 910	1,6
18	El Salvador	9810	1,5
19	Belgique	9280	1,4
20	Cambodge	8450	1,3
Total des 20 principaux pays		455 170	68,5
Total tous les pays		664 500	100,0

2001 Rang	Pays de naissance	N	%
1	Italie	69 450	9,8
2	France	50 140	7,1
3	Haiti	47 845	6,8
4	Liban	28 765	4,1
5	Etats Unis	25 255	3,6
6	Chine	24 405	3,5
7	Viet Nam	22 895	3,2
8	Portugal	22 525	3,2
9	Grèce	22 485	3,2
10	Maroc	20 185	2,9
11	Royaume Uni	17 590	2,5
12	Algérie	16 610	2,3
13	Pologne	15 540	2,2
14	Egypte	14 850	2,1
15	Inde	14 540	2,1
16	Roumanie	14 505	2,1
17	Philippines	13 665	1,9
18	Allemagne	12 240	1,7
19	Sri Lanka	9 385	1,3
20	El Salvador	9 320	1,3
Total des 20 principaux pays		472 195	66,8
Total tous les pays		706 965	100,0

Tableau 1d :

Importance de la population immigrée dans la population totale, par groupe d'âge, Québec, 2001

Groupe d'âge	Population Immigrée		Population Totale		Part de la population immigrée
	N	%	N	%	
0 – 14 ans	47 670	6,7	1 293 230	18,1	3,7
15 – 24 ans	63 350	9,0	945 615	13,3	6,7
25 – 29 ans	45 410	6,4	438 870	6,2	10,3
30 – 34 ans	63 350	9,0	477 765	6,7	13,3
35 – 44 ans	136 490	19,3	1 236 445	17,4	11,0
45 – 64 ans	226 335	32,0	1 855 590	26,0	12,2
65 ans et +	124 350	17,6	878 060	12,3	14,2
Total	706 965	100,0	878 060	100,0	9,9

Source : Statistique Canada, Recensement, 2001, 97F0009XCB01001

Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada.

Tableau 1e :

Population immigrée et population des minorités visibles immigrées dans la population totale selon le sexe, Québec, 2001

Population	Femmes		Hommes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Population immigrée	358 675		348290		706 965	
Minorités visibles	169 305		159195		328 500	
Population totale	3 633 895		3 491685		7 125 580	
Population immigrée dans la pop. totale		9,9		10,0		9,9
Population des minorités visibles dans la pop. immigrée		47,2		45,7		46,5

Sources : Statistique Canada, Recensement de 2001, compilation spéciale du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

Tableau 1f :

Immigrants actifs¹ admis au Québec selon le groupe d'années de scolarité et le sexe, 1999-2003*

Année	Sexe	0-6 années		7-11 années		12-13 années		14-16 années		17 années et +	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1999	F	243	3,7	1152	17,4	1465	22,1	2041	30,8	1590	24,0
	H	261	2,7	1 670	17,3	1740	18,0	2775	28,8	3084	32,0
	Total	504	3,1	2 822	17,3	3205	19,7	4816	29,6	4674	28,7
2000	F	221	2,9	1204	16,0	1531	20,3	2508	33,2	1952	25,9
	H	238	2,2	1824	16,7	1940	17,8	3217	29,5	3585	32,9
	Total	459	2,5	3028	16,4	3471	18,8	5725	31,0	5537	30,0
2001	F	229	2,7	1190	14,1	1580	18,7	2976	35,3	2329	27,6
	H	264	2,0	1710	13,2	2042	15,7	4186	32,2	4665	35,9
	Total	493	2,3	2900	13,5	3622	16,9	7162	33,4	6994	32,6
2002	F	174	1,9	1023	11,3	1461	16,1	3225	35,5	3004	33,1
	H	181	1,3	1498	11,2	1748	13,0	4512	33,6	5255	39,2
	Total	355	1,6	2521	11,2	3209	14,3	7737	34,4	8259	36,7
2003	F	219	2,2	078	10,8	1476	14,8	3694	37,1	3330	33,5
	H	239	1,7	1409	10,2	1694	12,3	4506	32,8	5727	41,6
	Total	458	1,9	2487	10,5	3170	13,4	8200	34,6	9057	38,2
1999-2003*	F	1 086	2,6	5647	13,6	7513	18,0	14444	34,7	12205	29,3
	H	1 183	1,9	8111	13,4	9164	15,1	19196	31,6	22316	36,8
	Total	2 269	2,2	13758	13,4	16677	16,3	33640	32,9	34521	33,7

