



Santé
Canada

Health
Canada

Recherche sur l'immigration et la santé au Canada



Un aperçu

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Also available in English under the title:

Canadian Research on Immigration and Health: An Overview

Le présent rapport a été rédigé à la demande de Santé Canada par Dianne Kinnon, de Kinnon Consulting.

Les opinions exprimées ici sont celles de l'auteure et des collaborateurs et ne reflètent pas nécessairement les vues et les politiques officielles de Santé Canada.

Cette publication s'inscrit dans le cadre de la participation de Santé Canada au projet Metropolis.



Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications

Santé Canada

Localisateur postal : 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995

Télec. : (613) 941-5366

Courriel : info@www.hc-sc.gc.ca

Cette publication est également disponible sur Internet à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/metropolis/>

Elle est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

©Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

N° de catalogue : H21-149/1999F

ISBN : 0-662-84096-8

Table des matières

Avant-propos	v
Résumé	vii
1 Introduction	1
Le projet Metropolis	3
Participation de Santé Canada	3
Objet du présent document	5
Données démographiques et tendances	6
2 Démarche de l'étude	9
Aperçu	11
Étendue de la recherche documentaire	11
Classement et analyse	13
Limites de la recherche	13
3 Résultats	15
Aperçu	17
État de santé	23
Recherche sur la santé de la population	28
Soutien et renouvellement du système de santé	44
Gestion des risques pour la santé	49
4 Conclusion	51
Aperçu des conclusions	53
Orientations futures au niveau de la recherche	58
Conclusion	59
Bibliographie	61
Annexes	75
A. Stratégie de recherche en bibliothèque	77
B. Sources de documents	79
C. Travaux effectués par les centres d'excellence pour la recherche sur l'immigration et l'intégration dans le domaine de la santé au mois de mars 1999	81

Avant-propos

Après avoir consulté le Groupe de travail Metropolis de Santé Canada (GTMSC) et les principaux chercheurs en santé des Centres d'excellence Metropolis, il a été décidé de recenser les travaux de recherche dans le domaine de la santé qui répondent aux intérêts stratégiques du projet Metropolis et de Santé Canada. Il s'agit d'une première tentative visant à déterminer les orientations et l'action, comme les domaines où il faut mener d'autres recherches, la synthèse des recherches actuelles ou l'expansion et la reprise des études existantes.

D'août à octobre 1998, Dianne Kinnon, de la firme Kinnon Consulting, a recensé les travaux de recherche pour le compte de Santé Canada. En raison de contraintes temporelles, elle s'est limitée aux études canadiennes rédigées en français et en anglais, de 1990 à ce jour. M^{me} Kinnon a recensé les travaux de recherche subventionnés par le gouvernement fédéral terminés ou en cours, dont les recherches menées dans le cadre du projet Metropolis, les articles sur les résultats de recherches universitaires et les projets de recherche effectués par certains organismes communautaires.

Fruit de longues consultations et d'un examen exhaustif, le rapport expose les résultats de cette recension. La version préliminaire a été présentée à une réunion des chercheurs en santé du projet Metropolis et des membres du GTMSC, en octobre 1998. Cette rencontre a donné l'occasion aux participants de se familiariser avec la recension, de formuler des commentaires et d'en discuter. De façon particulière, on les a invités à mettre à jour les études omises et à se prononcer sur les résultats de la recension et sur les travaux qui devront suivre. Les commentaires ont été très positifs et portaient essentiellement sur l'utilité des résultats pour l'établissement des priorités de l'année prochaine. La réunion a permis avant tout de recommander la présentation du rapport à la Troisième conférence annuelle Metropolis de janvier 1999, qui avait lieu à Vancouver.

À la suite de la réunion d'octobre 1998, on a réexaminé le rapport et on s'est préparé à le présenter au premier atelier sur la santé de la Conférence nationale Metropolis. L'atelier était conçu de façon à ce que la présentation de la recension des travaux de recherche soit suivie des commentaires des conférenciers représentant les chercheurs, les praticiens et les décideurs.

Il importe de remercier tout particulièrement Isabel Dyck, du Centre d'excellence de Vancouver, pour avoir organisé l'atelier sur place, Dianne Kinnon, pour sa présentation de la recension des travaux de recherche, et les quatre répondants suivants, pour leurs commentaires sur les répercussions de la recherche : le D^r Samuel Noh, du Centre d'excellence de Toronto, Vera Radyo, de Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of B.C., Tricia Braidwood-Looney, du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, et Elaine Scott, du bureau régional de C.-B./Yukon de Santé Canada. Beaucoup de gens ont participé à l'atelier et la discussion qui a suivi a permis de déterminer quelles recherches pourraient être ajoutées à la recension.

Le rapport final a été rédigé en tenant compte, dans la mesure du possible, des suggestions formulées lors de la Conférence de Vancouver. Cette publication est le résultat du travail et de la collaboration de nombreuses personnes, notamment les chercheurs en santé du projet Metropolis et les membres du Groupe de travail Metropolis de Santé Canada. L'auteure remercie tout spécialement Carol Silcoff, Nancy Hamilton et Lucie Charron de Santé Canada pour avoir administré le projet.

Résumé

Le présent document a pour objectif de présenter un aperçu de la recherche effectuée au Canada sur des sujets liés à la santé des immigrants. Il examine un vaste éventail de questions regroupées sous les trois grands champs d'intérêt de Santé Canada, soit la promotion de la santé de la population, le soutien et le renouvellement du système de santé, et la gestion des risques pour la santé.

La majeure partie de la recension des travaux de recherche a été effectuée d'août à octobre 1998. Au début de 1999, on y a ajouté quelques documents qui avaient été recommandés. On y a inclus des travaux de recherche subventionnés par le gouvernement fédéral et des articles rapportant des résultats de travaux universitaires. En raison de contraintes de temps et de ressources, la recherche documentaire a surtout porté sur les grandes études relatives aux politiques nationales qui ont été publiées de 1990 jusqu'à aujourd'hui.

