

Chapitre 9

Problèmes de santé et traumatismes

Costas Kapetanakis

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

Introduction

L'objectif principal du présent chapitre est d'analyser les problèmes de santé rapportés par la population visée appartenant à quatre groupes d'immigrants récents. Comme dans la plupart des enquêtes de santé du genre, il s'agit de problèmes de santé que perçoit la population elle-même et dont le diagnostic n'est pas nécessairement confirmé par un professionnel de la santé. Les renseignements ainsi recueillis permettent de dresser un profil de ce qu'on appelle morbidité ressentie, c'est-à-dire, celle qui correspond à la définition de l'état de santé donnée par l'individu à partir de sa perception de symptômes ou malaises. Les enquêtes de santé représentent une source d'information privilégiée quant à ce genre de morbidité qui ne figure pas dans les sources de données officielles. La morbidité ressentie fait partie de la morbidité réelle d'une population et sa connaissance constitue souvent un élément essentiel du processus de planification en matière de santé.

Tant la fréquence que la nature des problèmes de santé de cette population occupent le centre de la présente analyse. Un second objectif se greffe à ce chapitre et vise à décrire les accidents ayant occasionné des blessures.

La présente étude sur l'état de santé de certaines communautés culturelles du Québec, notamment celles d'une importance relative dans l'ensemble des vagues d'immigration récentes au pays, est la première consacrée à des groupes précis.

Contrairement à l'enquête québécoise sur la santé de 1987 qui avait donné lieu à une monographie portant sur les communautés culturelles (Cousineau, 1989), elle

offre une description plus que minimale de l'état de santé des communautés choisies.

Il faut se rappeler que l'enquête de 1987 ainsi que les deux enquêtes générales subséquentes (celles de 1992-1993 et de 1998) visaient l'ensemble de la population québécoise vivant dans un ménage privé et affaiblissaient donc la précision des estimations portant sur chacune des communautés culturelles incluses.

Le chevauchement des périodes du déroulement de la présente étude et de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998), de même que la similitude des instruments de collecte des données utilisés, permettent d'établir un parallèle entre les deux populations ciblées.

Le modèle d'analyse adopté ici est, en fait, semblable à celui de l'ESS 1998. Il porte, en premier lieu, sur le nombre et la durée des problèmes de santé autodéclarés, et ce, en fonction des principales caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le statut d'activité, la scolarité, l'appartenance à une catégorie professionnelle, la durée de séjour au pays et le statut d'immigrant. En second lieu, il sera question des principaux problèmes de santé, traités également selon les caractéristiques déjà citées. Quant aux accidents, ils seront présentés tour à tour selon leur importance et le lieu.

9.1 Aspects méthodologiques

9.1.1 Indicateurs

Les questions sur les problèmes de santé sont, à quelques exceptions près, les mêmes que celles posées lors de l'ESS 1998. On retrouve dans six sections différentes du questionnaire rempli par

l'intervieweur (QRI) les éléments essentiels à leur détection : il s'agit des sections I à III et V à VIII portant respectivement sur les problèmes de santé à l'origine des incapacités de courte durée au cours d'une période de deux semaines précédant l'entrevue (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les motifs de recours à un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (celles avant l'entrevue) (section III), les motifs de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (ceux avant l'entrevue) (section V), tout accident avec blessures survenu au cours d'une période de douze mois (section VI) et, enfin, la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VII). Un résumé des problèmes figure à la section VIII ainsi que de l'information supplémentaire pertinente, à savoir : à quand remonte le problème et la confirmation du diagnostic par un médecin.

Les problèmes de santé déclarés ont été codés suivant la neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) (OMS, 1977); on a écarté de l'analyse les codes correspondant aux examens de prévention, de dépistage ou de diagnostic, ou encore, aux motifs de recours aux services n'ayant pas été codés comme des problèmes de santé. Les accidents avec blessures sont liés aux conditions de la même classification et sont regroupés dans la catégorie « Lésions traumatiques et empoisonnements ».

L'appréciation de la morbidité ressentie se fera à l'aide des mesures suivantes : la prévalence d'un problème de santé représentant la proportion de personnes l'ayant déclaré par rapport à l'ensemble de la population visée, le nombre de problèmes de santé ainsi que leur durée. Le nombre de problèmes de santé est regroupé en trois catégories : « aucun problème », « un problème » et « au moins deux problèmes ». Quant à la durée d'un problème de santé, la population est répartie en quatre groupes en fonction du nombre et de la nature des problèmes : les personnes n'ayant déclaré « aucun problème de santé », celles ayant « des problèmes de courte durée seulement », celles ayant déclaré « un problème de

longue durée » et enfin, celles ayant « au moins deux problèmes de longue durée » (pour une description plus détaillée des mesures retenues voir Levasseur et Goulet, 2000). La classification adoptée donne préséance aux problèmes de longue durée, de sorte que les personnes ayant déclaré des problèmes de courte et de longue durée se classent automatiquement dans les catégories des problèmes de longue durée. Cette classification introduit en quelque sorte la notion de chronicité, c'est-à-dire de l'effet d'un problème de santé dans le temps; la plupart des problèmes de courte durée (maladies aiguës et symptômes) ont un effet plutôt limité. En revanche, les affections de longue durée sont à l'origine des principales causes de limitations des activités à long terme, d'hospitalisation et de décès (Verbrugge et autres, 1989).

Les deux dernières mesures de la morbidité autodéclarée, l'une portant exclusivement sur le nombre de problèmes de santé, et l'autre, tant sur le nombre que sur la durée, font double emploi, puisque les deux incluent la catégorie « aucun problème de santé ». On aurait sans doute le choix de retrancher cette catégorie de la dernière mesure proposée et ainsi de sauvegarder l'esprit de la durée d'un problème de santé que véhicule le questionnaire même : la durée d'un problème de santé n'est soulevée que si un problème de santé est rapporté. Si l'on a retenu l'absence de problème de santé dans la seconde mesure, c'est pour faire ressortir dans notre analyse les deux extrêmes de l'état de santé autodéclaré, à savoir, le groupe de personnes les plus résistantes à la maladie (n'ayant aucun problème de santé) et l'ensemble de celles les plus vulnérables (ayant au moins deux problèmes de santé de longue durée). Cette approche donnera une description plus complète de la population dans son ensemble et soutiendra les planificateurs en la matière. Comme le groupe n'ayant aucun problème de santé sera mieux analysé sur la première mesure (nombre de problèmes de santé) lors de la présentation des résultats, l'analyse de la seconde mesure sera axée sur la durée des problèmes de santé de façon prioritaire, afin d'éviter toute redondance.

En ce qui a trait aux accidents, la proportion de victimes demeure la principale mesure retenue. Elle sera examinée sous l'angle des éventualités suivantes : recours à un examen médical ou limitation des activités à la suite de l'accident. D'ailleurs, pour que ce dernier soit retenu dans l'étude, au moins l'une de ces conditions devait être remplie. Enfin, l'analyse de cette mesure selon le lieu ne tient compte qu'une seule fois des accidents survenus dans une même catégorie de lieu; ainsi une personne ayant subi deux accidents à la maison au cours des 12 derniers mois sera considérée une seule fois.

9.1.2 Comparaisons avec l'Enquête sociale et de santé de 1998

L'utilisation des mêmes instruments de collecte de données, tout au moins en ce qui a trait aux problèmes de santé déclarés et aux accidents avec blessures, favorise la comparaison entre les deux populations d'enquête. Cette comparaison sera établie sous deux angles différents : d'une part, entre l'ensemble de la population de la présente étude et celle de l'ESS 1998, et, d'autre part, entre chacune des communautés culturelles représentées ici et la population de l'ESS 1998. Les structures par groupe d'âge et par sexe étant différentes dans la population québécoise et les populations à l'étude, il est important d'en tenir compte lors de ces comparaisons. Les résultats de l'ESS 1998 sont donc ajustés aux structures démographiques des communautés culturelles correspondantes, tantôt à leur structure globale, tantôt à leur structure particulière.

Par ailleurs, aucune comparaison ne sera établie entre les communautés culturelles visées, respectant ainsi le but et l'esprit du présent rapport. Par contre, nous tenterons de faire ressortir les points communs ou les divergences de chacune d'entre elles par rapport à l'ensemble de la population québécoise sondée en 1998.

9.1.3 Portée et limites des données

La déclaration des problèmes de santé affectant les membres d'un ménage provient en partie des réponses d'une tierce personne, notamment du

principal répondant pour le ménage. Elle peut donc entraîner une sous-estimation de certains problèmes de santé éprouvés par les autres membres du ménage. C'est probablement le cas des maladies transmissibles sexuellement, qui à cause de leur nature intime peuvent échapper au principal répondant. Selon la section, les périodes de référence différentes peuvent également jouer un rôle important dans le calcul de la prévalence d'un problème de santé étant donné que cette dernière est fonction de l'incidence et de la durée du problème.

Dans le cas des accidents, les répondants auraient tendance à privilégier ceux ayant eu des conséquences importantes tout en faisant abstraction des accidents mineurs. Dans un même ordre d'idées, les répondants tendraient à rapporter des accidents comme s'ils avaient eu lieu à des moments plus rapprochés de l'étude qu'en réalité (Harel et autres, 1994). Ce phénomène, connu sous le nom de télescopage, ne pourra pas être analysé ici vu la faible portée de l'échantillon, mais son existence a été vérifiée dans le cadre de l'ESS 1998 (Robitaille et autres, 2000).

Outre le taux de réponse à l'étude (voir chapitre sur les méthodes), la présence de valeurs manquantes à une caractéristique mesurée peut influencer sur la qualité de son estimation. Pour les principales mesures de la présente analyse (nombre et durée des problèmes de santé, prévalence d'un problème de santé), la proportion de ces valeurs est nulle. Par contre, l'absence de données sur d'autres caractéristiques recueillies pourrait influencer l'analyse par sous-groupe de population. Dans le cadre du plan d'analyse, la proportion des valeurs manquantes de ces caractéristiques est inférieure à 5 %, d'où leur effet négligeable sur les résultats.

9.2 Résultats

9.2.1 Nombre de problèmes de santé

Plus de la moitié de la population visée (60 %) a déclaré ne pas avoir de problème de santé (tableau 9.1). Les personnes ayant déclaré en avoir

un seul sont proportionnellement un peu plus nombreuses que celles qui ont déclaré en avoir au moins deux (22 % c. 18 %). Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne rapporter aucun problème de santé (64 % c. 57 %); quant aux femmes, elles sont proportionnellement plus nombreuses à en avoir déclaré au moins deux (21 % c. 14 %).

Par ailleurs, le nombre de problèmes de santé est aussi relié à l'âge : plus on est jeune, plus on a tendance à ne rapporter aucun problème de santé (74 % chez les 0-14 ans c. 36 % chez les 45 ans et plus), tandis qu'en vieillissant on rapporte au moins deux problèmes de santé en plus grande proportion (36 % chez les 45 ans et plus c. 9 % chez les 0-14 ans). Les écarts observés sont plus marqués chez les femmes : ainsi, chez les jeunes filles de 0 à

14 ans, plus des trois quarts (77 %) ne déclarent aucun problème de santé, comparativement à plus du quart (28 %) chez les femmes d'au moins 45 ans. Chez les jeunes garçons de 0 à 14 ans, sept sur dix (70 %) ne rapportent aucun problème de santé, mais chez les hommes d'au moins 45 ans, seulement quatre sur dix (43 %) en font autant. En outre, la présence d'au moins deux problèmes de santé selon l'âge croît plus rapidement et de façon plus nette chez les femmes. Chez les hommes, l'accroissement de cette prévalence se manifeste après l'âge de 25 ans alors que pour les femmes, elle est évidente dès l'âge de 15 ans.

Peu importe leur âge, les hommes déclarent en plus grande proportion avoir un seul problème plutôt qu'au moins deux problèmes de santé.

