

# Chapitre 17

## Spiritualité, religion et santé chez des immigrants récents : une approche exploratoire

**Hébert Lacombe**

Université du Québec à Trois-Rivières et  
Centre de recherche Fernand-Seguin

**Lucille Pica**

Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec

**May Clarkson**

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

---

### Introduction

Le présent chapitre poursuit la démarche entreprise dans *l'Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998), dans laquelle ont été explorées les relations entre spiritualité, religion et santé — physique et mentale — des Québécois (Clarkson, Pica et Lacombe, 2000). Ces analyses constituaient une première québécoise en ce qui concerne l'exploration, à partir des données d'une enquête auprès de la population en général, des liens entre spiritualité, religion et santé. Dans cette enquête, la religion était définie, de façon opératoire, comme l'adhésion aux croyances et/ou aux pratiques d'une église ou d'une institution religieuse, et la spiritualité comme une recherche de sens et d'appartenance, en relation avec des valeurs fondamentales ou en relation avec un être ou un univers transcendant (Fallot, 1998). On reprend ici les mêmes définitions, qui ont l'avantage de permettre de différencier les deux concepts. Toutefois, alors que la population du Québec en général visée par l'ESS 1998 se déclarait majoritairement d'appartenance religieuse catholique romaine, le présent chapitre permet de rejoindre une population beaucoup plus diversifiée, tant sur le plan de la culture, y inclus les normes, valeurs et idéologies, que sur le plan des croyances ou de l'appartenance religieuse.

Dans diverses cultures, la spiritualité ou la religion jouent un rôle central dans la vie de plusieurs personnes et constituent une dimension importante de l'expérience personnelle (Larson et autres, 1986). Elles peuvent fournir du soutien dans divers aspects de la vie quotidienne, surtout dans les situations difficiles (Tripp-Reimer et Rios, 1995). Dans certains cas, la religion peut servir d'amortisseur de stress psychologique en permettant aux individus de s'adapter ou de faire face aux événements de la vie (Courtenay et autres, 1992; Idler et Kasl, 1992; Koenig et autres, 1992; Williams, 1994). Dans ce sens, elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des individus. Depuis quelques décennies, diverses études épidémiologiques américaines se sont intéressées à cette problématique (Fehring et autres, 1987; Ellison et Levin, 1998). En ce qui concerne plus spécifiquement les immigrants, comme le mentionnent Stolley et Koenig (1997), la religion et l'église (ou le lieu de culte) peuvent constituer, pour le nouvel immigrant, un premier point de contact social.

On trouve toutefois relativement peu de documentation sur la spiritualité, la religion et la santé de différentes communautés culturelles. À ce sujet, une étude critique de Freedman et son équipe (2002) conclut que les résultats de recherches conduites par Larson et autres (1998) ne peuvent être étendus à

d'autres contextes culturels et religieux. La présente étude devrait donc apporter un regard neuf sur les liens entre spiritualité, religion et santé, puisqu'elle s'intéresse à plusieurs cultures et à une variété de croyances et de religions.

À titre d'exemple, la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient compte une forte proportion de musulmans, dont la vie est basée sur les concepts de l'islam, maintenant la seconde religion du monde avec 1,2 milliard d'adeptes (Rashidi et Rajaram, 2001; Schenker, 2000). L'islam signifie paix, soumission totale et obéissance à Dieu (Allah) (Ali, 1992; Sarwar, 1984; Schenker, 2000). L'islam est non seulement une foi, mais aussi une civilisation, une loi, un style de vie, une culture; il ne sépare pas le temporel du spirituel et touche tous les aspects de la vie personnelle et sociale (MAIICC, 1995). À ce titre, il exerce une grande influence sur les activités quotidiennes, incluant les soins de santé (Schenker, 2000). Au Québec, on comptait 44 930 musulmans en 1991, soit environ 35 % de chiites et 65 % de sunnites (Statistique Canada, 1991)<sup>1</sup>. On dénombrait au Québec, en 1991, une trentaine de mosquées, dont une vingtaine à Montréal (MAIICC, 1995). Par ailleurs, on observe également dans la population originaire du Maghreb et du Moyen-Orient qu'il y a une forte proportion de chrétiens, surtout des catholiques.

Dans la culture chinoise, spiritualité et philosophie sont souvent interreliées (Finn et Lee, 1996), et on note une forte influence du confucianisme et du taoïsme (Molassiotis et autres, 2000). Au-delà de ces croyances plus philosophiques que religieuses, les grandes religions chinoises sont le bouddhisme, l'islam et le christianisme. Dans cette communauté, la religion serait plus souvent un appui qu'une source (Sommet, 1981).