La recension a permis de cerner un certain nombre de thèmes principaux et de lacunes dans les travaux de recherche sur la santé relatifs à l'immigration, notamment les suivants :

- une prédominance des documents sur les déterminants et de la santé (comparativement à la gestion des risques pour la santé, et au soutien et au renouvellement du système de santé), même s'il existe d'importantes lacunes sur le plan des connaissances;
- la preuve qu'il faut considérer l'expérience de l'immigration comme un déterminant de la santé en soi;
- la nécessité de mener davantage d'analyses comparatives entre les sexes dans le cadre des recherches sur la santé des immigrants;
- la possibilité d'élargir la portée des recherches en ce qui a trait au soutien et au renouvellement du système de santé;
- la nécessité d'obtenir le point de vue des immigrants sur la gestion des risques pour la santé;
- le peu d'attention que l'on accorde aux forces des immigrants ou à leur effet positif sur le système de santé;
- la nécessité de mettre l'accent sur les sous-populations d'immigrants.

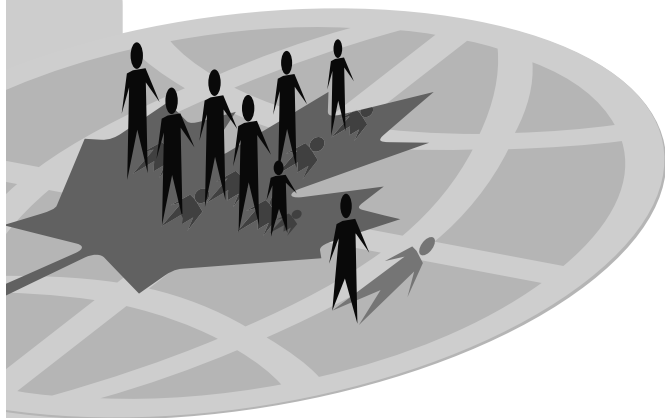
Les résultats de la recherche documentaire ont abouti à des recommandations concernant la synthèse des recherches, un examen approfondi de la documentation et l'exploration de nouveaux sujets de recherche liés à la santé des immigrants.

Les annexes comprennent une liste des termes utilisés pour la recherche documentaire, une liste des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont été sollicités et une liste annotée des travaux de recherche en santé entrepris par les Centres d'excellence Metropolis.

1

Introduction





Le projet Metropolis

Le projet Metropolis est un projet international d'une durée de six ans dont le but était d'accroître les capacités des gouvernements à prendre des décisions fondées sur la preuve en matière de politiques d'immigration et d'établissement des immigrants. Au Canada, le projet Metropolis, mis en œuvre par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), est le fruit d'un partenariat entre le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et huit ministères du gouvernement fédéral, dont Santé Canada et CIC.

L'objectif du projet Metropolis est de favoriser et de soutenir des recherches sur l'immigration et l'intégration qui soient à la fois applicables à l'élaboration des politiques, centrées sur l'aspect urbain, comparatives et multidisciplinaires. Metropolis est un partenariat entre les intervenants qui jouent un rôle crucial dans la recherche sur les politiques en matière d'immigration. Pour profiter de la profusion de connaissances et d'expertises en émergence et favoriser le transfert des connaissances nécessaires à l'élaboration stratégique des politiques, Metropolis fait appel au milieu de la recherche, aux universités canadiennes, aux groupes de réflexion et aux organismes communautaires.

Dans le cadre du projet Metropolis, quatre Centres universitaires d'excellence ont été mis sur pied, soit à Montréal, à Toronto, à Edmonton et à Vancouver, pour permettre d'effectuer des recherches applicables à l'élaboration des politiques sur les effets de l'immigration dans le contexte général des grandes villes. Les centres étudient les effets de l'immigration de deux points de vue différents : celui des immigrants et celui des collectivités ou des villes qui les accueillent.

Dans les centres, la recherche est regroupée en volets comme, par exemple, la citoyenneté et la culture, l'économie, l'éducation, l'infrastructure physique, les politiques et les services publics, de même que la société. La santé constitue un domaine distinct dans deux des quatre centres, qui subventionnent des recherches sur la santé dans le cadre de leurs autres travaux et dans des projets bien précis.

Participation de Santé Canada

Santé Canada a créé un Groupe de travail sur Metropolis afin d'aiguiller sa participation à ce projet. Le Groupe de travail comprend des membres du personnel aux échelons national et régional de quatre directions générales de Santé Canada. La Division du Programme national de recherche et de développement en matière de santé de la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité en assure la coordination.

Le Groupe de travail de Santé Canada assume un certain nombre de responsabilités, notamment : établir les objectifs stratégiques du Ministère et ses intérêts en matière de politiques relativement à Metropolis et les faire connaître aux Centres Metropolis;

favoriser les occasions de collaboration entre les chercheurs, les décideurs et les autres intervenants; et créer ou découvrir les mécanismes et les occasions permettant de faire connaître aux décideurs de Santé Canada les résultats des travaux de recherche effectués sous l'égide de Metropolis.

Les intérêts en matière de politiques de Santé Canada relativement au projet Metropolis s'articulent autour de trois de ses sphères d'activité et centres d'intérêts :

- promotion de la santé de la population
- soutien et renouvellement du système de santé
- gestion des risques pour la santé.

Promotion de la santé de la population

Cette sphère d'activité correspond à une démarche axée sur la santé de la population dans laquelle l'ensemble des facteurs et des situations qui contribuent ou qui nuisent à la santé sont pris en considération et font l'objet d'interventions. On définit, en gros, la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social (Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Ceci comprend les facteurs et les conditions se rapportant au milieu socio-économique et physique, de même que les expériences vécues dans la petite enfance, les habitudes de santé personnelles, la biologie et les services de santé. Le sexe et la culture sont aussi considérés comme des facteurs influents. Cette approche est fondée sur l'hypothèse que la santé est une responsabilité partagée qui exige l'élaboration de politiques de promotion de la santé publique, tant au sein du secteur de la santé que dans des secteurs qui ne se limitent pas strictement au système de santé. On peut en savoir plus sur les déterminants de la santé et la santé de la population en consultant le document intitulé *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Sous cette rubrique, les intérêts de Santé Canada quant à la recherche sur l'immigration comprennent l'état de santé des immigrants et les mécanismes par lesquels celui-ci est affecté par les déterminants de la santé.

Soutien et renouvellement du système de santé

Les intérêts en matière de politiques de Santé Canada relativement au soutien et au renouvellement du système de santé concernent la qualité et l'accessibilité des soins de santé prodigués aux immigrants de même que les facteurs et les obstacles qui influent sur la prestation des soins, par exemple la sensibilisation aux diverses cultures chez les personnes qui fournissent les soins et le degré d'alphabétisation et de connaissances linguistiques des usagers et des fournisseurs de soins. Il en va de même des politiques qui s'intéressent aux répercussions des immigrants sur le système de santé.