Tableau 9.1

Nombre de problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | % | | |
| Hommes | | | |
| 0-14 ans | 70,4 | 19,3 | 10,3* |
| 15-24 ans | 72,0 | 18,4* | 9,6** |
| 25-44 ans | 64,5 | 21,1 | 14,4 |
| 45 ans et plus | 43,0 | 30,5 | 26,5 |
| Total – Communautés culturelles | 64,0 | 21,7 | 14,4 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 45,3 | 27,5 | 27,2 |
| Femmes | | | |
| 0-14 ans | 76,9 | 16,1 | 7,0* |
| 15-24 ans | 65,0 | 20,0* | 15,0* |
| 25-44 ans | 50,2 | 25,2 | 24,6 |
| 45 ans et plus | 28,4 | 26,2 | 45,4 |
| Total – Communautés culturelles | 56,9 | 21,7 | 21,3 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 37,5 | 24,5 | 38,1 |
| Sexes réunis | | | |
| 0-14 ans | 73,5 | 17,8 | 8,7 |
| 15-24 ans | 68,4 | 19,2 | 12,4* |
| 25-44 ans | 57,2 | 23,2 | 19,6 |
| 45 ans et plus | 35,5 | 28,3 | 36,2 |
| Total – Communautés culturelles | 60,4 | 21,7 | 17,9 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,4 | 26,0 | 32,6 |

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

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

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

La présence de problèmes de santé est associée à d'autres caractéristiques de l'ensemble de la population, telles que la scolarité, le statut d'activité au cours d'une période d'un an, la date d'arrivée au pays de même que le statut au moment de l'immigration (tableau 9.2). Les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou collégial, par exemple, ne déclarent aucun problème de santé en plus grande proportion que celles ayant des études de niveau primaire tout au plus (56 % c. 44 %); dans le même sens, elles sont moins nombreuses à en avoir rapporté plus d'un (19 % c. 30 %). Par ailleurs, les étudiants et les personnes détenant un emploi se démarquent des autres par des proportions plus faibles de personnes ayant plus d'un problème de santé (15 % et 20 % respectivement c. 32 % à

44 % pour les autres groupes); les étudiants rapportent aussi en plus grande proportion (66 %) n'avoir aucun problème de santé, comparativement aux personnes à la retraite (33 %) ou à celles tenant maison (43 %).

Les immigrants ayant un statut d'indépendant ou d'entrepreneur comptent, par ailleurs, une plus faible proportion de personnes que les autres (57 % c. 63 %) n'ayant rapporté aucun problème de santé. Des données plus détaillées indiquent que les « non-immigrants » (il s'agirait, en fait, d'enfants nés ici des familles immigrantes) sont nettement plus nombreux à n'avoir aucun problème de santé (72 %) que les réfugiés, les parrainés et les immigrants indépendants (57 %, 58 % et 57 % respectivement).

Tableau 9.2

Nombre de problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus¹, communautés culturelles 1998-1999

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|---|--------|--------|---------------|
| | % | | |
| Scolarité | | | |
| Aucune ou primaire | 43,9 | 26,2 | 29,8 |
| Secondaire ou postsecondaire | 56,2 | 24,9 | 18,9 |
| Universitaire | 51,9 | 22,0 | 26,0 |
| Statut d'activité | | | |
| Emploi | 53,7 | 26,8 | 19,5 |
| Études | 65,6 | 19,3 | 15,1 |
| Maison | 43,2 | 24,1 | 32,7 |
| Sans emploi | 50,8 | 17,0* | 32,2* |
| Retraite | 32,8* | 23,0** | 44,3* |
| Statut d'immigrant (détaillé) | | | |
| Réfugié | 56,7 | 22,1 | 21,3 |
| Parrainé | 57,9 | 19,7 | 22,4 |
| Indépendant | 57,4 | 23,8 | 18,8 |
| Entrepreneur | 42,2** | 31,9** | 25,9** |
| Étudiant | 64,2* | 8,8** | 27,0** |
| Non-immigrant | 71,6 | 19,1 | 9,3 |
| Autres | 40,3** | 25,8** | 33,9** |
| Statut d'immigrant (regroupé) | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 57,0 | 24,0 | 19,0 |
| Autres | 63,2 | 19,9 | 16,9 |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | |
| Moins de 5 ans | 62,6 | 19,3 | 18,2 |
| 5 à 9 ans | 54,9 | 22,8 | 22,4 |
| 10 ans et plus | 56,5 | 24,5 | 19,0 |
| Nés au Canada | 72,3 | 18,8 | 8,9 |

1. Scolarité et statut d'activité.

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

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

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

Enfin, les personnes nées ici sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir aucun problème de santé que les immigrants établis au pays depuis au moins cinq ans (72 % c. 55 % à 56 %); elles sont également moins susceptibles d'être touchées par plus d'un problème de santé (9 % c. 18 % à 22 % pour les autres selon le cas). Si l'on exclut les personnes nées ici, les différences entre les groupes s'amenuisent considérablement, au point où elles ne sont plus significatives sur le plan statistique.

9.2.2 Durée des problèmes de santé

En excluant les personnes n'ayant aucun problème de santé (environ 60 % de l'ensemble de la population visée), le reste de la population est partagé de façon équivalente entre celles touchées par des problèmes de courte durée ou au moins deux problèmes de longue durée (11 % et 12 % respectivement) (tableau 9.3). Toutefois, ces deux groupes sont dépassés par les personnes ayant un seul problème de santé chronique (16 %).

Tableau 9.3
Nombre et durée des problèmes de santé selon l'âge et le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|--|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Hommes | | | | |
| 0-14 ans | 70,4 | 14,3 | 11,8 | 3,6** |
| 15-24 ans | 72,0 | 13,2* | 12,3* | 2,6** |
| 25-44 ans | 64,5 | 10,9* | 15,1 | 9,5* |
| 45 ans et plus | 43,0 | 11,4* | 24,2 | 21,4 |
| Total – Communautés culturelles | 64,0 | 12,5 | 15,1 | 8,5 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 45,3 | 13,3 | 22,9 | 18,5 |
| Femmes | | | | |
| 0-14 ans | 76,9 | 13,3 | 6,9* | 3,0** |
| 15-24 ans | 65,0 | 10,0* | 16,3* | 8,8** |
| 25-44 ans | 50,1 | 8,2* | 22,2 | 19,6 |
| 45 ans et plus | 28,4 | 8,1* | 27,7 | 35,9 |
| Total – Communautés culturelles | 56,9 | 10,0 | 17,5 | 15,6 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 37,5 | 11,8 | 22,8 | 27,9 |
| Sexes réunis | | | | |
| 0-14 ans | 73,5 | 13,8 | 9,4 | 3,3* |
| 15-24 ans | 68,4 | 11,5* | 14,4 | 5,8* |
| 25-44 ans | 57,2 | 9,5 | 18,7 | 14,6 |
| 45 ans et plus | 35,5 | 9,7* | 26,0 | 28,9 |
| Total – Communautés culturelles | 60,4 | 11,2 | 16,3 | 12,1 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,4 | 12,6 | 22,8 | 23,2 |

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

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

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

La durée des problèmes de santé varie en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi, les femmes sont plus affectées par plusieurs problèmes de longue durée que les hommes (16 % c. 9 %). Les variations selon le groupe d'âge sont moindres chez les personnes ayant été incommodées seulement par des problèmes de santé temporaires, mais elles sont plus prononcées chez celles ayant rapporté plusieurs problèmes de santé de longue durée. La proportion de personnes qui ne déclarent que des problèmes de courte durée (donc qui n'ont déclaré aucun problème de longue durée) tend à diminuer avec l'âge, tandis que la proportion de celles qui rapportent au moins un et surtout deux problèmes de santé de longue durée tend à augmenter; ainsi, sur dix personnes âgées de 45 ans et plus, environ trois (29 %) sont affectées par au moins deux problèmes de santé chroniques, comparativement à une sur trente-trois (3,3 %) chez les jeunes de 0 à 14 ans. Cette tendance est nettement plus évidente chez les femmes que chez les hommes : plus du tiers (36 %) de la population féminine âgée de 45 ans ou plus, comparativement au cinquième (21 %) chez les hommes, est touchée par au moins deux problèmes de santé chroniques, tandis que chez les jeunes de 0 à 14 ans, filles ou garçons, la proportion équivalente est de loin inférieure (3,0 % et 3,6 % respectivement).

Comme pour le nombre de problèmes de santé, leur durée varie en fonction d'autres caractéristiques de la population visée (tableau 9.4). Au chapitre de la scolarité, par exemple, une seule différence vaut une mention : les personnes n'ayant pas suivi d'études au secondaire sont plus nombreuses à être touchées par plusieurs problèmes de longue durée que celles ayant atteint le niveau collégial (25 % c. 14 %). Sur le plan du statut d'activité (au cours d'une période d'un an), les étudiants sont moins nombreux à éprouver plus d'un problème de santé chronique (8 % c. au moins 15 % pour les autres groupes), tandis que sous cet aspect, les personnes détenant un emploi se distinguent des personnes à la retraite ou tenant maison (15 % c. 41 % et 26 % respectivement), en plus de se démarquer des étudiants.

Les enfants nés ici des immigrants sont proportionnellement moins touchés (3,2 %) par au moins deux

problèmes de santé chroniques par rapport au reste de la population visée, peu importe le moment de leur arrivée au pays. Ils sont également moins affectés par les problèmes de santé de longue durée que les immigrants s'étant installés au pays depuis au moins cinq ans. La relation entre le nombre et la durée des problèmes de santé et la période d'arrivée perd toute son importance (statistique) lorsque les enfants nés ici sont écartés de l'analyse.

Une seule différence (sur le plan statistique) est digne de mention relativement au statut au moment de l'immigration : les immigrants munis d'un statut d'indépendant ou d'entrepreneur sont plus nombreux à souffrir d'un seul problème de santé chronique (19 % c. 14 % pour les autres). Encore faut-il mentionner que les données détaillées nous révèlent que les immigrants ayant le statut de réfugié, de parrainé ou d'indépendant se fondent en un ensemble homogène quant à la durée des problèmes de santé et que seules les personnes nées ici se démarquent du reste en étant les moins touchées par des problèmes de santé de longue durée.

9.2.3 Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant au nombre et à la durée des problèmes de santé

Dans l'ensemble, les communautés culturelles visées se comparent avantageusement à la population québécoise (tableau 9.1). Tout d'abord, l'absence de problèmes de santé est beaucoup plus élevée chez la population visée par l'étude (60 % c. 41 %), et ensuite, la proportion de personnes affectées par un ou plusieurs problèmes de santé y est plus faible (un seul problème : 22 % c. 26 %; plusieurs problèmes : 18 % c. 33 %). Lorsque l'on fait intervenir la durée des problèmes de santé, le même tableau se répète à une exception près : les problèmes de courte durée seulement se révèlent d'une importance équivalente dans les deux groupes (11 % c. 13 %), mais les problèmes de longue durée, peu importe leur nombre, jouent en faveur des communautés culturelles (un seul problème de longue durée : 16 % c. 23 %; plusieurs problèmes de longue durée : 12 % c. 23 %) (tableau 9.3).