Quant aux Haïtiens, leurs croyances et pratiques spirituelles sont influencées par les croyances et les rites des religions afro-caraïbéennes telles que le

vaudou ainsi que par le catholicisme et le protestantisme (Laguerre, 1987; McCarthy, 1991; Metraux, 1959). La croyance primordiale des Haïtiens est basée sur la possibilité pour un individu d'interpeller une puissance supérieure dans le but de trouver solution à ses problèmes (Martin et autres, 1995). Cette croyance leur donnerait la force nécessaire pour faire face aux vicissitudes de la vie (Knox, 1985, 1986). Des études réalisées par Bono (1995) révèlent que les croyances religieuses et culturelles des Haïtiens peuvent grandement influencer la décision d'accepter des soins de santé.

En ce qui concerne les Latino-Américains, des recherches américaines montrent que parmi ceux qui vivent aux États-Unis, la majorité sont chrétiens, soit 85 % à 89 % de catholiques et 9 % à 13 % de protestants (Andrews, 1989; Gallego, 1988; Maldonado, 1995; Markides et Martin, 1983). La plupart d'entre eux fréquentent un lieu de culte chaque semaine (Maldonado, 1994, 1995). Par ailleurs, une étude menée par Levin et Markides (1988) montre que chez les aînés mexicains vivant aux États-Unis, la pratique de la religion est associée à la satisfaction de la vie chez les femmes, mais pas chez les hommes. Enfin, les aînés d'origine cubaine, mexicaine et portoricaine qui ont des contacts fréquents avec la famille et les amis et qui participent aux activités religieuses gèreraient mieux leurs problèmes que ceux qui vivent dans la solitude (Angel et Angel, 1992).

Le présent chapitre vise dans un premier temps à décrire brièvement l'appartenance actuelle à une religion (s'il y a lieu), la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, dans chacun des groupes d'immigrants récents visés par l'étude. Dans un deuxième temps, sans tenir compte de l'appartenance religieuse, on vérifie s'il existe une association entre la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, d'une part, et, d'autre part, certains indicateurs de l'état de santé physique ou psychologique et certaines habitudes de vie.

1. Sur ce plan, on ne dispose pas pour l'instant de données plus récentes. Le recensement canadien de 1996 ne traitait pas de l'appartenance religieuse; quant aux données du recensement de 2001 concernant la religion, elles ne seront disponibles qu'en mai 2003.

## 17.1 Aspects méthodologiques

### 17.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées dans le présent chapitre pour explorer les concepts de spiritualité et de religion sont semblables à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et se trouvent, comme alors, dans le questionnaire autoadministré (QAA); ces questions s'adressent donc aux personnes de 15 ans et plus. On trouve dans la section X (Votre vie en général) deux questions concernant la spiritualité. Une première question (QAA154) vise à évaluer l'importance accordée à la vie spirituelle, et s'énonce de la façon suivante : « Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle... Très importante? Assez importante? Peu importante? Pas importante du tout? » Pour les fins de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en deux catégories, soit très ou assez importante et peu ou pas importante. Une deuxième question (QAA155) tente d'évaluer la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé, et est ainsi formulée : « Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé physique ou mentale? Oui, beaucoup; oui, un peu; non, pas du tout; ne sais pas. »

Les questions concernant la religion et la pratique religieuse se trouvent dans la section XIV (Renseignements démographiques) du QAA. On demande : « Quelle a été la principale religion (ou le principal système de croyances) de votre enfance? » (QAA227); « Quelle est votre religion actuelle (ou votre système de croyances actuel)? » (QAA228). La référence à un « système de croyances » constitue un ajout par rapport aux questions de l'ESS de 1998; on voulait ainsi inclure, par exemple, le confucianisme et le taoïsme, qui ne sont pas à proprement parler des religions. Par ailleurs, comme on le verra plus loin, on a également dichotomisé cette variable afin de distinguer les gens qui déclarent une appartenance religieuse de ceux qui n'en déclarent aucune.

Une autre question (QAA229) porte sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte.

L'énoncé est le suivant : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté un lieu de culte...1) Plus d'une fois par semaine? 2) Une fois par semaine? 3) Plus d'une fois par mois? 4) Plus d'une fois par an? 5) Ne fréquente jamais. » Comme dans l'ESS 1998, ces réponses ont été regroupées en trois catégories mutuellement exclusives, soit plus d'une fois par mois (réponses 1, 2 et 3), une fois par mois ou moins (réponse 4) et jamais (réponse 5).