Gestion des risques pour la santé

La mondialisation, les voyages internationaux et les mouvements migratoires sont en train de modifier le contexte de gestion des risques pour la santé. Par conséquent, les intérêts de Santé Canada dans ce domaine de recherche portent tout particulièrement sur les questions qui lui permettront de faire face aux risques associés à l'évolution des mouvements migratoires et aux conséquences de l'émergence et de la ré-émergence de maladies infectieuses comme la tuberculose.

Relevé des travaux de recherche dans le domaine de la santé et de l'immigration

En 1996, Santé Canada était l'hôte d'un séminaire sur le domaine de la santé Metropolis au cours duquel des représentants des Centres d'excellence, des organisations non gouvernementales, de la communauté des chercheurs, ainsi que des représentants des administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales se sont réunis en vue d'établir une liste des priorités de recherche dans le domaine de la santé et de l'immigration et de promouvoir l'étude des problèmes relatifs à la santé dans le cadre du projet Metropolis. Les participants ont apprécié l'occasion qui leur était donnée de se rencontrer et d'échanger leurs opinions et ont exprimé l'espoir que Santé Canada continuerait d'assurer le leadership dans l'échange des informations et la coordination des activités d'intérêt commun. On peut en savoir plus sur le séminaire en consultant le document intitulé *Metropolis — Séminaire sur le domaine de la santé : rapport final* (Santé Canada, 1998.) D'autres renseignements sur la participation de Santé Canada au projet Metropolis sont également affichés sur le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/metropolis>

Le présent aperçu de la recherche canadienne sur la santé et l'immigration s'inscrit dans la démarche visant à définir des projets qui pourraient être entrepris à l'échelle nationale pour soutenir les intérêts de Santé Canada en matière de politiques dans le cadre du projet Metropolis. Ce travail est effectué dans l'espoir qu'il permettra au Groupe de travail et aux chercheurs des centres d'établir des orientations parmi les mesures à prendre, par exemple des synthèses des recherches en cours, de nouveaux projets de recherche ou encore l'extension ou la répétition d'études achevées.

Objet du présent document

Le présent document donne un aperçu de la recherche effectuée au Canada sur des sujets liés à la santé dans le domaine de l'immigration. Il s'agit de prendre le pouls de la recherche actuelle en santé qui a un rapport avec le projet Metropolis et les intérêts en matière de politiques de Santé Canada. Les membres du Groupe de travail Metropolis de Santé Canada et les chercheurs principaux des Centres d'excellence ont revu une version antérieure de ce rapport afin d'aider à l'interprétation des observations et à l'identification des lacunes possibles au niveau de la recherche.

Ce rapport examine un vaste éventail de questions regroupées dans les trois principaux domaines d'intérêt que cible Santé Canada : la promotion de la santé de la population, le soutien et le renouvellement du système de santé et la gestion des risques pour la santé. Toutefois, chaque domaine n'a pas reçu le même traitement. Étant donné l'accroissement des connaissances sur les déterminants de la santé, il est nécessaire d'étendre la recherche au delà des domaines traditionnellement considérés comme étant du ressort de la santé. Ainsi, la promotion de la santé de la population s'intéresse à l'état général de santé ainsi qu'aux facteurs socio-économiques, personnels et environnementaux qui affectent la santé des immigrants. Comme il s'agit là d'un nouveau domaine en expansion, une large place a été faite aux déterminants de la santé.

Inversement, la gestion des risques pour la santé est un domaine où la responsabilité du gouvernement fédéral est fermement établie. Par conséquent, plutôt que de faire double emploi avec le travail de la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada, on ne présentera ici qu'un bref aperçu de la recherche sur les maladies transmissibles, sur leur dépistage et sur leur surveillance en rapport direct avec l'immigration.

Le présent document donne aussi un aperçu des études terminées et des travaux en cours subventionnés par le gouvernement fédéral, de même qu'un résumé des questions étudiées et des domaines lacunaires de ces recherches. Les annexes comprennent les termes utilisés dans la recherche documentaire, le nom des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont été contactés et une liste annotée des travaux de recherche en santé entrepris par les Centres d'excellence Metropolis.

Données démographiques et tendances¹

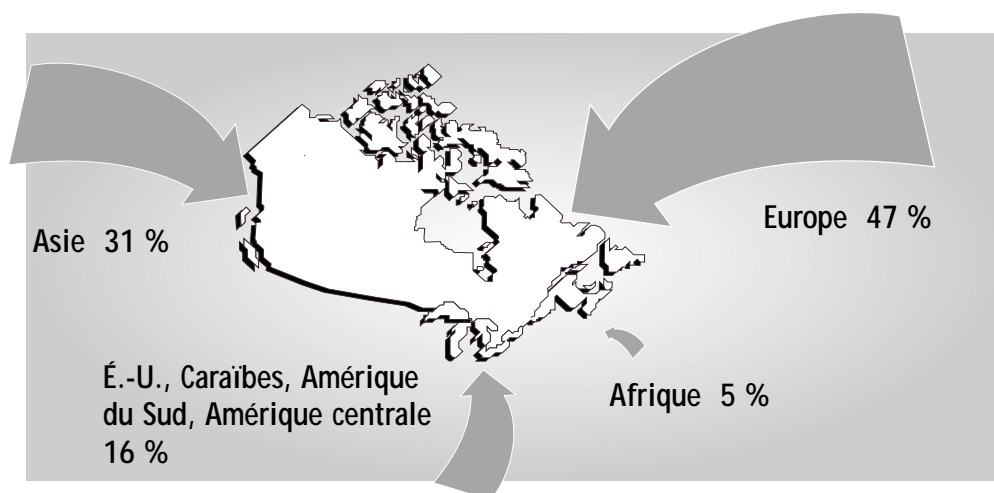
Le bref profil démographique des immigrants au Canada présenté ci-dessous aide à situer le contexte pour la discussion qui suit.

Nombre et origine des immigrants

Les immigrants représentent un segment important et dynamique de la population canadienne. On peut décrire cette population sur le plan du **nombre total d'immigrants** (résidents permanents nés à l'extérieur du Canada) et du **nombre d'immigrants de fraîche date** (nouveaux Canadiens arrivés au pays au cours de la dernière année d'enregistrement). En 1996, le nombre total d'immigrants au Canada se chiffrait à 4 971 070, soit 17,4 p. 100 de la population (une personne sur six). Ce nombre comprend les résidents de longue date et les nouveaux arrivés, les immigrants de toutes les catégories et de toutes les origines. Au Canada, un enfant sur cinq est un immigrant ou l'enfant de parents immigrants.