Tableau 9.4

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus¹, communautés culturelles 1998-1999

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|---|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Scolarité | | | | |
| Aucune ou primaire. | 43,9 | 6,3** | 24,9* | 24,9* |
| Secondaire ou postsecondaire | 56,2 | 10,1 | 19,5 | 14,2 |
| Universitaire | 51,9 | 10,7* | 19,4 | 18,2 |
| Statut d'activité | | | | |
| Emploi | 53,6 | 12,2 | 19,7 | 14,6 |
| Études | 65,6 | 9,6* | 16,7 | 8,1* |
| Maison | 43,2 | 7,0* | 24,0 | 25,6 |
| Sans emploi | 50,8 | 6,6** | 19,5* | 23,2* |
| Retraite | 32,8* | 5,7** | 20,7** | 40,9* |
| Statut d'immigrant (détaillé) | | | | |
| Réfugié | 56,7 | 9,5* | 16,7 | 17,2 |
| Parrainé | 57,9 | 9,8* | 15,6 | 16,7 |
| Indépendant | 57,4 | 11,1 | 18,6 | 13,0 |
| Entrepreneur | 42,2** | 13,4** | 35,1** | 9,3** |
| Étudiant | 64,2* | 2,2** | 10,9** | 22,7** |
| Non-immigrant | 71,6 | 13,8 | 11,3 | 3,3** |
| Autres | 40,3** | 15,5** | 30,9** | 13,3** |
| Statut d'immigrant (regroupé) | | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 57,0 | 11,2 | 19,0 | 12,9 |
| Autres | 63,2 | 11,3 | 14,1 | 11,4 |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | | |
| Moins de 5 ans | 62,3 | 9,1* | 17,4* | 11,2* |
| 5 à 9 ans | 54,9 | 11,7 | 17,9 | 15,5 |
| 10 ans et plus | 56,5 | 9,4 | 19,0 | 15,1 |
| Nés au Canada | 72,3 | 13,7 | 10,9 | 3,2** |

1. Scolarité et statut d'activité.

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

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

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

9.2.4 Nature des problèmes de santé

On a remarqué précédemment que quatre personnes sur dix de l'ensemble de la population visée avaient rapporté au moins un problème de santé et que ce dernier avait été relevé dans diverses sections du questionnaire (incapacités de longue ou de courte durée, consultations médicales, prise de médicaments, accidents, maladies chroniques). On observera maintenant de plus près la nature des problèmes rapportés, en premier lieu, à l'échelle de la population visée, et en second lieu, en fonction d'un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques.

Les maux de tête constituent le principal problème de santé (8 %) affectant l'ensemble de la population étudiée. Suivent les maux sérieux de dos ou de la colonne (6 %), les allergies ou affections cutanées, l'arthrite ou le rhumatisme, la rhinite allergique et les lésions traumatiques dans des proportions comparables — 4 % (tableau 9.5).

L'hypertension artérielle, les autres allergies, les troubles digestifs fonctionnels, les autres affections respiratoires, la grippe, l'asthme, l'anémie, le diabète, les maladies de l'œil et les troubles thyroïdiens forment un ensemble de problèmes de santé ayant une prévalence variant de 1,5 % à 3,4 %.

Sur le plan statistique, les hommes sont plus touchés par les lésions traumatiques que les femmes (4,7 % c. 2,5 %); en revanche, les femmes souffrent davantage de maux de tête (12 % c. 4,6 %),

de maux de dos ou de la colonne (7 % c. 4,5 %), d'arthrite ou de rhumatisme (6 % c. 2,7 %), d'anémie (4 % c. 0,5 %) et de troubles de la thyroïde (2,7 % c. 0,5 %).

Tableau 9.5

Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Communautés culturelles 1998-1999 | | | Québec 1998 (données standardisées) |
|---|-----------------------------------|--------|--------|--|
| | Total | Hommes | Femmes | Total |
| | % | | | |
| Troubles mentaux | 1,1* | 0,8** | 1,3** | 3,5 |
| Troubles du sommeil | 0,6** | 0,4** | 0,9** | 1,2 |
| Périodes de grande nervosité | 0,7** | 0,3** | 1,1** | 3,1 |
| Troubles de la thyroïde | 1,5* | 0,5** | 2,5* | 2,3 |
| Diabète | 2,1* | 1,9* | 2,3* | 1,6 |
| Hypercholestérolémie | 0,7** | 0,9** | 0,5** | 1,5 |
| Anémie | 2,3 | 0,5** | 4,0* | 1,2 |
| Autres maladies du sang | 0,1** | 0,0 | 0,3** | 0,8 |
| Maux de tête | 8,1 | 4,6 | 11,5 | 10,7 |
| Maladies de l'œil | 1,9* | 1,8* | 2,1* | 2,2 |
| Maladies de l'oreille | 0,6** | 0,4** | 0,8** | 1,4 |
| Hypertension artérielle | 3,4 | 2,8* | 4,1* | 4,2 |
| Maladies cardiaques | 1,3* | 1,3** | 1,4** | 2,2 |
| Grippe | 2,8 | 3,0* | 2,5* | 3,9 |
| Bronchite ou emphysème | 0,4** | 0,6** | 0,1** | 1,8 |
| Asthme | 2,6 | 2,8* | 2,5* | 5,3 |
| Rhinite allergique | 4,0 | 4,3 | 3,8* | 9,6 |
| Autres affections respiratoires | 3,1 | 2,8* | 3,4* | 5,7 |
| Autres allergies | 3,3 | 2,7* | 3,9* | 10,6 |
| Ulcères gastriques | 1,1* | 1,2** | 1,0** | 1,0 |
| Troubles digestifs fonctionnels | 3,3 | 2,6* | 4,0* | 3,9 |
| Autres troubles digestifs | 0,4** | 0,1** | 0,7** | 1,5 |
| Allergies ou affections cutanées | 4,4 | 3,5* | 5,2 | 9,4 |
| Arthrite ou rhumatisme | 4,2 | 2,7* | 5,6 | 7,4 |
| Maux de dos ou de la colonne | 5,7 | 4,5 | 7,0 | 8,0 |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 0,9* | 0,5** | 1,3** | 2,1 |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 3,6 | 4,7 | 2,5* | 7,4 |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,6** | | 1,2** | 2,6 |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 0,9* | 0,7** | 1,1** | 1,3 |
| Malaise et fatigue | 1,2* | 0,7** | 1,6* | 1,4 |
| Autre | 5,5 | 4,6 | 6,4 | 9,1 |

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

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

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

Comme le tableau 9.6 en témoigne, la majorité des problèmes de santé déclarés ont tendance à augmenter avec l'âge. C'est notamment le cas des maux de tête, des maux de dos ou de la colonne, de l'arthrite ou du rhumatisme, des troubles digestifs fonctionnels pour ne citer que ceux dont la prévalence globale est importante dans la population à l'étude.

Certaines affections varient peu selon l'âge, tandis que d'autres semblent être concentrées dans certains groupes d'âge en particulier. Ainsi, les lésions traumatiques, les allergies ou affections cutanées et, dans une moindre mesure, la grippe touchent les

personnes de tout âge. Par contre, le diabète, les problèmes oculaires, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies du système ostéo-articulaire et l'hypercholestérolémie sont davantage observés chez les personnes d'au moins 45 ans. Quant à l'asthme et aux autres affections respiratoires, ils se manifestent plus fréquemment chez les jeunes de moins de 15 ans, mais c'est l'inverse pour la rhinite allergique, plus répandue chez les personnes d'au moins 15 ans. Enfin, les « autres problèmes » de santé sont particulièrement présents chez les 45 ans et plus.

Tableau 9.6

Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, communautés culturelles 1998-1999

| | 0-14 ans | 15-24 ans | 25-44 ans | 45 ans et plus |
|---|----------|-----------|-----------|----------------|
| | % | | | |
| Troubles mentaux | 0,17** | 1,46** | 0,89** | 2,91** |
| Troubles du sommeil | 0,0 | 0,0 | 0,57** | 2,43** |
| Périodes de grande nervosité | 0,06** | 0,05** | 1,29** | 1,29** |
| Troubles de la thyroïde | 0,0 | 0,34** | 1,51** | 5,38* |
| Diabète | 0,0 | 0,11** | 0,85** | 10,15* |
| Hypercholestérolémie | 0,13** | 0,09** | 0,05** | 3,63** |
| Anémie | 0,78** | 3,23** | 2,86* | 2,99** |
| Autres maladies du sang | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,84** |
| Maux de tête | 0,96** | 6,36* | 13,4 | 12,32 |
| Maladies de l'œil | 0,69** | 1,37** | 1,46** | 5,77* |
| Maladies de l'oreille | 1,46** | 0,05** | 0,16** | 0,33** |
| Hypertension artérielle | 0,0 | 0,23** | 1,41** | 16,61 |
| Maladies cardiaques | 0,0 | 0,0 | 0,25** | 7,23* |
| Grippe | 3,72* | 3,08** | 1,94** | 2,35** |
| Bronchite ou emphysème | 0,29** | 0,0 | 0,29** | 0,95** |
| Asthme | 5,15* | 1,21** | 1,24** | 1,94** |
| Rhinite allergique | 1,82** | 4,02** | 6,37 | 3,54** |
| Autres affections respiratoires | 5,28* | 1,79** | 1,79** | 2,78** |
| Autres allergies | 2,86* | 2,36** | 4,57* | 2,28** |
| Ulcères gastriques | 0,0 | 0,07** | 2,36* | 1,41** |
| Troubles digestifs fonctionnels | 1,10** | 2,50** | 3,81* | 6,92* |
| Autres troubles digestifs | 0,16** | 0,0 | 0,47** | 1,04** |
| Allergies ou affections cutanées | 3,68* | 5,98* | 4,04* | 4,93* |
| Arthrite ou rhumatisme | 0,23 | 1,22** | 3,75* | 15,03 |
| Maux de dos ou de la colonne | 0,0 | 3,40** | 9,80 | 10,30* |
| Autres maladies du système ostéo articulaire | 0,05** | 0,23** | 0,52** | 4,04** |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 3,92* | 4,67** | 2,86* | 3,44** |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,07** | 0,85** | 0,56** | 1,46** |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 0,07** | 1,04** | 0,98** | 2,27** |
| Malaise et fatigue | 0,14** | 0,11** | 2,47* | 1,50** |
| Autre | 4,81* | 4,31** | 4,44* | 9,97* |

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

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

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

Voici en détail les principaux problèmes de santé touchant l'ensemble de la population visée selon le groupe d'âge.

- Enfants de 0 à 14 ans

L'asthme (5 %), les autres affections respiratoires (5 %), les lésions traumatiques (3,9 %), les allergies ou affections cutanées (3,7 %), la grippe (3,7 %), les autres formes d'allergie (2,9 %) et les « autres problèmes » de santé (4,8 %) représentent les problèmes affectant le plus souvent les enfants de moins de 15 ans.

- Adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

Les maux de tête (6 %), les allergies ou affections cutanées (6 %), les lésions traumatiques (4,7 %), la rhinite allergique (4,0 %), les « autres problèmes » de santé (4,3 %), les maux de dos ou de la colonne (3,4 %), la grippe (3,1 %) et l'anémie (3,1 %) figurent en tête de liste des problèmes touchant ce groupe d'âge.

- Adultes de 25 à 44 ans

Les maux de tête (13 %) , suivis des maux de dos ou de la colonne (10 %) se démarquent aisément des autres problèmes de santé déclarés par les personnes âgées de 25 à 44 ans. Complètent ce tableau, la rhinite allergique (6 %), les autres allergies (4,6 %), les allergies ou affections cutanées (4,0 %), les « autres problèmes » (4,4 %), les troubles digestifs fonctionnels (3,8 %) et l'arthrite ou le rhumatisme (3,8 %); en outre, l'anémie (2,9 %) et les lésions traumatiques (2,9 %), déjà présentes dans le groupe d'âge précédent, demeurent des problèmes relativement importants chez les adultes de 25 à 44 ans.

- Adultes de 45 ans et plus

La nature ainsi que l'ampleur des problèmes de santé affligeant les personnes d'au moins 45 ans sont en grande partie associées au processus de vieillissement :

l'hypertension artérielle (17 %), l'arthrite ou le rhumatisme (15 %) et, dans une moindre mesure, les maux de tête (12 %), le diabète (10 %), les « autres problèmes » (10 %), les maux de dos ou de la colonne (10 %) ainsi que les maladies du cœur (7 %) et les troubles digestifs fonctionnels (7 %) forment le cortège de problèmes de santé, en majorité chroniques, qui accompagnent le vieillissement.