Tout comme lors de l'ESS 1998, la question portant sur la religion de l'enfance n'est pas traitée dans le présent chapitre, parce que les résultats se sont avérés relativement semblables à ceux de la question portant sur l'appartenance actuelle à une religion ou un système de croyances. En outre, cette dernière question a été jugée plus intéressante dans le cadre d'une étude transversale, puisqu'elle décrit la situation au moment même du déroulement de l'étude.

### 17.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Les questions utilisées sont identiques à celles employées dans l'ESS 1998, et on a procédé aux mêmes regroupements de catégories. Toutefois, la question sur l'appartenance religieuse actuelle de l'ESS 1998 (QAA229) a été légèrement élargie pour les fins de la présente étude (QAA228), afin de tenir compte de systèmes de croyances qui semblent moins s'apparenter à une religion organisée. Afin de permettre la comparaison, les données de l'ESS 1998 ont été standardisées selon l'âge et le sexe; de ce fait, les résultats présentés ici diffèrent de ceux qui ont été présentés dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

### 17.1.3 Portée et limites des données

Les immigrants récents visés par cette étude appartiennent à des cultures très diverses, comme en témoigne en partie l'éventail de leurs croyances et de leurs religions. Toutefois, dans le présent chapitre, on vise à vérifier *sans tenir compte de l'appartenance religieuse* s'il existe des associations entre l'apparte-

nance ou non à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et l'importance accordée à la spiritualité, d'une part, et, d'autre part, certains indicateurs de l'état de santé et certaines habitudes de vie. En d'autres termes, on veut voir s'il y a une association entre ces variables et l'état de santé indépendamment des valeurs, normes ou habitudes de vie qui pourraient être associées à l'une ou l'autre religion. Ce faisant, on évite toute comparaison entre les religions, mais il est évident que l'analyse peut y perdre en nuances.

Par ailleurs, le pourcentage de non-réponse partielle à chacune des variables d'analyse est inférieur à 10 %.

## 17.2 Résultats

### 17.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 17.1 présente l'appartenance religieuse actuelle selon la région d'origine. Comme on pouvait s'y attendre, les quatre groupes d'immigrants récents

visés par l'étude présentent sur ce plan des profils variés. Par exemple, une forte proportion (environ 57 %) des personnes originaires de la Chine disent n'appartenir actuellement à aucune religion et 23 % d'entre elles sont bouddhistes; quant aux Haïtiens, ils sont majoritairement chrétiens, soit catholiques (approximativement 50 %) ou protestants (40 %) de diverses dénominations. Chez les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, environ 46 % appartiennent à l'islam, 33 % sont catholiques et environ 14 % sont orthodoxes; quant aux hispanophones, près des deux tiers d'entre eux (66 %) sont catholiques, environ 16 % sont protestants et 13 % disent n'appartenir actuellement à aucune religion. À titre de comparaison, on trouve dans la population de l'ensemble du Québec une majorité (environ 77 %) de catholiques, 16 % qui disent n'appartenir à aucune religion et quelque 8 % regroupant l'ensemble des autres religions d'appartenance (données standardisées, non présentées).

Tableau 17.1

#### Religion actuelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Aucune	Catholique	Protestante	Islamique	Bouddhiste	Orthodoxe	Autres
	%						
Chine	56,5	5,7*	8,2*	-	23,3	0,6**	5,6*
Haïti	5,4**	49,8	40,0	-	-	-	4,9**
Maghreb et Moyen-Orient	2,1**	33,4	0,8**	46,1	-	13,9*	3,6**
Pays hispanophones	13,0	65,5	15,5	-	-	-	6,0*
<b>Total</b>	<b>12,8</b>	<b>39,6</b>	<b>11,2</b>	<b>21,8</b>	<b>3,3*</b>	<b>6,7</b>	<b>4,6*</b>

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

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

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

En ce qui concerne la fréquentation d'un lieu de culte (tableau 17.2), environ 49 % des immigrants récents visés par l'étude, comparativement à 21 % seulement de l'ensemble des Québécois, fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois. Cette fréquentation régulière d'un lieu de culte est surtout le fait des personnes originaires d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que des pays hispanophones. Par contre, chez les immigrants récents d'origine chinoise, environ 56 % disent qu'ils ne fréquentent jamais un lieu de culte, alors que cette proportion est de

quelque 29 % dans l'ensemble des communautés culturelles visées et de 34 % dans la population du Québec en général. La fréquentation d'un lieu de culte varie aussi selon la religion professée (tableau 17.3); elle est particulièrement élevée chez les chrétiens protestants, parmi lesquels environ 84 % disent fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois. Parmi les personnes qui n'appartiennent à aucune religion, 79 % environ ne fréquentent jamais un lieu de culte.