* Données préliminaires pour 2003

¹ Immigrants âgés de 15 ans et plus comptant se joindre à la population active

Sources : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche et Citoyenneté et Immigration Canada.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ali J. (2002). Mental Health of Canada's Immigrants. Supplement to Health Reports. Ottawa, ON: (Statistics Canada, Cat. N° 82-003) 2002; 13: 101-11.
- Ali Jennifer S.; McDermott S.; Gravel R. G. (2004); Recent Research on Immigrant Health from Statistics Canada's Population Surveys, Canadian Journal of Public Health; 2002 May/Jun; 95, 3; CBCA Reference.
- Angel, R., & Guarnaccia, J.P. (1989). Mind, body, and culture: somatization among Hispanics. *Social Science & Medecine* (1989) 28, 1229-1238.
- Atwood D. Gaines. *Handbook of Immigrant Health*, edited by Loue. Plenum Press. New York. (1998).
- Badoux, A.; Chiche J.; Duchanel D.; Raveau F. (1992). L'isolement social : ses conséquences psychopathologiques. *Psychologie médicale* (1992) 24.1 :58-62. 1992.
- Balcazar, H., Peterson, G., & Cobas, J.(1996). Acculturation and health-related risk behaviors among Mexican American pregnant youth. *American Journal of Health Behavior*, (1996) 20(6), 425-433.
- Battaglini A., Gravel S. (2000), Culture, Santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2000).
- Barrera M., 1986, " Distinction between Social Support Concepts, Measures and Models", *American Journal of Community Psychology*, 14(4): 413-445.
- Beck, A.T. (1967) *Depression- Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. London : Staples Press.
- Beiser, M., Collomb, H.. *Mastering change* (1981) : Epidemiological an case studies in Senegal, West Africa. *Am. J. Psychiatr*;1981, 138 : 455-59.
- Beiser M. et col. (1988). *Puis...La porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Ottawa, Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et Bien être social, 1988.
- Beiser M. (1990). Report of a national workshop sponsored by Health an Welfare Canada research priorities in multiculturalism and mental health. Ottawa (ON): Health and Welfare Canada; 1990.
- Beiser M., Cargo M., Woodbury MA. (1994). A comparison of psychiatric disorder in different cultures: Depressive typologies in Southeast Asian refugees and resident Canadians. *J. Methods in Psychiatric Research* 1994; 157-59.

- Beiser M., Simich I., Wickrama KAS (2003). Sponsorship and resettlement success. *J Int Migration and Integration* 2003; 4(2): 203-16.
- Beiser M. (2005). The Health of Immigrants and Refugees in Canada, *Canadian Journal of Public Health*; Mar/Apr 2005; 96, CBCA Reference pg. S30.
- Beiser M., Hou F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada; *Social Science & Medecine* –“ (2006) 173-150.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality – Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging* (1999), 21, 392-401.
- Berkman Lisa F., Glass Thomas, Brissette Ian, Seeman Teresa E.(2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium; *Social Science & Medecine* (2000) 843-857.
- Berry JW. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In: Padilla AM (ed) *Acculturation*. Boulder, CO: Westview, 1980; 9-26.
- Berry JW. (1986) The acculturation process and refugee behavior. In: Williams CL, Westermeyer J (ed) *Refugee mental health in resttlement countries*. Hemisphere, New York (1986), pp 25-3.
- Berry JW. (2002). Conceptual approaches to acculturation. In : Chun KM, Organista PB, Marin G (eds) *Acculturation : Advances in theory, Measurement and Aplied Research*. Washington, DC, USA: Am Psychol Assoc, 2002; 17-37.
- Bhugra D. (2004). Migration health. *Acta Psychiatr Scand* 2004: 109:243-258.
- Bhugra D. (2004). Migration and mental disorder, *British Medical Bulletin* 2004; 69: 129-141.
- Bhugra D (2001). Acculturation, cultural identity and mental health. In: Bhugra D, Cochrane R (eds) *Psychiatry in Multicultural Britain*. London: Gaskell, 2001; 112-36.
- Bibeau G., A.M. Chan-Yip, M. Lock, C. Rousseau, C. Sterlin, H. Fleury (1992), « La santé mentale et ses visages, un Québec pluriethnique au quotidien », Gaetan Morin Editeur, Boucherville (1992).
- Bjorner, J. B., Kreiner, S., Ware, J. E., Damsgaard, M. T., & Bech, P. (1998). Differential item functioning in the Danish translation of the SF-36. *Journal of Clinical Epidemiology*, (1998) 51, 1189-1202.
- Bozzini L., Tessier R., 1985, “ Support social et santé”, dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, *Traité d’anthropologie médicale*, Institut québécois de recherche sur la culture, Sillery (Québec), Les presses de l’Université du Québec (1985).