9.2.5 Problèmes de santé et autres caractéristiques

La prévalence des problèmes de santé varie suivant d'autres caractéristiques de la population, telles que la durée de séjour au pays d'accueil, le statut d'immigrant ou la scolarité. Ainsi, au chapitre de la durée de séjour, on note une démarcation entre les immigrants et les personnes nées ici. Ces dernières sont moins touchées par la majorité des principaux problèmes de santé sauf l'asthme (tableau 9.7). Par ailleurs, il n'y a que les maux de tête, l'asthme et les troubles de la thyroïde qui sont associés au statut d'immigration : les maux de tête et les troubles thyroïdiens sont plus importants chez les immigrants ayant un statut d'indépendant ou d'entrepreneur que chez les autres (11 % c. 6 %; 2,4 % c. 0,8 %), tandis que l'inverse se produit pour l'asthme (3,8 % c. 1,3 %) (tableau 9.8).

Enfin, le niveau de scolarité n'est associé qu'à un nombre restreint de problèmes de santé. Relativement à ces problèmes (diabète, hypertension artérielle, arthrite ou rhumatisme et « autres affections respiratoires »), les personnes faiblement ou non scolarisées (niveau primaire ou moins) sont davantage touchées que les autres (tableau 9.9).

Tableau 9.7

Prévalence des problèmes de santé selon la date d'arrivée au Canada, communautés culturelles 1998-1999

| | Moins de 5 ans | 5 à 9 ans | 10 ans et plus | Nés au Canada |
|--|-------------------|-----------|-------------------|------------------|
| | % | | | |
| Troubles mentaux | 1,47** | 1,01** | 1,86** | 0,21** |
| Troubles du sommeil | 0,28** | 1,26** | 0,34** | 0,0 |
| Périodes de grande nervosité | 1,12** | 0,93** | 0,77** | 0,04** |
| Troubles de la thyroïde | 1,07** | 1,79** | 2,71** | 0,00** |
| Diabète | 2,06** | 2,61* | 3,13** | 0,0 |
| Hypercholestérolémie | 0,26** | 1,12** | 0,94** | 0,0 |
| Anémie | 2,88** | 3,26* | 2,08** | 0,40** |
| Autres maladies du sang | 0,0 | 0,36** | 0,0 | 0,0 |
| Maux de tête | 7,18* | 10,47 | 12,06 | 0,38** |
| Maladies de l'œil | 2,12** | 2,18* | 3,06** | 0,36** |
| Maladies de l'oreille | 0,36** | 0,14** | 0,26** | 1,93** |
| Hypertension artérielle | 3,85** | 4,52* | 4,79* | 0,0 |
| Maladies cardiaques | 0,59** | 1,98* | 1,87** | 0,00 |
| Grippe | 1,77** | 3,0* | 1,91** | 3,79* |
| Bronchite ou emphysème | 0,10** | 0,39** | 0,59** | 0,23** |
| Asthme | 0,68** | 1,66** | 1,70** | 6,31* |
| Rhinite allergique | 3,79** | 4,53* | 5,85* | 1,75** |
| Autres affections respiratoires | 2,19** | 2,73* | 2,51** | 5,04* |
| Autres allergies | 2,92** | 4,13* | 2,81** | 2,57** |
| Ulcères gastriques | 1,80** | 1,53** | 1,17** | 0,00 |
| Troubles digestifs fonctionnels | 4,31** | 3,79* | 3,47* | 1,49** |
| Autres troubles digestifs | 1,36** | 0,56** | 0,14** | 0,0 |
| Allergies ou affections cutanées | 5,64** | 5,11 | 2,97** | 4,07* |
| Arthrite ou rhumatisme | 3,33** | 5,05 | 6,70* | 0,33** |
| Maux de dos ou de la colonne | 3,61** | 8,39 | 7,74* | 0,0 |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 0,85** | 1,56** | 0,85** | 0,07* |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 4,96** | 4,01* | 2,36** | 3,39* |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,85** | 0,70** | 0,85** | 0,11** |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 0,25** | 1,31** | 1,16** | 0,11** |
| Malaise et fatigue | 0,33** | 2,04* | 1,32** | 0,05** |
| Autre | 4,84** | 5,91 | 4,36* | 6,07* |

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

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

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

Tableau 9.8

Prévalence des problèmes de santé selon le statut d'immigrant, communautés culturelles 1998-1999

| | Indépendant et entrepreneur | Autres |
|---|--------------------------------|--------|
| | % | |
| Troubles mentaux | 0,88** | 1,27** |
| Troubles du sommeil | 0,44** | 0,79** |
| Périodes de grande nervosité | 0,65** | 0,72** |
| Troubles de la thyroïde | 2,35* | 0,82** |
| Diabète | 1,91* | 2,16* |
| Hypercholestérolémie | 0,92** | 0,53** |
| Anémie | 2,69* | 1,88* |
| Autres maladies du sang | 0,02** | 0,25** |
| Maux de tête | 10,79 | 5,68 |
| Maladies de l'œil | 2,08* | 1,85* |
| Maladies de l'oreille | 0,26** | 0,90* |
| Hypertension artérielle | 4,06* | 2,79* |
| Maladies cardiaques | 1,50** | 1,23** |
| Grippe | 2,17* | 3,22* |
| Bronchite ou emphysème | 0,38** | 0,36** |
| Asthme | 1,28** | 3,83 |
| Rhinite allergique | 4,84 | 3,40* |
| Autres affections respiratoires | 2,74* | 3,38* |
| Autres allergies | 3,84* | 2,85* |
| Ulcères gastriques | 1,54** | 0,71** |
| Troubles digestifs fonctionnels | 3,05* | 3,49* |
| Autres troubles digestifs | 0,54** | 0,29** |
| Allergies ou affections cutanées | 3,72* | 4,88 |
| Arthrite ou rhumatisme | 4,66 | 3,83 |
| Maux de dos ou de la colonne | 6,80 | 4,87 |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 0,65** | 1,19** |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 3,48* | 3,69* |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,71** | 0,51** |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 0,79** | 1,03** |
| Malaise et fatigue | 1,47** | 0,96** |
| Autre | 4,76 | 6,18 |

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

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

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

Tableau 9.9

Prévalence des problèmes de santé selon le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

| | Aucune ou primaire | Secondaire ou postsecondaire % | Universitaire |
|--|-----------------------|--------------------------------------|---------------|
| Troubles mentaux | 1,91** | 2,16** | 1,58** |
| Troubles du sommeil | 1,36** | 0,50** | 2,89** |
| Périodes de grande nervosité | 0,93** | 0,97** | 1,01** |
| Troubles de la thyroïde | 4,77** | 1,67** | 1,28** |
| Diabète | 10,73** | 2,94** | 1,63** |
| Hypercholestérolémie | 3,91** | 0,98** | 0,10** |
| Anémie | 2,75** | 2,93** | 1,39** |
| Autres maladies du sang | 0,52** | 0,0 | 0,0 |
| Maux de tête | 7,89** | 11,11 | 12,06* |
| Maladies de l'œil | 3,28** | 1,97** | 1,67** |
| Maladies de l'oreille | 0,16** | 0,15** | 0,14** |
| Hypertension artérielle | 14,36* | 4,25* | 3,73** |
| Maladies cardiaques | 3,93** | 1,88** | 2,43** |
| Grippe | 2,93** | 1,42** | 1,92** |
| Bronchite ou emphysème | 0,0 | 0,44** | 0,32** |
| Asthme | 2,37** | 1,04** | 2,15** |
| Rhinite allergique | 2,89** | 6,84* | 6,27* |
| Autres affections respiratoires | 2,61** | 1,58** | 3,10** |
| Autres allergies | 3,98** | 2,84** | 5,62* |
| Ulcères gastriques | 1,13** | 1,71** | 2,63** |
| Troubles digestifs fonctionnels | 4,89** | 4,45* | 3,92** |
| Autres troubles digestifs | 0,0 | 0,49** | 0,86** |
| Allergies ou affections cutanées | 5,14** | 3,80* | 6,67* |
| Arthrite ou rhumatisme | 12,12* | 6,76* | 3,82** |
| Maux de dos ou de la colonne | 11,01** | 6,14* | 9,61* |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 3,23** | 1,15** | 1,62** |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 4,10** | 3,11** | 2,79** |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,95** | 0,88** | 1,34** |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 4,01** | 0,78** | 1,82** |
| Malaise et fatigue | 2,47** | 1,59** | 0,88** |
| Autre | 10,87** | 5,76* | 4,84** |

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

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

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

9.2.6 Comparaison avec l'Enquête sociale et de santé de 1998 (données standardisées) quant à la nature des problèmes de santé

À structure démographique égale, l'ensemble des communautés culturelles étudiées se compare avantageusement à la population québécoise relativement aux problèmes de santé déclarés (tableau 9.5); en effet, à l'exception de l'anémie, plus répandue chez les groupes visés par l'étude (2,3 % c. 1,2 %), la majorité des autres problèmes de santé (20 sur 31) atteignent proportionnellement davantage la population de l'ensemble du Québec. Les diverses formes d'allergie (cutanées, rhinite, autres), les maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme, les lésions traumatiques, les autres affections du système respiratoire, les troubles mentaux, les périodes de grande nervosité, de même que les maux de tête (principal problème chez les Québécois aussi), constituent les problèmes qui présentent les différences les plus importantes entre les deux populations visées.

9.2.7 Accidents avec blessures

Les accidents ayant occasionné des blessures assez importantes pour justifier le recours à une consultation médicale ou ayant réduit l'autonomie fonctionnelle des victimes touchent une faible partie de la population étudiée (3,5 % et 3,4 % respectivement) (tableau 9.10). Ces proportions sont inférieures à celles observées dans la population québécoise (5,8 % et 5,4 %).

Par ailleurs, tant en ce qui concerne les accidents ayant requis une consultation médicale que sur le plan des accidents ayant occasionné des limitations d'activités, chacune des communautés prise séparément en présente des proportions inférieures à celles observées pour l'ensemble du Québec.

Tableau 9.10

Prévalence des accidents ayant occasionné des blessures selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Accidents ayant requis une consultation médicale | Accidents ayant occasionné des limitations d'activités |
|--|--|--|
| | % | |
| Chine | 3,5* | 3,8* |
| Haïti | 3,1* | 3,3* |
| Maghreb et Moyen-Orient | 3,7* | 3,1* |
| Pays hispanophones | 3,4* | 3,7* |
| Total - Communautés culturelles | 3,5 | 3,4 |
| Québec 1998 (données standardisée) | 5,8 | 5,4 |

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

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

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

Pour l'ensemble de la population visée, les accidents de la route, à l'école, pendant des activités de loisirs ou dans un lieu public surviennent à des fréquences semblables à celles observées chez les Québécois et dans des proportions plutôt faibles (à peine 1 %) (données non présentées). Quant aux accidents en milieu de travail ou à l'extérieur de la maison, la fréquence y est moindre que chez les Québécois (au travail : 0,6 % c. 1,4 %; à l'extérieur de la maison : 0,2 % c. 1,1 %). Enfin, la majorité des accidents rapportés (60 %) remontent à une période d'au moins trois mois (avant l'entrevue).

9.2.8 Communauté chinoise

▪ Nombre et durée des problèmes de santé

Un peu plus de la moitié (55 %) de la population chinoise étudiée ne rapporte aucun problème de santé tandis que le cinquième (20 %) en déclare au moins deux (tableau 9.11a).

La présence de problèmes de santé augmente à mesure que l'âge s'élève et l'accumulation d'au moins deux problèmes s'accroît de façon plus marquée : près du tiers (32 %) des Chinois âgés de plus de 45 ans sont atteints d'au moins deux problèmes de santé

comparativement au quinzième (7 %) chez les jeunes de 0 à 14 ans.