Tableau 17.2

**Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998**

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%		
Chine	20,9	22,9	56,2
Haïti	66,7	18,4	14,9*
Maghreb et Moyen-Orient	49,3	21,8	28,9
Pays hispanophones	54,0	24,3	21,6
<b>Total – Communautés culturelles</b>	<b>49,0</b>	<b>22,1</b>	<b>28,9</b>
Québec 1998 (données standardisées)	20,5	45,9	33,6

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

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

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

Tableau 17.3

**Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la religion actuelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%		
Aucune	2,8**	18,6*	78,6
Catholique	63,6	26,5	9,8*
Protestante	83,6	11,3**	5,0**
Islamique	24,2*	19,3*	56,5
Bouddhiste	22,2**	40,7**	37,1**
Orthodoxe	71,4	25,5**	3,1**
Autres	69,1	10,9**	20,0**

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

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

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

Sur le plan de l'importance accordée à la vie spirituelle (tableau 17.4), les immigrants récents visés par l'étude sont proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des Québécois (approximativement 75 % contre 62 %) à dire qu'ils considèrent la vie spirituelle comme « très » ou « assez » importante. Chez les personnes d'origine chinoise, environ une personne sur deux (49 %) est de cet avis, alors que la même opinion est partagée par environ quatre personnes sur cinq dans chacune des trois autres communautés.

En ce qui concerne la croyance en un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale (tableau 17.5), environ 47 % des immigrants récents visés par l'étude pensent que leur vie spirituelle a un effet positif sur leur santé dans une large mesure (beaucoup), comparativement à 33 % pour l'ensemble du Québec. Chez les personnes d'origine chinoise, cette opinion semble moins répandue, puisque environ 20 % d'entre elles seulement sont de cet avis.

Tableau 17.4

**Importance accordée à la vie spirituelle selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998**

	Très ou assez importante	Peu ou pas importante
	%	
Chine	48,6	51,4
Haïti	83,9	16,1
Maghreb et Moyen-Orient	77,4	22,6
Pays hispanophones	80,9	19,1
<b>Total – Communautés culturelles</b>	<b>75,3</b>	<b>24,7</b>
Québec 1998 (données standardisées)	61,7	38,3

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

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

Tableau 17.5

**Croyance en un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998**

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
	%			
Chine	20,3	40,2	21,1	18,3
Haïti	51,2	24,9	15,6	8,4*
Maghreb et Moyen-Orient	48,6	30,8	13,7*	6,9*
Pays hispanophones	55,0	23,5	13,3	8,3*
<b>Total – Communautés culturelles</b>	<b>46,6</b>	<b>29,5</b>	<b>14,9</b>	<b>9,1</b>
Québec 1998 (données standardisées)	33,3	33,7	22,6	10,4

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

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

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

Si l'on considère l'importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe (tableau 17.6), on constate que les femmes appartenant aux communautés culturelles visées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante (81 % c. 69 %), ce qui est vrai aussi dans l'ensemble du Québec (69 % c. 54 %). Par ailleurs, chez les immigrants récents étudiés, tant les hommes que les femmes sont proportionnellement plus nombreux que les Québécois et Québécoises en général à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante.

Lorsqu'on considère l'âge, aucune différence significative sur ce plan n'a été constatée dans les communautés culturelles, alors que dans l'ensemble du Québec, on remarque que l'importance accordée à la vie spirituelle augmente avec l'âge, passant d'environ 44 % chez les 15-24 ans à 75 % chez les personnes de 45 ans et plus.

En ce qui a trait à la fréquentation d'un lieu de culte (tableau 17.7), selon le sexe, on observe chez les hommes des communautés visées une propension plus importante que chez les femmes à déclarer n'avoir jamais fréquenté un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois (33 % c. 25 %).

Lorsqu'on considère l'âge, on remarque que les individus de 45 ans et plus des communautés visées par l'étude sont significativement plus nombreux, en proportion, que ceux âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois (57 % c. respectivement 48 % et 45 %). Quant au Québec dans son ensemble, on constate que la fréquentation d'un lieu de culte plus d'une fois par mois augmente avec l'âge, passant d'environ 10 % chez les 15-24 ans à 39 % chez les 45 ans et plus.