- Briones D.F., Hellér P.L., Chalfant H. P., Roberts A.E., Aguirre-Hauchbaum S.F. and Farr W.F.(1990). Jr. Socioeconomic Status, Ethnicity, Psychological Distress, and Readiness to Utilize a mental Health Facility. *Am. J. Psychiatry* 147 :10, October 1990.
- Burstrom, B., & Fredlund, P (2001). Self rated health: Is it as good predictor of subsequent mortality among adults in loxer as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology & Community Health*, (2001) 55, 836-840.
- Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada. *After the door has been opened*. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1988.
- Carpenter, L. et Brockington, I.F., (1980), « A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester », *Br. J. Psychiatry*, (1980) 137 :201-265.
- Cavelaars, A., A.E. Kunst, J.J.M. Geurts et autres (1998). « Differences in self reported morbidity by educational level : A comparaisn of 11 Western European Countries », *Journal of Epidemiology and Community health*, vol.52, p.219-227.
- Chan, K.B. (1983), « Coping with aging and managing self-identity ; Social world of the elderly Chinese women », *Canadian Ethnic Studies*, (1983) 25 (3) : 36-50.
- Chance, N.A. (1965). *Acculturation, self-identification, and personality adjustment*. *Am. Anthropol.*(1965) 67 : 372-93.
- Chen J. Ng. E., Wilkins R.(1996). The health of Canada' immigrannts in 1994-95. *Health Rep* 1996; 7 (4): 33 – 45.
- Chen J. Ng. E., Wilkins R. (1996). Health expectancy by immigrant status. *Health Rep* 1996; 8(3): 29-37.
- Chesney AP. Chavira JA. Hall RP. Gari HE Jr.(1982). Barrier to medical care of Mexican-American. The role of social class, acculturation and social isolation. *Medical Care*, September 1982, Vol. XX, N°9.
- Chipperfield, J. C. (1993). Perceived barriers in coping with health problems: A twelve-year longitudinal study of survival among elderly individuals. *Journal of Aging and Health*, (1993) 5, 123-129.
- Citizenship and Immigration Canada. *Facts and Figures 1999, Immigration Overview*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2000.
- Citoyenneté et Immigration Canada, *Profil des immigrants au Canada*, 1998.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.*, 1976, 38, 5 : 300-314.