Environ le dixième (9 %) de la population chinoise visée déclare avoir des problèmes de courte durée seulement, et le sixième (15 %) souffre de plusieurs problèmes chroniques (tableau 9.11b). L'âge joue un rôle important, surtout en ce qui a trait à l'accumulation de problèmes de longue durée : leur proportion, de 1,6 % chez les moins de 15 ans, grimpe à 27 % chez les 45 ans et plus. La répartition du nombre et de la durée des problèmes de santé selon le sexe ne révèle pas de différences significatives

Outre l'âge, le statut d'activité et la date d'établissement au pays sont associés à la durée des problèmes de santé dans la population chinoise d'immigration récente; ainsi, les personnes à la retraite sont plus nombreuses à être atteintes de plusieurs problèmes de longue durée (43 %) que les étudiants (9 %) ou que celles détenant un emploi (17 %). Les personnes nées ici sont nettement moins nombreuses à souffrir de plusieurs problèmes de santé de longue durée que toutes les autres (1,3 % c. 14 % à 18 %).

Tableau 9.11a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | % | | |
| Sexe | | | |
| Hommes | 58,0 | 23,8 | 18,2 |
| Femmes | 52,5 | 26,2 | 21,3 |
| Total – Communautés culturelles | 55,3 | 24,9 | 19,7 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 37,7 | 25,3 | 36,9 |
| Groupe d'âge | | | |
| 0-14 ans | 70,0 | 22,9* | 7,1** |
| 15-24 ans | 66,9 | 19,9* | 13,3* |
| 25-44 ans | 52,5 | 27,3 | 20,2 |
| 45 ans et plus | 41,2 | 26,6 | 32,2 |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté chinoise.

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

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

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

Tableau 9.11b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté chinoise, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|---|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 58,0 | 9,2* | 21,2 | 11,6* |
| Femmes | 52,5 | 9,1* | 20,8 | 17,5 |
| Total – Communautés culturelles | 55,3 | 9,2 | 21,0 | 14,5 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 37,7 | 11,3 | 23,5 | 27,5 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 0-14 ans | 70,0 | 16,7* | 11,7* | 1,6** |
| 15-24 ans | 66,9 | 5,8** | 19,7* | 7,7** |
| 25-44 ans | 52,5 | 9,1* | 23,0 | 15,5* |
| 45 ans et plus | 41,2 | 5,9** | 26,2 | 26,7 |
| Statut d'activité (15 ans et plus) | | | | |
| Emploi | 49,5 | 8,4* | 25,4 | 16,7 |
| Études | 62,2 | 7,7** | 21,2* | 9,0** |
| Maison | 47,1 | 5,0** | 25,0* | 22,9* |
| Sans emploi | 34,3** | 7,0** | 33,7** | 25,1** |
| Retraite | 40,1* | 3,7** | 13,5** | 42,6* |
| Statut d'immigrant | | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 55,4 | 6,9* | 23,5 | 14,3 |
| Autres | 55,5 | 13,5* | 15,9* | 15,1* |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | | |
| Moins de 5 ans | 46,6 | 11,1** | 28,6* | 13,8** |
| 5 à 9 ans | 56,9 | 7,1* | 19,3 | 16,7 |
| 10 ans et plus | 49,3 | 6,3** | 26,7* | 17,7* |
| Nés au Canada | 65,8 | 19,5* | 13,4** | 1,3** |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté chinoise.

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

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

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

La communauté chinoise à l'étude se distingue de l'ensemble de la population québécoise tant par le nombre que par la durée des problèmes de santé. Les Chinois sont proportionnellement plus nombreux que les Québécois à ne pas connaître de problèmes de santé (55 % c. 38 %) et moins nombreux à en compter au moins deux (20 % c. 37 %) (tableau 9.11a). Ils sont également moins nombreux, en proportion, à déclarer plus d'un problème de longue durée (15 % c. 28 %) (tableau 9.11b).

- Principaux problèmes de santé

La rhinite allergique représente le principal problème de santé déclaré chez les Chinois des dernières vagues d'immigration (11 %). Viennent ensuite, les allergies ou affections cutanées (7 %), les maux de tête (6 %), les autres affections respiratoires (6 %), l'arthrite ou le rhumatisme (6 %), les troubles digestifs fonctionnels (5 %), les autres allergies (4,5 %), l'hypertension artérielle (4,5 %), les lésions traumatiques (4,1 %) et les maladies de l'œil (4,1 %) (tableau 9.15).

La fréquence des principaux problèmes de santé affectant la population chinoise d'immigration récente est en grande majorité soit équivalente, soit inférieure à celle de ses homologues de l'ensemble du Québec. Les maux de tête, l'arthrite ou le rhumatisme, les autres allergies et les lésions traumatiques touchent les Chinois à un degré moindre en comparaison des Québécois (6 % c. 12 %, 6 % c. 10 %, 5 % c. 11 %, 4 % c. 8 %). Parmi les autres problèmes ayant une prévalence plus faible dans la communauté chinoise visée que dans l'ensemble du Québec on peut mentionner les maux de dos ou de la colonne (2,6 % c. 10 %), l'asthme (0,9 % c. 5 %) et les troubles mentaux (0,4 % c. 4,0 %).

9.2.9 Communauté haïtienne

• Nombre et durée des problèmes de santé

Environ les deux tiers (65 %) de la communauté haïtienne ne rapporte aucun problème de santé, et le septième (15 %) en déclare au moins deux (tableau 9.12a). La déclaration de problèmes de santé diffère selon le sexe et l'âge : les hommes exempts de problème de santé sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les femmes (73 % c.

59 %). Pour ce qui est de l'âge, la présence de plusieurs problèmes de santé croît en vieillissant : leur importance passe de 6 % chez les plus jeunes, à 33 % chez les plus âgés; quant à l'absence totale de problèmes, elle diminue (de 81 % chez les moins de 15 ans, à 37 % chez les 45 ans et plus).

En ce qui a trait à la durée des problèmes de santé, la population haïtienne déclare dans une moindre proportion des problèmes de courte durée seulement (9 %) qu'un seul problème de longue durée (15%), mais environ autant pour ce qui est de plusieurs problèmes de longue durée (11 %) (tableau 9.12b). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter plusieurs problèmes de longue durée (5 % c. 16 %). Les problèmes de longue durée (un ou plusieurs) s'imposent de plus en plus à mesure que l'âge avance, surtout après 25 ans.

Les retraités haïtiens sont, par ailleurs, proportionnellement plus nombreux que les étudiants ou les personnes détenant un emploi à avoir déclaré plusieurs problèmes de longue durée (48 % c. 12 % et 14 % respectivement).

Tableau 9.12a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté haïtienne, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | % | | |
| Sexe | | | |
| Hommes | 73,4 | 16,0 | 10,6 * |
| Femmes | 58,6 | 23,1 | 18,2 |
| Total – Communautés culturelles | 65,3 | 19,9 | 14,8 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,9 | 25,9 | 32,2 |
| Groupe d'âge | | | |
| 0-14 ans | 81,2 | 12,7* | 6,1 * |
| 15-24 ans | 71,1 | 21,8* | 7,1** |
| 25-44 ans | 57,0 | 23,1 | 19,9 |
| 45 ans et plus | 36,8 | 30,2* | 33,0 |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté haïtienne.

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

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

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

Tableau 9.12b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté haïtienne 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|---|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 73,4 | 8,4* | 12,8* | 5,4* |
| Femmes | 58,6 | 9,5* | 15,9 | 16,0 |
| Total – Communautés culturelles | 65,3 | 9,0 | 14,5 | 11,2 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,9 | 13,0 | 22,4 | 22,7 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 0-14 ans | 81,2 | 9,5* | 7,2* | 2,1** |
| 15-24 ans | 71,1 | 7,0** | 17,1* | 4,8** |
| 25-44 ans | 57,0 | 9,5* | 16,7 | 16,7 |
| 45 ans et plus | 36,8 | 8,0** | 26,7* | 28,5* |
| Statut d'activité (15 ans et plus) | | | | |
| Emploi | 57,7 | 10,7* | 17,5* | 14,1* |
| Études | 60,9 | 6,3** | 20,5* | 12,3** |
| Maison | 43,8 | 9,8** | 22,8* | 23,7* |
| Sans emploi | 55,8* | 6,9** | 16,7** | 20,6** |
| Retraite | 30,8** | 0,0 | 20,9** | 48,3** |
| Statut d'immigrant | | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 62,2 | 6,9** | 16,9* | 14,0* |
| Autres | 66,0 | 9,7 | 13,9 | 10,4 |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | | |
| Moins de 5 ans | 61,2 | 7,2** | 18,7* | 12,9** |
| 5 à 9 ans | 60,4 | 9,4* | 17,3 | 12,9* |
| 10 ans et plus | 57,8 | 8,2** | 14,9* | 19,2* |
| Nés au Canada | 78,4 | 10,9* | 7,8** | 2,9** |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté haïtienne.

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

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

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

Enfin, les personnes nées ici sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à déclarer au moins deux problèmes de longue durée (2,9 % c. 13 % à 19 %), et elles le sont nettement plus à n'en rapporter aucun que celles venues s'installer au pays depuis au moins cinq ans (78 % c. 58 % à 60 %).

La comparaison établie entre la communauté haïtienne d'immigration récente et la population de l'ensemble du Québec révèle que ses membres se perçoivent moins touchés par des problèmes de santé car la grande majorité n'en déclare aucun (environ 65 % c. 42 % pour le Québec). De plus, ils sont proportionnellement moins affectés par un ou

plusieurs problèmes de santé et ce, peu importe leur durée (problèmes de courte durée seulement : 9 % c. 13 %; un seul problème de longue durée : 15 % c. 22 %; plusieurs problèmes de longue durée : 11 % c. 23 %) (tableaux 9.12a et 9.12b).

▪ Principaux problèmes

Les principaux problèmes rapportés par la population haïtienne d'immigration récente sont les maux de tête et de dos ou de la colonne (6 %), l'arthrite ou le rhumatisme (5 %), les allergies ou affections cutanées (4,9 %), l'anémie (3,9 %) et l'hypertension artérielle (3,9 %) (tableau 9.15). À l'exception de

l'anémie, plus répandue chez les Haïtiens (3,9 % c. 1,2 %), la population haïtienne se compare avantageusement par rapport à celle de l'ensemble du Québec : les maux de tête et les allergies ou affections cutanées sont notamment moins présents, toutes proportions gardées, que dans l'ensemble du Québec (6 % c. 10 %; 4,9 % c. 10 %).

9.2.10 Communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient

▪ Nombre et durée des problèmes de santé

La grande majorité de la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient (61 %) n'a rapporté aucun problème de santé, tandis que le cinquième (21 %) en a déclaré un seul (tableau 9.13a).

Les femmes originaires de cette région semblent être atteintes en plus forte proportion que les hommes par plus d'un problème de santé (21 % c. 14 %), et elles tendent à être proportionnellement moins nombreuses

à ne rapporter aucun problème de santé (58 % c. 64 %).

Comme c'est le cas pour les autres communautés, la présence de problèmes de santé augmente avec l'âge : plus du tiers (35 %) de la population visée âgée de plus de 45 ans souffre d'au moins deux problèmes de santé comparativement au dixième (10 %) chez les moins de 15 ans (tableau 9.13a); en ce qui concerne l'absence de problèmes de santé, elle est beaucoup plus fréquente chez les jeunes de moins de 15 ans que chez les 45 ans et plus (73 % c. 36 %).

À peu près autant de personnes sont touchées par des problèmes de courte durée seulement (13 %) que par un seul problème de longue durée (15 %) ou par plusieurs problèmes de longue durée (11 %) (tableau 9.13b).