Alors que les immigrants européens représentent toujours le sous-groupe régional d'immigrants le plus important, en 1996, pour la première fois, ils constituaient moins de la moitié (47 p. 100) de l'ensemble des immigrants, une situation qui résulte, en grande partie, de l'augmentation récente du nombre d'immigrants de l'Asie.

En 1996, les immigrants se répartissaient comme suit quant à la région d'origine :



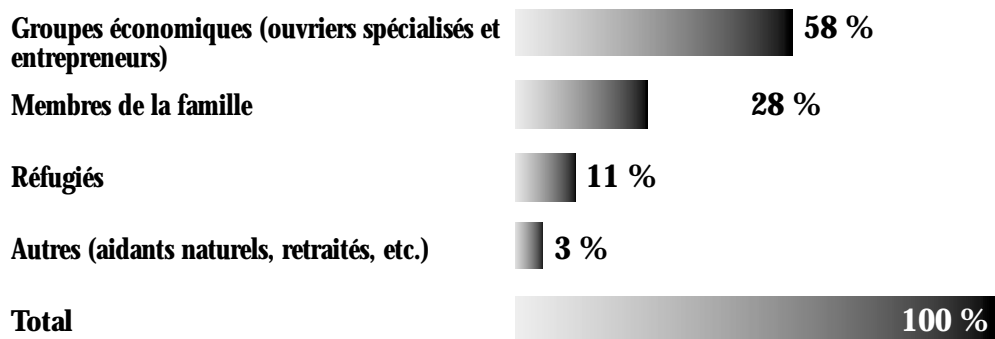
* Ne totalise pas nécessairement 100 p. 100 en raison de l'arrondissement.

¹ Sauf indication contraire, les renseignements présentés dans la présente section proviennent de *Faits et chiffres 1997 : aperçu de l'immigration* (Citoyenneté et Immigration Canada, 1998b) et du *Rapport à SOPEMI sur l'immigration au Canada* (Citoyenneté et Immigration Canada, Direction de la politique stratégique et de la recherche, 1997, 1998a).

La proportion des immigrants originaires d'Asie a doublé (de 14 p. 100 à 31 p. 100) entre 1981 et 1996. Par contre, l'immigration en provenance d'Afrique, d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale n'a que faiblement progressé.

Chaque année amène un nouveau contingent d'immigrants qui ont choisi de venir vivre au Canada et qui ont été acceptés à titre de nouveaux résidents par le gouvernement fédéral. Ces immigrants peuvent être divisés en plusieurs classes ou en fonction des raisons présidant à l'immigration. La majorité d'entre eux viennent à titre d'ouvriers spécialisés, d'entrepreneurs ou d'investisseurs. D'autres viennent rejoindre des membres de leur famille ou à titre de réfugiés fuyant les troubles politiques ou économiques affectant leur pays d'origine. Au total, 216 039 nouveaux immigrants sont arrivés au Canada en 1997, soit 4 p. 100 de moins qu'en 1996.

Les immigrants admis au Canada en 1997 se répartissaient dans les catégories suivantes :



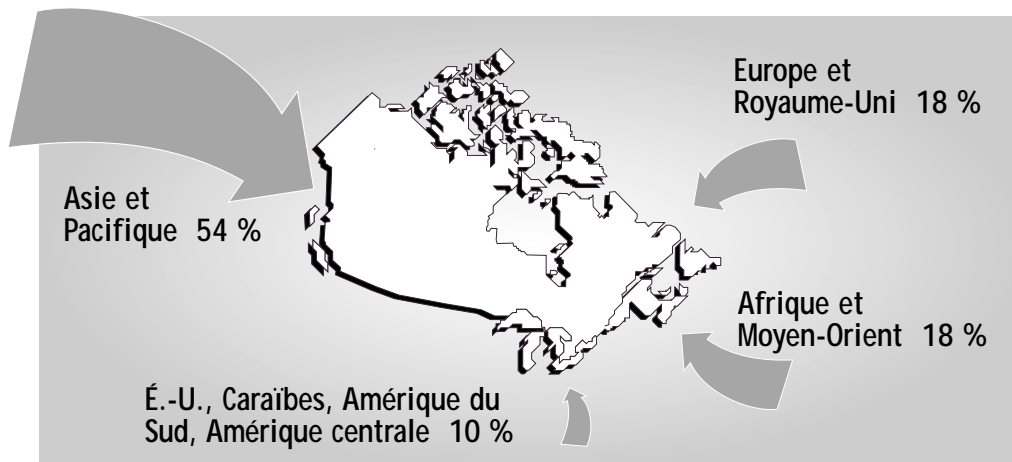
Le pourcentage d'immigrants de la catégorie « groupes économiques » ne s'est accru que légèrement par rapport à l'année précédente alors que celui des catégories « membres de la famille », « réfugiés » et « autres » a diminué dans la même mesure. En 1997, environ un immigrant admis sur neuf était un réfugié. Au total, 32 p. 100 d'entre eux étaient parrainés par le gouvernement, 11 p. 100 étaient parrainés par un particulier (et étaient donc admissibles au programme gouvernemental d'aide à l'établissement) et 44 p. 100 ont demandé le statut de réfugié après être entrés au Canada.

Les réfugiés quittent souvent leur pays contre leur gré; bon nombre laissent derrière eux des membres de leur famille et il leur est parfois impossible de retourner dans leur pays d'origine (Beiser, Dion, Gotowiec et coll., 1995). En 1997, les quatre pays d'où sont venus le plus grand nombre de réfugiés étaient la Bosnie-Herzégovine, le Sri Lanka, l'Afghanistan et l'Iran.

Évolution des tendances

Au cours des 20 dernières années, les données démographiques et les tendances de l'immigration ont connu des changements considérables, puisque la majorité des nouveaux immigrants au Canada viennent maintenant de pays non européens. Il y a également beaucoup plus d'immigrants que jamais auparavant à venir d'Asie et d'Afrique.