- Cohen S., Syme S.L., dir., 1985, “ Stress, Social Support and Health, NewYork et Toronto, Academic Press.
- DeVoretz D. (1995). *Diminishing Returns : The Economics of Immigration Policy*. Toronto, ON : University of Toronto Press, 1995.
- DHHS. *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity*. Rockville, MD: US Department of Health, 2001.
- Dufresne, J. (1994). “ La pauvreté vue des gouvernements centraux ”, *L’Agora*, p. 16-18.
- Dunn JR., Dyck I. (2000). *Social Determinants of health in Canada’s immigrant population: Results from the National Population Health Survey*. *Social Science Medecine* 2000; 51: 1573-1593.
- Evans Robert G., *Mr.Harrington self-rated health and the canadian chicken, health care policy*, vol.2, n°4, 2007.
- Fayers, P.M., & Sprangers, M.A. (2002). *Understanding self-rated*. *Lancet*, 359, 187-188.
- *Faits saillants de l’Etude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Institut de la statistique du Québec 1998-1999.
- Feagin JR. (1978). *Racial and Etnic Relations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1978.
- Fenta H., Hyman I., Noh S. (2004). *Determinants of depression among Ethiopian in Toronto*. *J. Nervous Mental Disease*, 2004; 192: 363-372).
- Feinstein, J.S. (1993). “ The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature ”, *the Milbank Quaterly*, vol.71, n°2, p.279-322.
- Ferraro, K.F., & Farmer, M. M. (1999). *Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity?* *American Sociological Review*, (1999) 64, 303-315.
- Finch, B. K., Hummer, R. A., Reindl, M., & Vega, W. A. (2002). *Validity of self-rated health among Latino(a)s*. *American Journal of Epidemiology*, 155, 755-759.
- Franzini Luisa, Fernandez-Esquer Maria Eugenia (2004). *Socioeconomic, cultural, and personal influences on health outcomes in low income Mexican-origin individuals in Texas*, *Social Science & Medecine*, 59 (2004) 1629-1646).
- Friis R. Yngve A. Persson V. (1998). *Review of social epidemiologic research on migrant’s health : findings, methodological cautions, and theoretical perspectives*. *Scandinavian Journal of Medicine*. 26 (3) : 173-80, 1998 Sep

- Frisbie WP, Youngtae C., Hummer RA. (2001). Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. *Am J Epidemiol* 2001; 153(4): 372-80.
- Furnham, A. (1986) Explanations for immigration to, and emigration from, Britain. *New Community*, 8, 65-78.
- Furnham A., Shiekh S., (1993), gender, generational and social support correlates of mental health in Asian Immigrants, *The international Journal of Social Psychiatry*, vol. 39 n°1 22-33.
- Gellis ZD. (2003). Kin and nonkin social supports in a community sample of Vietnamese immigrants. *Soc Work*, 2003 Apr; 48 (2): 248-58.
- Gold, J.R. (1990) “ Levels of depression ” dans Wolman, B.B., et G. Stricker (éd.), *Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods*, New York, John Wiley et Sons, 1990, p.203-298.
- Gold J., & DesMeules M.(2004). National Symposium on Immigrant Health in Canada: An Overview, *Canadian Journal of Public Health*; May/Jun 2004; 95, 3, CBCA Reference pg. 13.
- Gordon MM. (1964). *Assimilation in American life*. NY: Oxford University Press, 1964.
- Gordon M.(1978). *Human nature, class, and ethnicity*. New York : Oxford University Press, 1978.
- Gupta, Y.(1977) The educational and vocational aspirations of Asian immigrants and English school leavers: a comparative study. *British Journal of sociology* 1977, 28, 185-198.
- Gushulak B. D., & Williams L. S. (2004). National Immigration Health Policy: Existing Policy, Changing Needs, and Future Directions, *Canadian Journal of Public Health*; May/Jun 2004; 95, 3; CBCA Reference pg. 127.
- Hagenaaars, A.J.M. (1992). “ The definition and measurement of poverty” dans Osberg, L. (éd.), *Economic inequality and poverty, International Perspectives*, p.134-156.
- Hallowell, A. I. (1955). *Culture and experience*. Philadelphia: Universty of Pennsylvania Press.
- Hazuda HP., Haffner SM., Stern MP., Eifler CW. (1988). Effects of acculturation and socioeconomic status on obesity and diabetes in Mexican Americans. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 1289-301.
- Health Canada. *Towards a Healthy Futures Second Report on the Health Of Canadians*, Ottawa, ON: Health Canada, 1999.