Tableau 9.13a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | % | | |
| Sexe | | | |
| Hommes | 64,4 | 22,1 | 13,6 |
| Femmes | 58,4 | 20,7 | 20,9 |
| Total – Communautés culturelles | 61,4 | 21,4 | 17,2 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,5 | 26,0 | 32,5 |
| Groupe d'âge | | | |
| 0-14 ans | 73,2 | 16,9 | 9,9* |
| 15-24 ans | 66,8 | 19,5* | 13,6** |
| 25-44 ans | 61,2 | 22,2 | 16,6 |
| 45 ans et plus | 35,8 | 29,6 | 34,7 |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient.

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

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

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

Tableau 9.13b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|---|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 64,4 | 14,4 | 13,4 | 7,9* |
| Femmes | 58,3 | 10,5* | 17,3 | 13,9 |
| Total – Communautés culturelles | 61,4 | 12,5 | 15,3 | 10,9 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 41,5 | 12,5 | 22,9 | 23,1 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 0-14 ans | 73,2 | 15,5* | 7,4* | 3,9** |
| 15-24 ans | 66,8 | 14,1* | 14,7* | 4,4** |
| 25-44 ans | 61,0 | 9,4* | 17,5 | 12,2* |
| 45 ans et plus | 35,8 | 12,0* | 25,9* | 26,3* |
| Statut d'activité (15 ans et plus) | | | | |
| Emploi | 56,2 | 13,9* | 18,2 | 11,8* |
| Études | 66,9 | 11,7** | 15,1* | 6,3** |
| Maison | 44,7 | 5,1** | 25,2* | 25,1* |
| Sans emploi | 56,6* | 8,4** | 13,9** | 21,1** |
| Retraite | 33,6** | 7,9** | 28,3** | 30,3** |
| Statut d'immigrant | | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 58,5 | 12,4 | 17,4 | 11,7 |
| Autres | 65,5 | 12,5* | 12,4* | 9,6* |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | | |
| Moins de 5 ans | 69,2 | 8,2** | 15,0** | 7,7** |
| 5 à 9 ans | 54,2 | 13,9 | 16,2 | 15,7 |
| 10 ans et plus | 59,4 | 9,9* | 20,5* | 10,3* |
| Nés au Canada | 72,5 | 14,6* | 9,0** | 3,8** |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté originaire du Maghreb et du Moyen-Orient.

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

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

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

La prévalence d'un problème de longue durée tend à croître avec l'âge passant de 7 % chez les 0-14 ans à 26 % chez les 45 ans et plus. Un écart s'observe également entre les moins de 25 ans et les 45 ans et plus relativement à la prévalence d'au moins deux problèmes de longue durée (4,4 % c. 26 %).

Les personnes nées ici se démarquent des immigrants établis au pays depuis une période de cinq à neuf ans car, d'une part, elles sont moins fréquemment affligées de plusieurs problèmes de longue durée (3,8 % c. 16 %) et, d'autre part, elles sont en plus forte proportion exemptes de problèmes de santé (73 % c. 54 %).

Au chapitre du statut d'activité, une différence à mentionner : les étudiants sont nettement moins sujets à souffrir de plusieurs problèmes de longue durée que les personnes qui tiennent maison (6 % c. 25 %).

La communauté d'immigrants récents en provenance du Maghreb et du Moyen-Orient se distingue de l'ensemble de la population québécoise à plus d'un égard : toutes proportions gardées, elle est plus encline à ne déclarer aucun problème de santé (61 % c. 42 %), et moins susceptible de rapporter plus d'un problème (17 % c. 33 %) (tableau 9.13a). Quant à la durée des problèmes de santé, ceux de longue durée,

peu importe leur nombre, avantaient encore une fois cette communauté : leur prévalence est moins élevée surtout en ce qui concerne le fait d'en avoir mentionné plusieurs (11 % c. 23 %) (tableau 9.13b).

- Principaux problèmes de santé

Les maux de tête sont de loin le principal problème de santé rapporté par les immigrants en provenance des pays arabophones (9 %), suivis des maux de dos ou de la colonne (6 %), des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (3,5 %) et des lésions traumatiques (3,7 %) (tableau 9.15); s'y ajoutent un ensemble d'autres problèmes d'importance semblable (3 %) : grippe, hypertension artérielle, asthme, allergies ou affections cutanées, autres allergies et rhinite allergique.

La prévalence des principaux problèmes de santé déclarés par la population de cette communauté est inférieure ou tout au moins comparable à celle de leurs homologues québécois : les maux de tête et de dos ou de la colonne, l'hypertension artérielle et la grippe sont comparables dans les deux groupes. Par contre, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, d'asthme, les lésions traumatiques et plusieurs sortes d'allergies (rhinite, affections cutanées, autres) affectent moins la population en provenance des pays arabophones. Enfin, les autres affections respiratoires

seraient davantage répandues dans l'ensemble des Québécois (6 % c. 2,3 %), tout comme les troubles mentaux (3,4 % c. 0,5 %).

9.2.11 Communauté hispanophone

- Nombre et durée des problèmes de santé

Plus de la moitié (58 %) de la population hispanophone visée par l'étude n'a déclaré aucun problème de santé et des proportions équivalentes ont rapporté un seul (22 %) ou plusieurs problèmes (20 %) (tableau 9.14a) Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer plusieurs problèmes de santé (25 % c. 16 %). Cette proportion augmente avec l'âge tout comme pour les autres communautés. Ainsi, presque une personne sur deux (46 %) âgée de plus de 45 ans déclare au moins deux problèmes de santé, comparativement à une personne sur dix (9 %) chez les moins de 15 ans.

Les personnes touchées par un seul problème de longue durée sont en plus grande proportion que celles affectées par des problèmes de courte durée seulement (17 % c. 11 %) (tableau 9.14b). Les femmes, par ailleurs, rapportent plus fréquemment que les hommes (18 % c. 10 %) plusieurs problèmes de longue durée.

Tableau 9.14a

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et selon l'âge, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun | Un | Au moins deux |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | % | | |
| Sexe | | | |
| Hommes | 60,5 | 23,3 | 16,2 |
| Femmes | 55,0 | 20,6 | 24,5 |
| Total – Communautés culturelles | 57,8 | 21,9 | 20,3 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 42,6 | 26,3 | 31,2 |
| Groupe d'âge | | | |
| 0-14 ans | 69,7 | 21,1 | 9,1* |
| 15-24 ans | 70,4 | 16,7* | 12,9* |
| 25-44 ans | 51,9 | 23,4 | 24,7 |
| 45 ans et plus | 28,6 | 25,7* | 45,7 |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté hispanophone.

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

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

Tableau 9.14b

Nombre et durée des problèmes de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, communauté hispanophone, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

| | Aucun problème | Problème de courte durée seulement | Un problème de longue durée | Au moins deux problèmes de longue durée |
|---|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | % | | | |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 60,5 | 12,7 | 16,8 | 9,9* |
| Femmes | 55,0 | 10,0* | 17,3 | 17,7 |
| Total – Communautés culturelles | 57,8 | 11,4 | 17,1 | 13,8 |
| Québec 1998 (données standardisées) | 42,6 | 13,1 | 22,7 | 21,7 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 0-14 ans | 69,7 | 13,2* | 13,6 | 3,5** |
| 15-24 ans | 70,4 | 12,6** | 9,1** | 8,0** |
| 25-44 ans | 51,9 | 10,0* | 20,5 | 17,6 |
| 45 ans et plus | 28,6 | 9,0** | 25,5* | 36,9 |
| Statut d'activité (15 ans et plus) | | | | |
| Emploi | 48,5 | 12,0* | 20,5 | 19,0 |
| Études | 68,7 | 8,8** | 14,3* | 8,2** |
| Maison | 35,2* | 12,1** | 20,7* | 32,1* |
| Sans emploi | 46,3* | 4,7** | 23,4** | 25,7* |
| Retraite | 19,3** | 9,5** | 13,9** | 57,2** |
| Statut d'immigrant | | | | |
| Indépendant et entrepreneur | 49,0 | 13,5* | 21,8 | 15,7* |
| Autres | 60,9 | 10,6 | 15,5 | 13,0 |
| Date d'arrivée (durée de séjour) | | | | |
| Moins de 5 ans | 59,4 | 11,9** | 11,7** | 17,0** |
| 5 à 9 ans | 50,4 | 11,7* | 21,7 | 16,3 |
| 10 ans et plus | 54,2 | 10,0* | 16,5 | 19,2 |
| Nés au Canada | 69,2 | 12,8* | 15,2* | 2,8** |

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour la communauté hispanophone.

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

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

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

Les variations de la durée des problèmes de santé selon l'âge font ressortir la même association que celle remarquée dans les autres communautés : plus on avance en âge, plus le nombre et la durée des problèmes de santé augmentent. Cette relation est particulièrement illustrée en ce qui concerne les personnes touchées par plusieurs problèmes de santé chroniques : leur proportion passe de 3,5 % chez les personnes de 0-14 ans à 37 % chez les personnes de 45 ans et plus.

Le statut d'activité, la date d'arrivée au pays de même que le statut d'immigrant sont reliés au nombre et à la durée des problèmes de santé chez la communauté hispanophone d'immigration récente.

Les indépendants et entrepreneurs sont ainsi proportionnellement moins nombreux que les autres à n'avoir rapporté aucun problème de santé (49 % c. 61 %). Comparées à toutes les autres, les personnes nées ici sont en très faible proportion touchées par plusieurs problèmes de santé chroniques (2,8 % c. 16 % à 19 %). Enfin, les étudiants sont plus susceptibles de n'avoir aucun problème de santé que tous les autres (69 % c. 19 % à 49 %), et moins sujets à souffrir de plusieurs problèmes de longue durée que les personnes tenant maison (8 % c. 32 %) ou à la retraite (8 % c. 57 %). Ces dernières sont, à leur tour, plus fréquemment atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques que les personnes détenant un emploi (57 % c. 19 %).

Mis à part les problèmes de courte durée, équivalents entre la communauté hispanophone visée et l'ensemble de la population québécoise (11 % c. 13 %), le nombre et la durée des problèmes de santé favorisent davantage cette communauté : l'absence de problèmes de santé y est plus élevée (58 % c. 43 %), et les problèmes de longue durée, indépendamment de leur nombre, sont moins importants (17 % c. 23 % pour un seul problème chronique; 14 % c. 22 % pour plusieurs problèmes chroniques) (tableaux 9.14a et 9.14b).

▪ Principaux problèmes de santé

Les maux de tête et de dos ou de la colonne figurent en tête de liste parmi les principaux problèmes affectant la population hispanophone d'immigration récente (9 % et 7 % respectivement) (tableau 9.15). Viennent ensuite, dans des proportions comparables (3,5 % à 4,7 %), les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, les autres allergies et l'hypertension artérielle.