En 1997, les immigrants se répartissaient comme suit selon leur région d'origine :



De plus en plus de jeunes Canadiens, surtout ceux qui vivent dans les grandes villes, sont nés à l'étranger. À titre d'exemple, 30 p. 100 des jeunes Torontois et 28 p. 100 des jeunes Vancouverois sont des immigrants (Conseil canadien de développement social, 1998). Environ un quart des enfants de moins de 12 ans qui immigrent au Canada sont des réfugiés.

Le profil linguistique des immigrants évolue. En 1997, quatre nouveaux immigrants sur dix (42 p. 100) ne parlaient ni le français ni l'anglais. Environ la moitié des nouveaux immigrants (51,3 p. 100) parlaient l'anglais à leur arrivée alors que seulement un sur 25 (3,8 p. 100) parlait le français. La majorité des enfants de moins de 15 ans (69 p. 100) ne connaissaient ni l'une ni l'autre des langues officielles à leur arrivée au Canada en 1997.

Profil socio-économique

Contrairement aux idées reçues, la plupart des immigrants s'intègrent rapidement à la société canadienne et subviennent à leurs besoins. Les immigrants de fraîche date ont tendance à être plus jeunes que l'ensemble de la population canadienne. En 1997, 29 p. 100 des immigrants de plus de 15 ans avaient un diplôme universitaire (ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne canadienne). En revanche, 41 p. 100 avaient été aux études pendant moins de 12 ans. En 1996, la plupart des nouveaux venus de 15 ans et plus avaient l'intention de travailler — 67 p. 100 des nouveaux immigrants ont indiqué qu'ils avaient l'intention de travailler (100 p. 100 dans la catégorie entrepreneurs et ouvriers spécialisés), et cette proportion s'élevait à 80 p. 100 chez les réfugiés. Les immigrants ne sont pas tous capables de trouver un emploi, surtout ceux qui affichent un niveau de compétence inférieur. Même si le revenu familial des immigrants est plus élevé que la moyenne nationale, les nouveaux immigrants (surtout les membres de groupes de minorités visibles) gagnent beaucoup moins que leurs prédécesseurs et les non-immigrants.

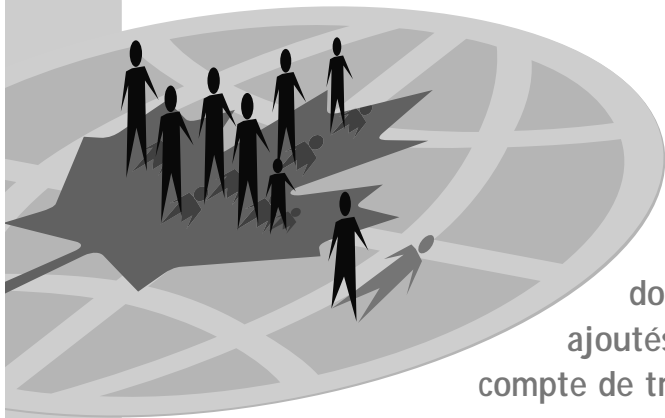
Destinations à l'intérieur du Canada

En 1997, l'Ontario était la destination de plus de la moitié (55 p. 100) des nouveaux immigrants, suivi de la Colombie-Britannique (22 p. 100) et du Québec (13 p. 100). La plupart des nouveaux immigrants se sont établis dans les grands centres urbains, surtout à Toronto (45 p. 100), à Vancouver (19 p. 100) et à Montréal (10 p. 100). Toutefois, 33 p. 100 des réfugiés se sont établis à Toronto, 23 p. 100, à Montréal et un autre 18 p. 100, à l'extérieur des plus grands centres urbains.

2

Démarche de l'étude





Aperçu

Le relevé de la recherche sur la santé et l'immigration a essentiellement été effectué d'août à octobre 1998 (quelques documents recommandés ont été ajoutés en 1999). Le relevé tenait compte de trois sources d'information :

- projets de recherche et analyses terminés ou en cours subventionnés par le gouvernement fédéral (y compris les projets de recherche des Centres d'excellence Metropolis);
- articles rapportant des résultats de recherche universitaire;
- certains projets de recherche effectués par des organismes communautaires.

Notre but n'était pas de faire un examen approfondi des résultats de ces projets de recherche, mais de donner un aperçu de la quantité et de la nature des projets entrepris. Par conséquent, la plus grande partie de l'aperçu a été assemblée à partir des descriptions des projets de recherche et des résumés des documents. Des analyses bibliographiques exhaustives et des synthèses sur certains sujets pourraient constituer une suite à donner à cet aperçu.

Étendue de la recherche documentaire

En raison des limites de temps et de ressources, la recherche documentaire a été centrée sur les éléments ci-dessous :

- projets de recherche pertinents aux projet Metropolis et aux intérêts de Santé Canada en matière de politiques, et tout particulièrement les projets liés à la promotion de la santé de la population;
- grandes études générales relatives aux politiques nationales (particulièrement les articles d'évaluation);
- publications « canadiennes », y compris des documents dont le contenu est canadien et les auteurs, non canadiens, des documents dont les auteurs canadiens traitent de questions canadiennes dans des journaux non canadiens et des documents qui rapportent des résultats de recherches internationales comprenant des données canadiennes.

La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés en anglais ou en français de 1990 à maintenant.

Recherche subventionnée par le gouvernement fédéral

Les sources d'information du gouvernement fédéral sur la recherche visée comprenaient entre autres :

- les Centres d'excellence Metropolis, les Centres d'excellence pour la santé des femmes et les Centres d'excellence en recherche sur la violence familiale et la violence à l'endroit des femmes et des enfants;
- le Conseil de recherches médicales (CRM);
- le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS);
- les subventions, les contributions et les contrats récents de Santé Canada;
- les sept autres ministères gouvernementaux participant au projet Metropolis.

Comme on pouvait s'y attendre, se sont les Centres d'excellence Metropolis et les Centres d'excellence pour la santé des femmes qui ont mené le plus grand nombre de projets de recherche sur la santé et l'immigration parrainés par le gouvernement fédéral.

Publications rapportant des résultats de la recherche universitaire

Une recherche documentaire exhaustive a été effectuée dans les bases de données disponibles, y compris les suivantes :

- Medline
- Aidsline
- Cancerlit
- CINAHL (Nursing and Allied Health)
- Health (politiques)
- Current Contents (interdisciplinaire)
- EAI (Expanded Academic Index)
- PAIS (Public Affairs Information Service) International Politics
- Microlog (Documents du gouvernement canadien)
- Psych-Info
- Sociofile
- Social Work Abstracts
- Geography
- Swetscan (base de données et service de livraison de documents de la bibliothèque du Conseil national de recherches)
- Carl Uncover (base de données des É.-U. et service de livraison de documents)
- Tendances sociales canadiennes (publication de Statistique Canada).