- Helms JR. (1990). Introduction: A review of racial identity terminology. In: Helms JE (ed) *Black and White Racial Identity: Theory Research and Identity*. Westport, CT: Greenwood Press, 1990; 3-8.
- Henderson, S. & Byrne, D.G. (1983) The quality of social support: measures of family and work relationships. *British Journal of clinical Psychology*, 1983, 22, 157-162.
- Hofstede G. (1980). *Culture's Consequences*. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.
- Hofstede G. (1984). *Culture's Consequences*. Abridged Beverly Hills, CA: Sage, 1984.
- Hosmer D., Lemeshow S. (1989). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons, Inc., 1989.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading M A : Addison Wesley, 1981.
- Hyman I. (2004). Setting the stage: Reviewing Current Knowledge on the health of Canadian Immigrants, What is the evidence and Where Are the Gaps? *Canadian Journal of Public Health*; May/Jun 2004; 95, 3; CBCA Reference pg. 14.
- Hyman I, Forte T, Du Mont J, Romans S, Cohen MM (2006). The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women. *Am J Public Health*. 2006 Apr;96(4):654-9.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health*, 80, 446-452.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1991, 46, S55-S65.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated health and mortality : A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, 38, 21-37.
- Iglesias E., Robertson E., Johanson SE., Engfeldt, Sundquist J.(2003) : Women, international migration and self reported health. A population-based study of women of reproductive age; *Social Science & Medicine* 56 (2003) 111-124.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Report* (1976) 39 (3),1215-1228.
- Ishizaki, T., Kai, I., & Imanaka, Y. (2006). Self-rated health and social role as predictors for 6-years total mortality among a non-disabled older Japanese population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, (2006) 42, 91-99.

- Jiajian Chen, Russel Wilkins et Edward Ng. Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Rapports sur la santé, hiver 1996, vol. 8, n°3.
- Kaplan, G., & Baron-Epel, O. (1969). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, 1669-1676.
- Karlen S., Nazroo JY. Measuring and analysing race, racism and racial discrimination. *Methods in Social Epidemiology* (2006). Eds : Oakes JM, Kaufman JS. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Kinnon D. (1999). *Canadian Research on Immigration and Health. An Overview* Ottawa, ON: Health Canada, 1999.
- Kleinman A., 1980, *Patients and Healers in the Context of culture*, Berkeley, University of California Press.
- Klerman, G.L. (1989). « Psychiatric diagnostic categories : issues of validity and measurement » *Journal of Health and Social Behavior*, vol.30,p. 26-32.
- Klerman, G.L. (1990) . « The contemporary american scene : diagnosis and classification of mental disorders, alcoholism and drug abuse. » dans Sartorius,N., A. Jablensky, D. A. Regier, J.D. Burke et Hirschfeld (éd.), *Sources and Traditions of classification in psychiatry*, Toronto, Hogrefe et Huber Publishers, p.93-137.
- Kliever EV., Smith KR.(1995). Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(15): 1154-61.
- Knab S. Polish Americans : Historical and cultural perspectives of influence in the use of mental health services. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1986; 24 : 31-34.
- Kraut A. Historical aspects of refugee and immigration movements. In Marsella A J., Bornemann T, Ekblad S, Orley J (Eds) *Amidst peril and pain : The mental health and well-being of the world's refugees*, 1994; American Psychological Association; Washington, D.C.
- La Rocca JM, House JS, French JP Jr (1980) : Social support, occupational stress, and health. *J Health Soc Behav* 1980; 21 : 222-228.
- Legare G., Preville M., Massé R., Poulin C., St-Laurent D., Boyer R. (2000). Santé mentale. Enquête social et de santé 1998. Québec : Institut de la statistique du Québec (2000).
- Levasseur M. (2000). Perception de l'état de santé. . Enquête social et de santé 1998. Québec : Institut de la statistique du Québec (2000).
- Lillian D. Garcia-Maas, RN, MS, CEN. Intergenerational. Analysis of Dietary Practices and Health Perceptions of Hispanic Women and their Adult Daughters. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 10 N°3, July 1999 213-219.