Tableau 9.15

Prévalence des problèmes de santé selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999

| | Total | Chine | Haïti | Maghreb et Moyen- Orient | Pays hispanophones |
|---|--------------|-------|-------|--------------------------------|-----------------------|
| | % | | | | |
| Troubles mentaux | 1,1* | 0,4** | 1,2** | 0,5** | 2,3* |
| Troubles du sommeil | 0,6** | 0,0 | 0,2** | 0,7** | 1,1** |
| Périodes de grande nervosité | 0,7** | 0,6** | 1,4** | 0,2** | 1,3** |
| Troubles de la thyroïde | 1,5* | 1,1** | 0,5** | 1,9** | 1,7** |
| Diabète | 2,1* | 2,1** | 2,6* | 1,8** | 2,2* |
| Hypercholestérolémie | 0,7** | 0 | 0,1** | 0,8** | 1,3** |
| Anémie | 2,3 | 1,6** | 3,9* | 2,0** | 2,0* |
| Autres maladies du sang | 0,1** | 0,0 | 0,1** | 0,3** | 0,0 |
| Maux de tête | 8,1 | 5,7* | 6,3 | 8,8 | 9,0 |
| Maladies de l'œil | 1,9* | 4,1* | 2,2** | 1,0** | 2,4* |
| Maladies de l'oreille | 0,6** | 0,1** | 0,4** | 0,8** | 0,6** |
| Hypertension artérielle | 3,4 | 4,5* | 3,9* | 3,0* | 3,5* |
| Maladies cardiaques | 1,3* | 1,7** | 0,8** | 1,3** | 1,6** |
| Grippe | 2,8 | 0,3** | 2,9* | 3,1* | 3,3* |
| Bronchite ou emphysème | 0,4** | 0,2** | 0,2** | 0,3** | 0,8** |
| Asthme | 2,6 | 0,9** | 2,6* | 3,0* | 2,9* |
| Rhinite allergique | 4,0 | 11,0 | 2,5* | 2,7* | 4,3* |
| Autres affections respiratoires | 3,1 | 5,7* | 1,9** | 2,3* | 4,2* |
| Autres allergies | 3,3 | 4,5* | 2,2** | 3,1* | 3,8* |
| Ulcères gastriques | 1,1* | 0,8** | 1,4** | 0,9** | 1,2** |
| Troubles digestifs fonctionnels | 3,3 | 5,3* | 3,0* | 2,4* | 4,2* |
| Autres troubles digestifs | 0,4** | 1,3** | 0,0 | 0,2** | 0,6** |
| Allergies ou affections cutanées | 4,4 | 6,9 | 4,9* | 3,4* | 4,7* |
| Arthrite ou rhumatisme | 4,2 | 5,5* | 5,1* | 3,5* | 4,2* |
| Maux de dos ou de la colonne | 5,7 | 2,6* | 6,2* | 5,8* | 6,6 |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 0,9* | 0,6** | 0,8** | 0,9** | 1,2** |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 3,6 | 4,1* | 3,4* | 3,7* | 3,2* |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement) | 0,6** | 0,3** | 0,5** | 0,4** | 1,3** |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 0,9* | 0,5** | 0,7** | 0,6** | 1,8** |
| Malaise et fatigue | 1,2* | 0,4** | 1,4** | 1,6** | 0,6** |
| Autre | 5,5 | 4,9* | 4,9* | 5,2* | 6,8* |

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

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

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

À l'exception de la rhinite allergique, des allergies ou affections cutanées, des autres formes d'allergie et des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, moins fréquents dans la communauté hispanophone visée par l'étude que dans l'ensemble des Québécois, tous les autres principaux problèmes de santé sont d'une importance semblable dans les deux populations. Toutefois, les lésions traumatiques et l'asthme qui figurent parmi les principaux problèmes de santé chez les Québécois demeurent moins répandus chez les hispanophones.

Conclusion

Vue d'ensemble et pistes de recherche

- Nombre et durée des problèmes de santé

Deux personnes sur cinq (40 %) ont rapporté au moins un problème de santé. Une plus forte proportion de femmes et de personnes de 45 ans et plus déclarent plusieurs problèmes de santé. En outre, les femmes sont plus susceptibles de souffrir de plusieurs problèmes chroniques et, pour les deux sexes, la présence de ces derniers croît avec l'âge. Les problèmes de courte durée, quant à eux, touchent à peu près également les deux sexes et concernent le neuvième de la population en moyenne.

Outre l'âge et le sexe, d'autres caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont liées au nombre et à la durée des problèmes de santé, telles que la scolarité, le statut d'activité, le temps écoulé depuis l'établissement au pays d'accueil et le statut d'immigrant. Par contre, aucune différence significative n'a été observée relativement à l'appartenance à une catégorie professionnelle. Les personnes faiblement ou non scolarisées (niveau primaire ou moins), celles tenant maison ou à la retraite, les immigrants ayant le statut de réfugié, de parrainé, d'indépendant ou d'étudiant, ainsi que les membres des ménages nés à l'étranger sont les plus touchés par plusieurs problèmes de longue durée.

Un seul point en commun ressort de la comparaison de l'ensemble des communautés culturelles visées dans cette étude, avec la population québécoise : les deux populations sont affectées dans des proportions similaires par des problèmes de courte durée. Dans tous les autres cas, les communautés culturelles affichent un meilleur profil : d'une part, l'absence de problèmes de santé y est proportionnellement beaucoup plus fréquente et, d'autre part, les problèmes de longue durée sont d'une moindre importance.

- Principaux problèmes de santé

Les maux de tête et de dos ou de la colonne sont manifestement les principaux problèmes de santé rapportés par l'ensemble des communautés culturelles visées. S'y ajoutent, les allergies ou affections cutanées, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, la rhinite allergique et les lésions traumatiques, dans des proportions très voisines. Toutes proportions gardées, les hommes sont davantage affectés par les lésions traumatiques, mais les femmes sont atteintes plus souvent de maux de tête, d'arthrite ou de rhumatisme, de diverses formes d'anémie et de troubles thyroïdiens. Par ailleurs, à chaque groupe d'âge correspondent assez souvent des problèmes de santé particuliers. Chez les jeunes de moins de 15 ans, par exemple, l'asthme et les autres affections respiratoires, les lésions traumatiques, la grippe et les allergies ou affections cutanées dominant. Chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, les maux de dos ou de la colonne apparaissent, tandis que les maux de tête, l'anémie et, dans une moindre mesure, les allergies ou affections cutanées, connaissent une poussée importante par rapport aux problèmes touchant le groupe d'âge précédent. Les lésions traumatiques et la rhinite allergique demeurent, tout de même, des problèmes assez fréquents quoique l'asthme perde du terrain. Chez les adultes de 25 à 44 ans, l'importance de plusieurs problèmes déjà présents chez leurs cadets ne fait que s'accroître; il s'agit de l'arthrite ou du rhumatisme, des maux de tête, de dos ou de la colonne, des rhinites et autres

allergies, des troubles digestifs fonctionnels, pour ne citer que les problèmes les plus importants. Les lésions traumatiques diminuent tandis que l'anémie se maintient. Enfin, chez les plus âgés (au moins 45 ans), l'hypertension artérielle, l'arthrite ou le rhumatisme se situent au premier plan, suivis des maux de tête, de dos ou de la colonne et du diabète. S'ajoutent à cette liste les maladies cardiaques, les maladies de l'œil et les troubles digestifs fonctionnels, pour n'énumérer que quelques-uns des problèmes affligeant cette tranche d'âge.

Dans l'ensemble, les immigrants récents visés par l'étude se portent mieux que la population québécoise si l'on se base sur la fréquence des principaux problèmes de santé chez les deux groupes. Mise à part l'anémie — plus répandue chez le premier groupe même si sa prévalence est relativement faible — la majorité des autres problèmes de santé déclarés frappent davantage le second. En effet, qu'il s'agisse des différentes formes d'allergie, des problèmes ostéo-articulaires, des maux de tête ou des troubles psychologiques (troubles mentaux, périodes de grande nervosité), la prévalence est supérieure dans l'ensemble des Québécois.

D'une manière générale, la comparaison de chacune des communautés culturelles avec la population québécoise dans son ensemble aboutit aux mêmes constats que l'analyse comparative globale. Chacun des groupes visés est, en fait, en meilleure santé que la population de l'ensemble du Québec. D'abord, dans toutes les communautés, la proportion de personnes n'ayant rapporté aucun problème de santé est clairement supérieure à celle de l'ensemble du Québec. À part cette constatation, la communauté haïtienne est celle dont les écarts par rapport à ce dernier semblent être les plus prononcés. Elle est, en fait, la seule dont le nombre ou la durée des problèmes de santé sont, à l'échelle relative toujours, inférieurs à ceux du Québec et pour laquelle l'absence de problèmes de santé déclarés semble être plus fréquente. Quant aux communautés originaires des pays arabophones et hispanophones, elles ressemblent à la population québécoise sur un seul point : elles ont

chacune une proportion équivalente à celle du Québec pour ce qui est des personnes présentant des problèmes de courte durée. Par contre, la prévalence de problèmes chroniques y est moindre. Enfin, dans la communauté chinoise d'immigration récente, seuls les nombreux problèmes de longue durée ont une importance inférieure à celle du Québec, les problèmes de courte durée et la présence d'un seul problème chronique étant semblables.

Au chapitre des principaux problèmes de santé, ils varient d'une communauté à l'autre bien qu'ils soient quelque peu répétitifs. Par ailleurs, il faut mentionner que la prévalence du principal problème déclaré s'établit à 11 % chez les Chinois, à 6 % chez les Haïtiens et à 9 % dans les deux autres communautés visées. Chez les Chinois, la rhinite allergique occupe le premier rang alors que dans les trois autres communautés, ce sont les maux de tête. Suivent les allergies ou affections cutanées chez les Chinois et les maux de dos ou de la colonne dans les trois autres groupes.

Comparativement à la population québécoise, la majorité des principaux problèmes de santé rapportés par les communautés étudiées se révèlent d'une importance moindre ou tout au plus équivalente. Une seule exception au tableau : l'anémie, plus fréquente chez les Haïtiens que chez les Québécois.

Au chapitre des accidents avec blessures, ils se produisent un peu moins souvent dans la population visée. En général, la fréquence du lieu d'accident déclaré (route, école, intérieur de la maison, lieu de loisir, lieu public) est semblable dans les communautés culturelles visées et la population québécoise, à l'exception des accidents en milieu de travail ou à l'extérieur de la maison qui sont un peu plus fréquents chez les Québécois.

Les principaux résultats de la présente étude, surtout ceux découlant de la comparaison avec la population québécoise, confirment l'effet de la sélection d'immigrants en bonne santé, une constatation valable autant pour le Canada qu'ailleurs (États-Unis,

Australie). La Loi sur l'immigration du Canada privilégie l'accueil de candidats en bonne santé. Avant même d'être admis au pays, les candidats éventuels sont soumis à un dépistage médical visant à s'assurer qu'ils ne sont atteints d'aucun problème de santé grave. L'*Enquête nationale sur la santé de la population*, réalisée au Canada en 1994-1995, révèle que les immigrants nés ailleurs qu'en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande ou aux États-Unis et établis au pays depuis moins de 10 ans sont plus susceptibles de n'avoir aucun problème de santé chronique que la population canadienne (63 % c. 43 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus) (Chen et autres, 1996). Plusieurs conditions chroniques (troubles articulaires, allergies, maux de tête, asthme, maladies du cœur ou accidents vasculaires cérébraux, bronchite) sont, toutes proportions gardées, moins fréquentes chez ce groupe d'immigrants que chez les Canadiens. Les différences entre les deux populations s'estompent dès que la durée de résidence est supérieure à 10 ans. Les résultats de la présente étude ne corroborent pas ce dernier résultat, même si les individus inclus dans cette catégorie représentent le quart (24 %) de la population visée. Il faut mentionner que la durée de résidence pour ces personnes était d'environ 12 à 13 ans, donc fort probablement inférieure à celle correspondant aux immigrants de vieille date. D'autre part, les « non-Européens » proviennent d'un plus grand nombre de pays que ceux qui ont été ciblés par la présente étude et appartiennent à davantage de communautés culturelles. Cet état de fait n'invalide pas pour autant la comparaison puisque les résultats de la présente étude, fondés sur un nombre restreint de communautés culturelles, attestent des faits déjà observés dans des ensembles plus vastes.