Les termes utilisés pour la recherche documentaire étaient généraux et recouvraient un grand nombre des déterminants de la santé et des questions relatives au système de santé et à la gestion des risques. Divers descripteurs de l'état de santé et des groupes d'âge ont été inclus. (Une liste complète des termes utilisés est présentée à l'Annexe A.)

Seuls les travaux de recherche quantitative et qualitative originaux ont été inclus dans les documents retenus pour l'analyse. Au total, 220 documents ont été inventoriés. Les études portant sur un seul cas, un seul petit groupe d'immigrants

ou une seule maladie, de même que les recherches évaluatives et les consultations non structurées ont été exclues, tout comme les recherches biomédicales. Les rapports destinés aux comités permanents du gouvernement fédéral, de même que les documents des administrations provinciales, territoriales, régionales et locales ont également été exclus.

Documentation non publiée

La revue des documents non publiés a été quelque peu sélective étant donné qu'on s'attendait à ce que la recherche la plus originale entreprise par le secteur communautaire sur la santé et l'immigration soit subventionnée par le gouvernement fédéral ou par l'un des plus importants organismes non gouvernementaux, ou encore, suivant une collaboration avec un chercheur universitaire, qu'elle apparaisse parmi les documents repérés selon d'autres méthodes. Cependant, afin de rendre la recherche documentaire plus exhaustive, l'équipe de recherche a sélectionné 31 organismes nationaux, provinciaux, territoriaux et locaux intéressés par l'immigration, les services d'établissement, les questions ethnoculturelles, les populations défavorisées et la santé publique et les a joints par téléphone ou par Internet pour leur demander les publications pertinentes. (La liste des organismes contactés est présentée à l'Annexe B.)

Classement et analyse

Tous les résumés et les documents ont été inventoriés et classés selon les trois principaux domaines de recherche et en sous-domaines correspondant à des problèmes particuliers, à des sujets liés à la santé, etc. L'intention n'était pas d'effectuer une analyse approfondie ou critique de ces documents, mais d'évaluer les champs d'étude, les résultats généraux ainsi que la quantité et le type de recherches effectuées dans le domaine.

Limites de la recherche

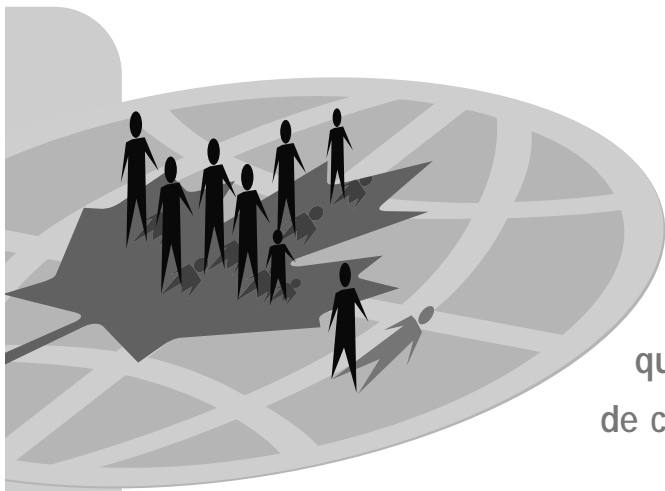
Comme toute recherche documentaire, le présent relevé a été limité par les capacités des structures et du catalogue de la base de données de la bibliothèque. Cependant, la capacité de dépouiller une telle quantité de documents a été renforcée par l'accessibilité des résumés de la plupart des bases de données et par le concours des représentants du gouvernement fédéral, qui nous ont suggéré et fourni de nombreux documents.

Il serait peut-être profitable de chercher davantage dans les revues et les documents gouvernementaux qui traitent des effets sur la santé de l'économie, de la participation au marché du travail, de l'éducation, de l'appartenance à une ethnie ou à un groupe des minorités visibles, et de la discrimination. De plus, les documents produits par les gouvernements provinciaux, régionaux et municipaux viendraient enrichir l'étude.

3

Résultats





Aperçu

Cette section porte sur les résultats de la recherche documentaire. Elle commence par un aperçu de la recherche : domaines, sujets, questions étudiées et points saillants des résultats de ces recherches, le cas échéant.

Nature de la recherche

Dans la grande majorité des cas, les travaux de recherche dans les trois domaines portaient sur les immigrants eux-mêmes plutôt que sur les effets de leur présence sur la société canadienne. Comme on pouvait s'y attendre, les recherches relatives à la santé de la population portaient sur les déterminants de la santé des immigrants (et par extension, de la santé de l'ensemble des Canadiens) et les études sur la gestion des risques portaient en majeure partie sur les problèmes de santé publique et de transmission des maladies. Les études sur le soutien et le renouvellement du système de santé seraient peut-être plus susceptibles de s'intéresser à la question dans la double perspective des immigrants et de la société d'accueil; toutefois, peu de projets de recherche portant sur l'incidence de l'immigration sur le système de santé ont été relevés.

Bien qu'un nombre substantiel de documents pertinents aient été inventoriés, peu de sujets dans le domaine de la santé et de l'immigration ont fait l'objet de recherches approfondies. La masse la plus importante des recherches concernait la santé de la population, ce qui n'est pas étonnant étant donné que ce domaine a fait l'objet de la recherche documentaire la plus large, comportant le plus grand nombre de sujets. Bon nombre des travaux de recherche avaient pour but de décrire les tendances démographiques et le profil socio-économique des immigrants et de l'ensemble des Canadiens. Beaucoup moins d'efforts ont été consacrés à la description de l'incidence sur la santé de l'emploi, du revenu, des occupations, de la structure familiale ou des conditions de vie des sous-populations d'immigrants telles que les réfugiés, les familles à faible revenu et les personnes originaires de régions ou de pays particuliers. L'examen de divers déterminants et de leurs effets sur la santé des immigrants serait une importante contribution aux connaissances, utile à l'élaboration de politiques relatives aux services aux immigrants et à la santé de la population qui reflètent les besoins de groupes particuliers d'immigrants.