- Lum D., Cheung L.Y., Cho, E.R., Tang, T.Y. et Yau, H.B. (1980), « The psychosocial needs of the Chinese elderly », *Social Casework*, (1980), 61(2) : 100-106
- Menec, V. H., Shooshtari, S., Lambert, P. (2007). Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults : A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *Journal of Aging and Health* ; (2007), 19 ; 62.
- Mackenbach-Van Den Bos, J., I.M.A. Joung, H. Van de Mheen et K. Stronks (1994). "The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health?", *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n°6, p.1273-1281.
- Mansson, N. O., & Rastam, L (2001). Self-rated health as a predictor of disability pension and death – A prospective study of middle-age men. *Scandinavian Journal of Public Health*, (2001), 29, 151-158.
- Markides, K. S., & Lee, D. J. (1990). Predictors of well-being and functioning in older Mexican-Americans and Anglos : an eight-year follow-up. *Journal of Gerontology*, 45, S69-73.
- Markides, K. S., & Lee, D.J. (1991). Predictors of health status in middle-age and older Mexican American. *Journal of Gerontology*, 46(5), S243-249.
- Matuck, L.C. (1996a) . Health status of newcomers. *Can J Public health*, (1996a), 87, 52-5.
- Massé, R. Bastien, M.F., 1995a, Isolement social, négligence et pauvreté: une étude cas- témoin, rapport de recherche, Montréal, Direction de la Santé Publique (1995a).
- McGee, D. L., Liao, Y., Cao, G., & Cooper, R.S. (1999). Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *American Journal of Epidemiology*, (1999), 149, 41-46.
- Mc Kinley JB. Some issues associated with migration, health status and the use of health services. *J Chronic Dis* 1975; 28 : 579-92.
- Melville, M. B. (1983). Ethnicity : An analysis of its dynamism and variability focusing on the Mexican / Anglo/ Mexican American interface. *American Ethnologist* (1983), 10;272-289.
- Menec, V H., Chipperfield, J. G., & Perry, R. P. (1999). Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control, and health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, (1999), 54B, P85-P93.
- Menec V.H., Shooshtari S. and Lambert P. (2007). Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A cross-Sectional and Longitudinal Analysis; *J Aging Health* 2007; 19; 62.
- Miller, B., Chambers, F. et Coleman, C. (1981), « Indo-chinese refugees : A national mental health need assessment migration », 1981, *Today*, 9(2) : 26-31.).

- Mirdal, G.M.(1985), « The conditions of the lightness. The somatic complaints of Turkish immigrant women », *Acta, Psychiat. Scand.*, (1985), 71(3) : 287-296.
- Molines C., Sapin C., Simeoni M.C., Gentile P., Auquier P.. Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire? *Rev. Epidém. Et Santé publ.*, 2000, 48,145-155.
- Moore, J.C., L.L. Stinson et E.J. Welniack Jr. (1999). « Income reporting in surveys : cognitive issues and measurement error » dans Monroe, G., et autres (éd.), *Cognition and Survey research*, New York, John Wiley et Sons, p.155-174.
- Morales, L. S., Lara, M., Kington, R. S., Valdez, R. O., & Escarce, J. J. (2002). Socioeconomic, cultural, and behavior factors affecting Hispanic health outcomes. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, (2002), 13, 477-503.
- Morrison SD Intermediate variables in the association between migration and mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 1973; 19 : 60-5.
- Mossey, J. M, & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, (1982), 72, 800-808.
- Mulvaney-Day NE., Alegria M., Sribney W.(2007): Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States; *Social Science & Medecine* 64 (2007) 477-495.
- Murphy, H.B.M., (1982), *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*, Berlin, Springer Verlag.
- Naidoo, J.C., (1985), « The South Asian experience of aging », *Multiculturalism*, (1985), 8(3).
- Nair C., Nargundkar H., Johansen H., Stachan J. (1990). Canadian cardiovascular disease mortality : First generation immigrants versus Canadian Born. *Health Rep* 1990 ; 293 : 203-28.
- Nazroo J. (1997). *Ethnicity and Mental Health*. London: P.S.I. 1997.
- Nazroo J.(2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*. 2003;93(2):277-84.
- Newbold, B. K., and Danforth, J. (2003). Health status an Canada's immigrant population, *Social Science & Medecine* 57 (2003) 1981- 1995.
- Newbold, K. B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada : a longitudinal analysis, *J Health Res Policy*, vol 10 N°2 April 2005, 77- 83.
- Noh S., Avison W. R.(1996). Asian Immigrants and the Stress Process: A study of Koreans in Canada. *J Health Soc Behavior* 1996; 37: 192-206