Les données de l'*Enquête Santé Québec 1987* confirmaient ces faits : les immigrants récents (établis au pays depuis 1980) avaient une meilleure santé en général que les Québécois d'origine, tandis que ceux établis avant 1980 ne différaient pas des Québécois de façon significative (Cousineau, 1990a). De la même enquête, il ressortait aussi que pour 85 % des

maladies les immigrants n'éprouvaient pas de problèmes de santé plus souvent que le reste de la population (Cousineau, 1990b). Les deux groupes ne se démarquaient pas clairement au chapitre des maladies cardiovasculaires, des troubles mentaux et des traumatismes, mais les immigrants mentionnaient deux fois moins d'affections des voies respiratoires. Des résultats semblables ont été obtenus aux États-Unis dans le cadre d'une enquête nationale sur la santé menée en 1989-1990 (Stephen et autres, 1994), et en Australie (Donovan et autres, 1992).

Les données de la présente étude révèlent une certaine polarisation dans le sens où les différences entre l'ensemble des communautés culturelles et la population québécoise sont plus marquées aux valeurs « extrêmes » du continuum de l'état de santé. Ainsi, l'absence de problèmes de santé chez les uns contraste avec le cumul de plusieurs problèmes de santé, surtout ceux de longue durée, chez les autres. Il serait alors souhaitable de pousser davantage cette analyse auprès des groupes dont l'état de santé se situe aux antipodes du continuum.

L'étude comparative entre la population visée et celle du Québec, aussi utile soit-elle dans un premier temps, incite à se poser la question suivante : « Est-ce que les différences observées persisteraient si l'on comparait les communautés culturelles aux Québécois résidant dans les mêmes régions que la population visée ? » Ces deux groupes résisteraient mieux à une comparaison puisqu'ils seraient exposés au même environnement, organisationnel ou physique. On sait, par exemple, que la répartition des services de santé des zones urbaines diffère de celle des zones rurales du Québec. Comme le système de santé constitue un déterminant de l'état de santé parmi d'autres, on peut estimer qu'une telle comparaison serait justifiée. Il en va de même pour l'environnement physique : la qualité de l'air, par exemple, est meilleure dans les territoires ruraux que dans les régions urbaines, fortement industrialisées, donc plus polluées.

Bon nombre de relations entre l'état de santé (mesuré par le nombre et la durée des problèmes de santé ou

la nature de ces problèmes) et les caractéristiques de la population visée découlent en bonne partie de l'âge. Il faudrait donc replacer cette analyse dans un contexte multifactoriel et éprouver la persistance des relations observées en présence de plusieurs caractéristiques simultanément (y compris l'âge). Il y aurait encore lieu de fusionner les données de la présente étude et celles concernant l'ensemble du Québec en 1998 et d'approfondir la comparaison entre ces deux populations aussi bien à l'échelle globale qu'à l'échelle de sous-ensembles précis. Les membres des ménages visés nés ici, par exemple, affichent un profil de santé très enviable; serait-ce en raison de leur jeune âge, d'une meilleure intégration au milieu d'accueil que celle de leurs parents ou d'autres facteurs considérés dans le cadre de la présente étude? En outre, les groupes d'immigrants accueillis se répartissent en trois grandes catégories. Celles-ci répondent aux objectifs de l'immigration canadienne, à savoir les indépendants (travailleurs autonomes, investisseurs et retraités détenteurs de capitaux), les parrainés (conjoint, enfants, grands-parents, etc.) et les réfugiés (personnes fuyant les guerres et la persécution). Or, l'expérience migratoire varie considérablement d'une catégorie à l'autre, autant avant le départ du pays d'origine qu'après l'arrivée ici. Donc, au-delà des différences culturelles, il y aurait lieu de s'attarder à une analyse des données en fonction de ces catégories.

La présente analyse porte avant tout sur l'importance des problèmes de santé suivant quelques caractéristiques sociodémographiques de la population visée. D'autres chapitres du présent rapport examinent le recours aux services de santé ou l'utilisation des réseaux informels propres à chaque culture. D'autres études pourraient s'intéresser aux problèmes de santé et à la consommation des médicaments en tenant compte de l'héritage culturel de chacune des communautés visées. Pareille étude de la relation entre les principaux problèmes de santé et les habitudes de vie, les comportements ou la perception de l'état de santé permettrait de mieux définir les actions à entreprendre en matière de promotion de la santé.

L'analyse des problèmes de santé dans la population étudiée a porté sur chaque problème distinct; or, des proportions importantes de personnes des communautés étudiées ayant des caractéristiques particulières (personnes tenant maison, retraitées, sans emploi, immigrants ayant le statut de réfugié ou de parrainé) éprouvent plusieurs problèmes, surtout de longue durée. Il serait alors intéressant d'exploiter les données de l'enquête sous l'angle de la présence simultanée de multiples problèmes.

Établir une comparaison de l'état de santé entre les groupes ethnoculturels visés ne faisait pas partie du plan d'analyse de l'étude. Toutefois, il a été clairement confirmé que le facteur ethnoculturel joue un rôle important pour l'étude des variations notées dans l'état de santé des groupes d'individus. Des écarts intergroupes peuvent s'expliquer par des pratiques alimentaires, croyances diverses, comportements de recherche d'aide, stratégies d'adaptation au stress et modes d'utilisation des services de santé, bref, par l'interaction complexe entre les bagages génétiques et diverses pratiques fondées sur la culture (Palinkas, 1987), et ce, à niveau socioéconomique égal. Dans un tel cadre, il serait souhaitable de réaliser des études comparatives entre les groupes visés par l'étude, dans le but de mieux comprendre les différences ou les similitudes quant aux problèmes de santé abordés ici.

Compte tenu des limites inhérentes à une étude de nature transversale, il serait approprié de réfléchir à la mise en place d'une enquête longitudinale et de rééditer l'étude auprès des mêmes communautés culturelles dans quelques années afin de mieux saisir certains aspects de l'évolution de leur état de santé.

Éléments de réflexion pour la planification

La présente étude est la première au Québec consacrée à des groupes ethnoculturels précis. Ces données amorcent un projet visant à mieux connaître leur état de santé et à répondre en partie au besoin exprimé après la publication des résultats de l'enquête québécoise de 1987. Les données de ce

chapitre fournissent aux planificateurs en matière de santé un premier aperçu des principaux problèmes touchant ces populations. La comparaison avec les données normalisées du Québec en 1998 met en évidence l'écart qui sépare les deux populations et qui favorise les groupes visés. Les critères de sélection imposés par la Loi sur l'immigration canadienne peuvent expliquer bon nombre des écarts observés et surtout le bon état de santé des immigrants. Étant donné que l'étude était consacrée à des cohortes d'immigrants récents, la durée de séjour au pays ne suffisait pas à valider les résultats obtenus ailleurs. En effet, on n'a pas constaté un état de santé variant en fonction de la durée de séjour au pays (pour les personnes qui ne sont pas nées ici). Un séjour prolongé influe sur les immigrants ayant plus de 10 ans dans le pays d'accueil. L'un des défis que doit relever le planificateur en matière de santé est de conserver le bon état de santé des immigrants après leur installation au pays. Les priorités à établir à partir des résultats observés ici ne constituent pas une tâche facile. Pour accroître les chances de réussite du projet, il faudrait intégrer aux programmes de promotion, et ce, depuis leur conception, des éléments propres à chaque groupe ethnoculturel ciblé. Une telle démarche sera fructueuse dans la mesure où les communautés culturelles visées y participeront.

Un deuxième défi consiste à instaurer un système de surveillance de l'état de santé des communautés culturelles, en commençant par celles visées lors de la présente étude, afin d'assurer un suivi dans le temps. À la rigueur, ce système pourrait s'intégrer dans un système plus global, visant l'ensemble de la population québécoise. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, un tel système prend tout son sens à condition qu'il soit alimenté de façon régulière par des données pertinentes provenant de sources fiables. À la limite, il permettrait de comparer l'évolution de l'état de santé des immigrants à celle de la population de leur pays d'origine.

Bibliographie

- CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995, Rapports sur la santé*, Canada, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, vol. 7, n° 4, p. 4-50.
- COUSINEAU, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?* Québec, Les Publications du Québec, 54 p.
- COUSINEAU, D. (1990a). « Étude d'un indice de santé globale chez les immigrants du Québec », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 81, n° 3, p. 187-190.
- COUSINEAU, D. (1990b). « Fréquence et répartition des problèmes de santé chez les immigrants du Québec », *Le Médecin du Québec*, novembre, p. 101-106.
- DONOVAN, J., A. M. D'ESPAIGNET, G. MERTON et M. VAN OMMEREN (ed.) (1992). « Immigrants in Australia: a health profile », Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 264 p. (Collection « *Ethnic Health Series*, n° 1 »).
- HAREL, Y. et autres (1994). « The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4, p. 599-605.
- LEVASSEUR, M., et L. GOULET (2000). « Problèmes de santé » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 13, p. 273-295.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). « Manuel de classification statistique internationale des maladies », *traumatismes et causes de décès*, Genève, vol. 1, 9^e révision, 781 p.
- PALINKAS, L.A. (1987). « A Longitudinal Study of Ethnicity and Disease Incidence », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n° 1, p. 85-108.

ROBITAILLE, Y., et autres (2000). « Accidents avec blessures » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 15, p. 313-332.

STEPHEN, E. H., K. FOOTE, G. E. HENDERSHOT et C. A. SCHOENBORN (1994).« Health of the foreign-born Population: United-States, 1989-90 », *Advance data from Vital and Health Statistics*, Hyattsville, Maryland, National Center for health Statistics, 241, p. 1-10.

VERBRUGGE, L. M., J. M. LEPKOWSKI et Y. IMANAKA (1989). « Comorbidity and Its Impact on Disability », *The Milbank Quarterly*, vol. 67, n^{os} 3-4, p. 450-484.

Classification des problèmes de santé

Étude auprès des communautés culturelles (Enquête sociale et de santé 1998)

| Problème de santé | CIM 9 |
|---|--|
| Troubles mentaux | 290.0 – 316.9 |
| Troubles du sommeil | 780.5 |
| Périodes de grande nervosité | 799.2 |
| Troubles de la thyroïde | 240.0-246.9 |
| Diabète | 250.0-250.9 |
| Hypercholestérolémie | 272.0-272.9 |
| Anémie | 280.0-285.9 |
| Autres maladies du sang | 286.0-289.9 |
| Maux de tête | 346.0-346.9, 784.0 |
| Maladies de l'œil | 360.0-379.9 |
| Maladies de l'oreille | 380.0-389.9 |
| Hypertension artérielle | 401.0-405.9 |
| Maladies cardiaques | 391.0-398.9, 410.0-429.9, 746.9, 785.0-785.2 |
| Grippe | 487.0-487.8 |
| Bronchite ou emphysème | 490.0-492.9 |
| Asthme | 493.0-493.9 |
| Rhinite allergique | 477.0-477.9 |
| Autres affections respiratoires | 460.0-466.1, 470.0-476.9, 478.0-479.9, 480.0-486.9, 494.0-519.9, 784.1, 786.2 |
| Allergies | 995.2, 995.3 |
| Ulcères gastriques | 531.0-533.9 |
| Troubles digestifs fonctionnels | 009.0-009.3, 536.0-536.9, 558.0-558.9, 546.0-564.9, 787.1, 787.3 |
| Autres troubles digestifs | 526.0-530.9, 534.0-535.6, 537.0-557.9, 560.0-562.1, 565.0-577.9 |
| Allergies ou affections cutanées (maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané) | 680.0-709.9, 782.1 |
| Arthrite ou rhumatisme | 711.0-719.9, 725.0-729.9 |
| Maux de dos ou de la colonne (affections des régions du plan dorsal) | 720.0-724.9 |
| Autres maladies du système ostéo-articulaire | 710.0-710.9, 730.0-739.9 |
| Lésions traumatiques et empoisonnements | 800.0-995.1, 995.4-999.9 |
| Troubles de la menstruation ou de la ménopause | 625.0-627.9 |
| Troubles urinaires ou maladies du rein | 580.0-599.9 |
| Allergies | 780.7 |
| Autre | Tout autre code CIM 9, entre 000.0 et 999.9, non inclus dans les 30 catégories précédentes |