Tableau 17.6

**Importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998**

	Très ou assez importante	Peu ou pas importante
	%	
	Sexe	
Communautés culturelles		
Hommes	69,3	30,7
Femmes	81,1	18,9
Québec 1998 (données standardisées)		
Hommes	54,4	45,6
Femmes	68,7	31,3
	Âge	
Communautés culturelles		
15-24 ans	72,7	27,3
25-44 ans	76,2	23,8
45 ans et plus	75,6	24,4
<b>Total</b>	<b>75,3</b>	<b>24,7</b>
Québec 1998 (données standardisées)		
15-24 ans	43,9	56,1
25-44 ans	62,4	37,6
45 ans et plus	75,0	25,0
<b>Total</b>	<b>61,7</b>	<b>38,3</b>

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

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

Tableau 17.7

**Fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998**

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%		
	Sexe		
Communautés culturelles			
Hommes	45,4	21,5	33,1
Femmes	52,5	22,7	24,9
Québec 1998 (données standardisées)			
Hommes	18,2	44,9	36,9
Femmes	22,7	46,9	30,4
	Âge		
Communautés culturelles			
15-24 ans	48,2	23,4	28,4
25-44 ans	45,2	23,0	31,8
45 ans et plus	57,3	19,1	23,6
<b>Total</b>	<b>49,0</b>	<b>22,1</b>	<b>28,9</b>
Québec 1998 (données standardisées)			
15-24 ans	10,4	47,6	42,0
25-44 ans	15,9	50,2	34,0
45 ans et plus	38,5	35,8	25,6
<b>Total</b>	<b>20,5</b>	<b>45,9</b>	<b>33,6</b>

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

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

### 17.2.2 Associations entre l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte et certaines dimensions de l'état de santé ou de bien-être

En ce qui concerne la perception de l'état de santé, la mesure des symptômes anxiodépressifs (SCL-25) et l'usage de la cigarette, les croisements avec l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte n'ont pas été retenus pour l'analyse car aucune association significative n'avait été observée avec ces variables, contrairement à ce qu'on avait pu noter dans la population de l'ensemble du Québec lors de l'ESS 1998.

Le tableau 17.8 porte sur le mode de consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle. Chez les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, on trouve une plus faible proportion de buveurs actuels que chez celles qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (45 % c. 58 %).

Tableau 17.8

**Mode de consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Abstinentes	Anciens buveurs	Buveurs actuels
	%		
Très ou assez importante	49,7	5,7*	44,6
Peu ou pas importante	39,5	3,1**	57,5

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

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

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

Le tableau 17.9 concerne la satisfaction quant à la vie sociale selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois. Les personnes qui accordent de l'importance à la vie spirituelle (très ou assez) tendent à être proportionnellement plus nombreuses que les autres à se dire très satisfaites de leur vie sociale (28 % c. 19 %).



On note par ailleurs une plus grande proportion de personnes très satisfaites de leur vie sociale chez celles qui fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois que chez celles qui fréquentent un tel lieu une fois par mois ou moins, ou jamais (31 % c. 19 % et 19 % respectivement).

Le tableau 17.10 porte sur la satisfaction face à la vie en général, toujours selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte. La satisfaction face à la vie en général est considérée comme un bon indicateur de bien-être psychologique.

On constate que les immigrants récents visés par l'étude qui accordent peu ou pas d'importance à la vie spirituelle sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui lui accordent de l'importance à se dire insatisfaits de leur vie (environ 31 % c. 15 %); par ailleurs, quelque 28 % des personnes qui ne fréquentent jamais un lieu de culte se disent insatisfaites de leur vie, comparativement à 15 % environ de celles qui fréquentent un lieu de culte plus d'une fois par mois.

Tableau 17.9

**Satisfaction quant à la vie sociale selon l'importance accordée à la vie spirituelle et la fréquentation d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Très satisfait	Plutôt satisfait %	Insatisfait
Importance accordée à la vie spirituelle			
Très ou assez importante	28,5	56,5	15,0
Peu ou pas importante	19,2	58,7	22,1
Fréquentation d'un lieu de culte			
Plus d'une fois par mois	30,5	55,1	14,4
Une fois par mois ou moins	19,2*	65,2	15,6*
Jamais	18,5	58,6	22,9

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

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

Tableau 17.10

**Satisfaction face à la vie en général selon l'importance accordée à la vie spirituelle et selon la fréquentation d'un lieu de culte, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Très satisfait	Plutôt satisfait %	Insatisfait
Importance accordée à la vie spirituelle			
Très ou assez importante	60,2	24,4	15,4
Peu ou pas importante	49,7	19,1	31,3
Fréquentation d'un lieu de culte			
Plus d'une fois par mois	61,0	24,5	14,6
Une fois par mois ou moins	56,1	23,8	20,1
Jamais	53,7	18,6	27,6

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Même si les profils d'appartenance religieuse diffèrent fortement selon les quatre groupes d'immigrants récents étudiés, la majorité de ces derniers déclarent une appartenance religieuse.