- Noh S., Kaspar V. (2003). Perceived discrimination and depression : moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support ; *American Journal of Public Health*; Feb 2003; 93, 2; ProQuest Psychology Journals pg. 232.
- Paquet, G. (1989). Santé et inégalités sociales, Un problème de distance culturelle, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p.122.
- Pampalon, R., Raymond, G., Caouette, L., Côté, L., (1998). Révision du modèle des aires homogènes utilisé dans les enquêtes générales de Santé Québec, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 pages.
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Joseph T. Mullan (1981) : The stress process. *J Health Soc Behav* 1981; 22 : 337-356.
- Pearlin L.I., and M.A. Lieberman, 1979 “ Social sources of emotional distress.” Pp. 217-48 in Roberta Simmons (ed), *Research in Community and Mental Health*, vol.1 Greenwich (1979), Conn.: JAI Press.
- Perez CE. Health Status and Health Behaviour Among Immigrants, Supplement to Health Reports. Ottawa, ON: Statistics Canada, 2002. Cat. N° 82-003.
- Perez CE. Health Status and Health Behaviour Among Immigrants. Health Reports 2002; (Supplement) : 89-100.
- Piché V., Bélanger L. (1995). “Une revue des études québécoises sur les facteurs d’intégration des immigrants”, Département de démographie et Groupe de recherche ethnicité et société (GRES), Université de Montréal (1995).
- Pittman J.F., Lloyd S.A. (1988): Quality of family life, social support, and stress. *J Marriage and the Family* 1988; 50 : 53-67.
- Polèse Mario et Danielle Bédard (1978). Caractéristiques des immigrants au Québec à l’admission et potentiel d’intégration, 1968-1974, Etudes et documents n°1, ministère de l’Immigration, Gouvernement du Québec, 23 p (1978).
- Preville M., PotvinL., Boyer R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological reports* 1995; 77: 275-293.
- Preville M., PotvinL., Boyer R., Boulerice B. (2000). Relationship between Physical Health Status and Responses to a Psychological Distress Measure. *Canadian Journal of Aging* 2000; 19: 363-379.
- Ramirez M. (1984). Assessing and understanding biculturalism-multiculturalism in Mexican-American adults. In J.L. Martinez & R. H. Mendoza (Ed), *Chicano psychology* (1984) (2nd ed., pp. 77-94). Nex York: Academic Press.

- Reijneveld, S.A. (1998). "The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking", *International Epidemiological Association*, vol.27, p.33-40.
- Roskies, E. (1978), « Immigration and mental health », *Canada's Mental Health*, 26(2) : 4-6.
- Rousseau, C. et al. (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés Montréal : Rapport présenté au Conseil Québécois de la recherche sociale.*
- Schwartz S. (1994). *Beyond individualism/collectivism: new cultural dimensions of values.* In: Kim U, Trandis H et al (eds) *Individualism and collectivism: Theory, Method and Applications.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, 85-119.
- Segovia, J., R.F. Bartlett et A.C. Edwards (1989b). "The association between self-assessed health status and individual health practices", *Canadian Journal of Public Health*, vol.80, p.32-37.
- Shadbolt, B. (1997). "Some correlates of self rated health for Australian women", *American Journal of Public Health*, vol.87, n°6, p. 951-956.
- Shapiro J. Douglas K. de la Rocha O. Radecki S. Vu C. Dinh T. (1999). *Generational differences in psychosocial adaptation and predictors of psychological distress in a population of recent Vietnamese immigrants.* *Journal of Community Health.* 24 (2) : 95-113, 1999 Apr.
- Shetterly, S.M., Baxter, J., Mason, L., & Hamman, R.F. (1996). *Self-rated health among Hispanics vs. non-Hispanic white adults: The San Luis Valley health and aging study.* *American Journal of Public Health* (1996): 86 (12), 1798-1801.
- Simoes M.P. *Mental health of migrants.* In: Colledge M, van Geuns HA, Svensson P-G, eds. *Migration and health.* Geneva: World Health Organization, 1986: 103-25.
- Sodowsky G.R., Plake BS (1991) *Psychometric properties of the American-International Relations Scale.* *Educ Psychol Meas* 51: 207-217.
- Stanislav V. and Lisa Berkman (1983). *Health consequences of the experience of migration.* *Ann. Rev. Public Health.* 1983. 4 :69-90.
- Statistique Canada, 2001.
- Stern, S. L., Dhanda, R., & Hazuda, H. P. (2001). *Hopelessness predicts mortality in older Mexican and European Americans.* *Psychosomatic Medicine*, 63, 344-351.
- Stewart A. L., Dean M. L., Gregorich S. E., Brawarsky P., and Haas J. (2007). *Race/Ethnicity, Socioeconomics Status and the Health of Pregnant Women,* *Journal of Health Psychology* 2007; 12; 285.