Beaucoup moins de projets de recherche portant sur les effets du soutien et du renouvellement du système de santé sur la santé des immigrants ont été relevés, bien que plusieurs études soient actuellement en cours. Parmi les sujets traités, on remarque la prestation des soins appropriés, les effets de la réorganisation et des changements ou réductions dans le financement et des services sur la santé des

immigrants, l'utilisation des services de santé et le rôle des fournisseurs de soins qui sont eux-mêmes des immigrants ou des membres des minorités ethnoculturelles. D'autres projets de recherche pourraient être entrepris d'ici quelques années lorsque les effets de la régionalisation, des rationalisations, des compressions ou ralentissements budgétaires et des changements de priorités dans le système de santé deviendront plus apparents. L'impact de ces phénomènes sur les immigrants, et en particulier sur les immigrants de fraîche date, deviendrait un sujet important.

La plus grande partie de la recherche sur la santé des immigrants porte sur les adultes, la recherche consacrée plus particulièrement aux besoins et aux réalités des enfants et des personnes âgées étant beaucoup plus rare. Quelques projets de recherche portant sur les jeunes, en particulier sur la santé mentale, l'identité culturelle, l'intégration, les conflits de valeurs culturelles et les effets de l'expérience vécue par les jeunes immigrants et les jeunes réfugiés sont déjà terminés ou en voie de l'être. Seules quelques études portaient sur les femmes âgées et ces études concernaient le soutien familial, les croyances quant à la santé et à la maladie, les obstacles à l'utilisation des services et l'utilisation des services de santé.

La culture est un important axe de recherche sur les immigrants. Une somme considérable de connaissances concernant les différences culturelles des conditions de vie et les expériences de discrimination, les croyances, les valeurs, les comportements et les besoins des minorités culturelles au Canada est en train de se constituer. Une partie seulement de cette recherche a été analysée dans le cadre de ce relevé étant donné que le sujet central en était la santé et l'immigration.

Les décideurs et les chercheurs tentent de déterminer l'effet que peut avoir le sexe des individus, en association avec d'autres déterminants, sur la santé des Canadiens, et cette question prend également de l'importance. Plusieurs études sur ce sujet ont récemment été terminées ou sont en cours dans les Centres d'excellence Metropolis et dans les Centres d'excellence pour la santé des femmes, et permettront de combler des lacunes dans la recherche sur les expériences et les problèmes des immigrantes. Ces études portent sur les problèmes de santé et la compréhension de ces problèmes, les réseaux de soutien familiaux et sociaux, les comportements vis-à-vis le dépistage du cancer du sein, la promotion de la santé, l'utilisation des services, les obstacles aux soins, l'acculturation des réfugiées, les liens entre la violence et la santé physique et mentale et ceux entre la santé génésique et sexuelle et la religion.

Centres d'excellence Metropolis

Au moment du relevé, les quatre Centres d'excellence Metropolis, en fonction depuis moins de deux ans, avaient lancé un certain nombre de projets de recherche liés directement à la santé. Seules quelques études avaient été menées à terme et plusieurs autres étaient en cours. De nouvelles subventions de recherche continuent d'être octroyées. (Pour une description plus détaillée des recherches en santé effectuées dans les Centres Metropolis, consultez l'Annexe C.)

Un grand nombre de nouvelles études portant sur la santé de la population seront bientôt achevées par des chercheurs subventionnés par Metropolis. Une importante contribution aux connaissances de l'état de santé des immigrants a été apportée par Dunn et Dyck (1998) dans une analyse de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Des fichiers de microdonnées ont été utilisés pour étudier l'état de santé, les besoins et l'utilisation des soins de santé ainsi que les déterminants sociaux de la santé.

Globerman (1998) et Yuan, Rootman, Teyeh et coll. (en cours) ont également effectué des recherches sur l'état de santé. Les études sur les femmes comprennent celles d'Israelite (en cours); de Krane, Oxman-Martinez, Chalom et coll. (en cours); de Meadows et Thurston (en cours); de Meana, Wells, Bunston et coll. (en cours); de Ray, Rose, Charbonneau et coll. (en cours); et de Tastsoglou et Miedema (en cours). Trovato fait actuellement des travaux de recherche comparant la mortalité des immigrants de fraîche date à celle d'immigrants établis depuis plus longtemps (en cours). La santé pulmonaire est examinée par Fuller-Thomson, Lee, Lawson et coll. (en cours).

Certaines études portent sur la communauté arabe de Toronto (Yuan, Rootman, Teyeh et coll., en cours) et sur la communauté iranienne, établie depuis plus longtemps (Dossa, en cours).

D'autres chercheurs procèdent à des études portant sur la santé mentale, comme Arthur (en cours), Langford, Waiyaki et Fantino (en cours), Kirmayer et Jarvis (en cours), Kirmayer, Young et Weinfeld (en cours), Noh, Hyman, Gobena et coll. (en cours), Pepler, Connolly, Craig et coll. (en cours) et Rousseau, Moreau, Drapeau et coll. (en cours). Les projets suivants visent aussi à accroître les connaissances sur les problèmes de santé mentale et d'intégration des enfants : Baker (en cours), Hagan (en cours), Hébert, Kodron, Moreau et coll. (en cours), Irving (en cours), Kilbride (en cours), et Pepler, Connolly, Craig et coll. (en cours).

Un certain nombre des études du projet Metropolis visent à apporter des éclaircissements sur la question du revenu et de l'emploi des immigrants et sur l'économie des villes hôtes. Parmi les questions étudiées, on note l'emploi et le chômage (Gross, en cours; Ledent et Renaud, en cours; et Shields, en cours), l'intégration socio-économique (Harvey, Sui et Reil, en cours), les salaires et les possibilités d'emploi des immigrants (Laryea, 1998; Li, en cours; Preston, Man et Mui, en cours; Reitz, en cours; et Wanner, en cours), la discrimination et les désavantages (El Yamani, en cours; Halli, en cours; Ley et Smith, 1998; et Welsh, Koch, Murray et coll., en cours). Les besoins en matière de logement et l'accessibilité au logement sont examinés par Grant (en cours) et MirafTAB (en cours).