Si on les considère dans leur ensemble, les personnes des communautés culturelles visées par l'étude sont proportionnellement plus nombreuses que celles de l'ensemble du Québec à accorder de l'importance à la vie spirituelle, à croire en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois au cours d'une période de 12 mois. Si l'on tient compte de la région d'origine, cela se vérifie pour les personnes originaires d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient, ainsi que des pays hispanophones. La population d'origine chinoise présente sur ce plan un profil différent, sans doute lié au fait que près de 57 % des immigrants de cette communauté ne déclarent aucune appartenance religieuse.

Tant dans les communautés visées que pour l'ensemble du Québec, les femmes sont plus portées que les hommes, en proportion, à accorder de l'importance à la vie spirituelle.

Par ailleurs, dans les communautés visées, l'importance accordée à la vie spirituelle n'est pas associée à l'âge comme c'est le cas dans la population de l'ensemble du Québec. Quant à la fréquentation régulière d'un lieu de culte, elle est proportionnellement davantage le fait des personnes de 45 ans et plus que de leurs cadets, tant de 15-24 ans que de 25 à 44 ans.

L'étude révèle également que les personnes des communautés culturelles qui disent accorder de l'importance à la vie spirituelle sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage d'alcool. Par ailleurs, celles qui accordent de l'importance à la vie spirituelle ou qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement plus nombreuses à être très

satisfaites de leur vie sociale. Sur le plan de la satisfaction face à la vie en général, on note une proportion plus élevée de personnes insatisfaites de leur vie parmi celles qui accordent peu ou pas d'importance à la vie spirituelle et parmi celles qui ne fréquentent jamais un lieu de culte, comparativement à celles qui fréquentent un tel lieu de façon régulière (plus d'une fois par mois).

Bien que fort succincts, ces quelques éléments tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle la spiritualité, au même titre que les diverses composantes du soutien social, peut favoriser le bien-être psychologique, dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse ou de l'atténuer (Clarkson et autres, 2000). En outre, la fréquentation d'un lieu de culte peut constituer pour l'immigrant, comme le soutiennent Stolley et Koenig (1997), un premier point de contact social, et faciliter en ce sens l'intégration à un nouveau milieu.

D'autres études tendent à confirmer les observations effectuées dans ce chapitre. Aux États-Unis, le lien entre la religion et la satisfaction face à la vie a été documenté chez les Afro-Américains et les hispanophones (Stolley et Koenig, 1997). Au Canada, les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996* montrent que les jeunes immigrants récents attachent plus d'importance à la religion que les jeunes nés au Canada. De plus, ils ont moins tendance à consommer de l'alcool ou à fumer des cigarettes que leurs homologues de l'ensemble du Canada (Conseil canadien de développement social, 2000). Au Québec, les personnes de 15 ans et plus qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette, à consommer de l'alcool ou de la drogue, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (Clarkson et autres, 2000).

Par ailleurs, une étude qualitative qui a eu lieu récemment à Calgary auprès de 42 femmes

immigrantes s'est intéressée à la perception de la santé et aux expériences liées à la santé chez ces femmes. Cette étude a permis de constater que, selon elles, la spiritualité et la pratique religieuse sont des ressources importantes au regard de la santé, au même titre que le soutien familial et les interactions sociales. De fait, elles considèrent la spiritualité et la religion comme des sources de réconfort et de force qui leur apportent de l'espoir et leur permettent d'accepter leurs problèmes de santé (Meadows et autres, 2001).

Quant au profil différent des Chinois, il est peut-être en partie lié à la période de répression de la religion pendant la présidence de Mao-Tsé-Toung. Après sa mort en 1976, on remarque en Chine une ouverture dans les attitudes envers la religion (Parrinder, 1983). Selon la présente étude, environ quatre immigrants récents d'origine chinoise sur dix appartiennent à une religion, dont la moitié seraient bouddhistes. À Toronto, les organismes bouddhistes sont reconnus pour l'aide qu'ils fournissent aux immigrants; ils facilitent l'intégration sociale et économique et deviennent dans certains cas des lieux privilégiés d'interaction sociale et de vie communautaire (McLellan, 2002).

Les résultats de la présente étude tendent à confirmer que la spiritualité et la pratique religieuse peuvent dans certains cas faciliter l'intégration sociale et contribuer au bien-être psychologique des immigrants récents. Il faudrait toutefois des études plus poussées, afin de vérifier les associations entre ces variables et d'autres indicateurs de santé physique et mentale, ainsi qu'avec le recours aux soins et services. Une étude longitudinale pourrait également permettre de mieux appréhender le rôle joué par les valeurs spirituelles ou religieuses lors de l'adaptation à un nouveau milieu.