- Sudman, S. et N.M. Bradburn (1987) – Asking questions, A practical guide to questionnaire design, San Francisco, Jossey-Bass, 397 p.
- Syed H. M., Dalgard O.S., Dalen I., Claussen B., Hussein A., Selmer R., Ahlberg N. (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway; BMC Public Health 2006, 6: 182.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. 1980. Acculturation, biculturalism and adjustment among Cuban Americans. See Ref. (1980) 25, pp. 139-59.
- Thoist, P. (1995). Stress, coping and social support processes: where are we? What next? Journal of Health and Social Behavior (1995), extra issue, 53-79.
- Thomson RH. (1989). Theories of ethnicity: A Critical Appraisal. NY: Greenwood, 1989.
- Tousignant, M. (1997). Refugees and immigrants in Québec. In M.E. Tousignant & I. E. Al-Issa (Eds), Ethnicity, immigration, and psychopathology. The Plenum series on stress and coping. 1997 (pp. 57-70). New York, NY, USA: Plenum press.
- Triandis HC., Leung K, Villareal MJ., Black FL. (1985). Allocentric versus idiocentric tendencies: convergent and discriminant validation. J Res Pers 1985; 19: 395-415.
- Tyhurst L. Displacement and migration: a study in social psychiatry. Am J Psychiatry, 1951; 107:561-568.
- US Department of Health and Human Services (2001). Mental Health. Culture, race and ethnicity—a supplement to mental health: a report of the surgeon general. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
- Vaux , A. & Harrison, D. (1985) Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. American Journal of Community Psychology; 1985, 13, 245-268.
- Veiel, H.O.F. (1985) Dimensions of social support: a conceptual framework for research. Social Psychiatry 1985, 20, 156-162.
- Vissandjée B., Carignan P., Gravel S, Leduc N. (1998). Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec. Rev Epidemiol Sante Publique 1998; 46 : 124-33.
- Ware Jr., J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical Care 1996, 34, 220-233.
- Ware Jr., J.E., Turner-Bowker, D.M., Kosinski, M., & Gandek, B. (2003). SF-12v2TM: How to Score Version 2 of the SF-12R Health Survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated (2007).

- Watson, J.L. (Ed.)(1977) *Between Two Cultures : Migrants and Minorities in Britain*. Oxford : Blackwell.
- Weiss, R. S (1974). *The provisions of social relationships*. In Z. Rubin, *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Westermeyer J. *Migration and psychopathology*. In Williams CL and Westermeyer J (eds), *Refugee mental health in resettlement countries*, 1986, pp.39-59; Hemisphere : Washington, D.C.
- Wilkins, R., O. Adams et A. Brancker (1989). "Evolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 ", *Rapport sur la santé*, vol. 1, n°2, p.137-174.
- Williams AW, Ware JE Jr, Donald CA (1981) : *A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations*. *J Health Soc Behav* 1981; 22 :324-336.
- Zenner W. (1996). *Ethnicity*. In: Levinson D, Ember M (eds) *Encyclopaedia of Cultural Anthropology*. NY: Holt, 1996; 393-5.