### **Éléments de réflexion pour la planification**

Dans l'ensemble, les résultats de ce chapitre soulignent que la spiritualité et la religion ont une grande importance pour bon nombre d'immigrants récents. Par ailleurs, diverses études insistent sur le

rôle de la spiritualité ou de la religion, ainsi que du soutien social et familial, pour se maintenir en santé ou faire face à la maladie, et ce, tant chez les immigrants que dans la population en général (Calgary Health Region Spiritual Care/Learning and Development, 2001; Gelfand et autres, 2001; Rajaram et Rashidi, 1999; Ali, 1996; Luna, 1994). Les intervenants dans le domaine de la santé devraient pouvoir, au besoin, reconnaître la dimension spirituelle comme une source possible de soutien psychosocial pour certains de leurs patients (Feher et Maly, 1999). En outre, une connaissance plus approfondie des croyances religieuses ou spirituelles de divers groupes ethniques, dans la mesure où ces croyances ont un impact sur le bien-être physique et psychologique, permettrait de mieux planifier et de faciliter l'intervention (Stolley et Koenig, 1997).

### **Bibliographie**

- ALI, N. S. (1996). « Providing Culturally Sensitive Care to Egyptians with Cancer », *Cancer Practice*, vol. 4, n° 4, p. 212-215.
- ALI, S. R. (1992). *Islam and Muslims*. Dubai, UAE, Discover Islam Publication, 25 p.
- ANDREWS, J. (1989). *Poverty and poor health among elderly Hispanic Americans*. New York, Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 61 p.
- ANGEL, J. L., et R. J. ANGEL (1992). « Age at migration, social connections, and well-being among elderly Hispanics », *Journal of Aging and Health*, vol. 4, n° 4, p. 480-499.
- BONO, F. A. (1995). *The role of patient's religion in the healthcare setting*. [En ligne].  
<http://www.gellerman.usc>.

CALGARY HEALTH REGION SPIRITUAL CARE/LEARNING AND DEVELOPMENT (2001 – site Internet). « *Your health: Spirituality and Health* ». [En ligne].

<http://www.crha-health.ab.ca/hlthconn/items/spirithealth.htm>

CLARKSON, M., L. PICA et H. LACOMBE (2000). « Religion, spiritualité et santé : une analyse exploratoire » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 29, p. 603-626.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (2000 – site Internet). « *Les jeunes immigrants au Canada. Les caractéristiques de mode de vie des jeunes immigrants* ». [En ligne].

<http://www.ccsd.ca/francais/pubs/2000/iy/mode.htm>.

COURTENAY, B. C., L. W. POON, P. MARTIN, et G. M. CLAYTON (1992). « Religion, Spirituality and Health Among Elderly African Americans and Hispanics » dans STOLLEY et KOENIG (1997), *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 35, n° 11, p. 32-38.

ELLISON, C. G., et J. S. LEVIN (1998). « The religion-health connexion: evidence, theory, and future directions », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 700-720.

FALLOT, R. D. (1998). « The place of spirituality and religion in mental health services », *New Directions for Mental Health Services*, n° 80, p. 3-12.

FEHER, S., et C. R. MALY (1999). « Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith », *Psycho-Oncology*, vol. 8, n° 5, p. 408-416.

FEHRING, R., P. BRESMAN et M. KELLEX (1987). *Psychological and spiritual well-being in college students*. *Research in Nursing and Health*, vol. 10, n° 6, p. 391-398.

FINN, R. H., et S. M. LEE (1996). « Transcultural Nurses Reflect on Discoveries in China Using Leininger's Sunrise Model », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 7, n° 2, p. 21-27.

FREEDMAN, O., S. ORENSTEIN, P. BOSTON, T. AMOUR, J. SEELY, et B. M. MOUNT (2002). « Spirituality, religion, and Health: a Critical Appraisal of the Larson Reports », *Annales du collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*, vol. 35, n° 2, p. 90-93.

GALLEGO, D. T. (1988). « Religiosity as a coping mechanism among Hispanic elderly » dans SOTOMAYOR, M., et H. CURIEL (eds), *Hispanic elderly: a cultural signature*, Edinburg, Tex., Pan American University Press, 270 p.

GELFAND, D. E., H. BALCAZAR, J. PARZUCHOWSKI et S. LENOX (2001). « Mexicans and care for the terminally ill: family, hospice and the church », *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 18, n° 6, p. 391-396.

IDLER, E. L., et S. V. KASL (1992). « Religion, disability, depression, and the timing of death », *American Journal of Sociology*, vol. 97, p. 1052-1079.

KNOX, D. (1985-1986). « Spirituality: A tool in the assesment and treatment of black alcoholics and their families », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 2, n° 3-4, p. 31-44.

KOENIG, H. G., H. J. COHEN et D. G. BLAZER (1992). « Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 1693-1700.

LAGUERRE, M. (1987). *Afro-Caribbean folk medicine*. South Hadley, Mass., Bergin et Garvey, 120 p.

- LARSON, D. B., M. PATTISON., D. G. BAZER., A. R. OMRAN et B. H. KAPLAN., (1986). « Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1979-1982 », *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 3, p. 329-334.
- LEVIN, J. S., et K. S. MARKIDES (1988). « Religious attendance and subjective health », *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 25, p. 31-40.
- LUNA, L. (1994). « Care and cultural context of Lebanese Muslim Immigrants: Using Leininger's Theory », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 5, no 2, hiver, p. 12-20.
- MALDONADO, D. (1994). « Religiosity and religious participation among Hispanic elderly », *Journal of Religious Gerontology*, vol. 9, n° 1, p. 41-60.
- MALDONADO, D. (1995). « Religion and persons of color » dans KIMBLE, MELVIN, S. ELLOR et J. W. MCFADDEN, *Aging, spirituality and religion: a handbook*, Minneapolis, Fortress Press, 637 p.
- MARKIDES, K. S., et H. W. MARTIN (1983). *Older Mexican Americans: a study in an urban barrio*, Austin, Tex., Center for Mexican American Studies, University of Texas at Austin, 139 p.
- MARTIN, M. A., P. RISSMILLER. et J. A. BEAL (1995). « Health-Illness Beliefs and Practices of Haitians with HIV Disease Living in Boston », *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, vol. 6, n° 6, p. 45-53.
- MCCARTHY, K. (1991). *Mama Lola: a voodoo priestess in Brooklyn*, Berkeley, CA, University of California Press, 405 p.
- MCLELLAN, J. (2002 – site Internet). « *Buddhism in the Multicultural context of Toronto, Canada: Local Communities, Global Networks* ». [En ligne]. <http://alcor.concordia.ca/~csaa1/porter/lectures/JaneMcLellan.html>.
- MEADOWS, L. M., W. E. THURSTON et C. MELTON (2001). « Immigrant Women's Health », *Social Science and Medicine*, vol. 52, p. 1451-1458.
- MÉTRAUX, A., (1959). *Voodoo in Haiti*, London, Andre Deutsch, 400 p.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES INTERNATIONALES, DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (1995). *Profils des principaux groupes religieux du Québec*, Publications du Québec, Sainte-Foy, 191 pages.
- MOLASSIOTIS, A., C. W. CHAN., B. M. YAM et S. J. CHAN (2000). « Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers », *Support Care Cancer*, vol. 8, n° 5, p. 414-422.
- PARRINDER, E. G. (1983). *World Religions: from ancient history to the present*, New York, N.Y., Facts on File, 528 p.
- RAJARAM, S. S. et A. RASHIDI (1999). « Asian-Islamic Women and Breast-Cancer Screening: A socio-cultural analysis », *Women and Health*, vol. 28, n° 3, p. 45-59.
- RASHIDI, A. et S. S. RAJARAM (2001). « Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US hospitals », *Holistic Nursing Practice*, vol. 16, p. 55-64.
- SARWAR, G. (1982). *Islam, beliefs and teachings*, London, the Muslim Educational Trust, 236 p.
- SCHENKER, J.G., (2000). « Women's reproductive health: Monotheistic religious perspectives », *Journal of Gynaecological Obstetric*, vol. 70, n° 1, p. 77-86.
- SOMMET, J., (1981). « Dialogue avec les Chinois : Frères d'ailleurs et de maintenant », *Études*, juillet, p. 17-24.

STATISTIQUE CANADA, (1993). *Recensement et données démographiques de 1991*, Catalogue 93-319.

STOLLEY, J.M. et H. KOENIG (1997). « Religion/Spirituality and Health Among Elderly African Americans and Hispanics », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 35, n° 11, p. 32-38.

TRIPP-REIMER, T., et J. RIOS (1995). « Cultural dimensions in gerontological nursing » dans STANLEY, M., et P. G. BEARE (eds), *Gerontological Nursing*, Philadelphia, F.A. Davis, 568 p.

WILLIAMS, D. R. (1994). « Measurement of religion in epidemiologic studies » dans J.S. Levin (ed.), *Religion in aging and health: theoretical foundations and methodological frontiers*, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 253 p.