Quelques études portent sur des aspects de l'expérience de l'immigration, de l'établissement et de l'intégration (Baker, en cours; Hagan, en cours; Irving, en cours; Israelite, en cours; et Simmons, Bielmeier, Ramos et coll., en cours); notons toutefois que ce domaine pourrait être étudié plus en détail. Plusieurs autres études portent sur les problèmes d'intégration (Driedger et Halli, en cours; Kalbach et Kalbach, en cours; et Tastsoglou et Miedema, en cours) et plus particulièrement sur le rôle des églises et des groupes religieux (Bibeau et Corin, en cours; et Hayford, en cours), sur les effets des relations entre les minorités ethniques (Meintel et Sévigny, en cours) et sur les problèmes d'établissement auxquels doivent faire face les immigrants touchés par des infirmités (Sandys, Hall, Ali et coll., en cours, apparemment une étude unique en son genre dans la documentation). Par ailleurs, Young et Spitzer (en cours) examinent les stratégies d'adaptation et leurs effets sur la santé.

Les questions touchant le soutien familial et social sont prises en considération dans des projets de recherche qui étudient comment des immigrants ayant survécu à l'expérience de la torture peuvent reconstituer une communauté (Chambon, Abai, Shapiro et coll., en cours), le soutien du logement et de la collectivité (Grant, en cours), le soutien familial et intergénérationnel (Firbank et Vézina, en cours; Langford,

Waiyaki, Fantino et coll., en cours; et Neufeld, Harrison, Stewart et coll., en cours), les liens de voisinage (Ray, Rose, Charbonneau et coll., en cours) ainsi que la prévention des conflits entre parents et enfants (Legault et Oxman-Martinez, en cours).

De nombreux projets de recherche des Centres Metropolis apporteront des renseignements inestimables sur les stratégies efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies pour les immigrants, par exemple sur les mesures d'encouragement et les obstacles au dépistage du cancer du sein (Meana, Wells, Bunston et coll., en cours) ainsi que sur la promotion de la santé pulmonaire (Fuller-Thomson, Lee, Lawson et coll., en cours).

Un plus petit nombre de projets portent sur des sujets liés au soutien et au renouvellement du système de santé. L'analyse de l'Enquête nationale sur la santé de la population par Dunn et Dyck (1998) apporte des renseignements supplémentaires sur l'utilisation des soins de santé, tout comme les études de Globerman (1998) et de Hyman et Noh (en cours). Les besoins en soins de santé et les obstacles à l'accès aux soins résultant des changements des politiques et des structures de financement font l'objet d'études par Anderson (en cours), Creese (1998), Glazier, Cohen et Badley (en cours), Hyman et Noh (en cours), Jiminez, Saucier et Bibeau (en cours), Kirmayer, Young et Weinfeld (en cours), Israelite (en cours), Noh, Hyman, Gobena et coll. (en cours), Weinfeld (en cours) ainsi que par Young et Spitzer (en cours).

De nombreux projets de recherche des Centres Metropolis apporteront des renseignements inestimables sur les stratégies efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies pour les immigrants, par exemple sur les mesures d'encouragement et les obstacles au dépistage du cancer du sein ainsi que sur la promotion de la santé pulmonaire.

Les obstacles à l'accès et à l'amélioration des services font l'objet de plusieurs autres études. L'une de ces études examinera l'évaluation en urgence et le traitement des immigrants psychotiques (Kirmayer et Jarvis, en cours; Kirmayer, Young et Weinfeld, en cours) tandis que d'autres études, par Hyman et Noh (en cours), Jiminez, Saucier et Bibeau (en cours) et Trocmé, George, Herberg et coll. (en cours), porteront sur la sensibilité culturelle et la communication. D'autres études examinent le rôle des fournisseurs de soins qui sont des immigrants ou qui ont été formés à l'étranger (Basran et Zong, en cours; Jiminez, en cours; Jiminez, Saucier et Bibeau, en cours; Ogilvie, Smith, Wrightson et coll., en cours; Weinfeld, en cours). Enfin, Krane, Oxman-Martinez, Chalom et coll. (en cours) et Oxman-Martinez et Krane (en cours) étudient les réponses du système à la violence conjugale dans les familles d'immigrants.

Une seule étude du projet Metropolis concerne directement la gestion des risques pour la santé — elle porte sur la santé respiratoire chez les immigrants venant de Chine et des Caraïbes et vivant à Toronto (Fuller-Thomson, Lee, Lawson et coll., en cours). Même si le gouvernement fédéral, par le truchement de la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada, mène beaucoup d'études dans ce domaine, les taux accrus d'infection, les changements quant aux régions d'origine et d'autres facteurs aggravants tels que les conditions de vie difficiles de certaines populations et sous-populations d'immigrants pourraient justifier qu'on accorde plus d'attention à ce sujet dans la perspective de la santé des immigrants.

On peut obtenir de plus amples détails sur les programmes de recherche des Centres d'excellence Metropolis en visitant le site Web de Metropolis à l'adresse suivante : http://www.canada.metropolis.net/main_f.html

Recherches et analyses du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral recueille et analyse des renseignements liés à la santé des immigrants. Citoyenneté et Immigration Canada collige des données et publie des rapports annuels sur l'immigration. Le rapport de 1996 contenait des renseignements couvrant trois années sur les classes d'immigrants, les pays d'origine, la destination, les intentions relatives à l'emploi, etc. et des **données démographiques** telles que le sexe, l'âge, l'état civil et les compétences linguistiques. D'autres rapports portent sur les projections et les données réelles quant au nombre d'immigrants et sur **l'évolution des tendances** quant aux pays d'origine des immigrants et des réfugiés, aux classes d'immigrants, à la scolarité, à la participation au marché du travail, au chômage, aux salaires, etc., fournissant ainsi des données essentielles sur les déterminants socio-économiques de la santé.

Statistique Canada a créé la base de données longitudinales sur les immigrants, qui combine les dossiers administratifs sur l'immigration, l'emploi et les activités fiscales pour fournir une source exhaustive de données sur la population, sur la main-d'oeuvre et sur les transferts gouvernementaux concernant près de 1,5 millions d'immigrants au Canada. La base de données couvre actuellement la période allant de 1980 à 1995 et sera mise à jour chaque année. L'analyse des données est en cours, et la base de données disponible au public fournit une riche source de données **socio-économiques** et démographiques comparatives, de même qu'une analyse des tendances.

L'Enquête nationale sur la santé de la population 1994–1995 constitue une autre importante source de données sur la santé et l'immigration. Principale source de données nationales en matière de santé, cette enquête démographique à grand échantillonnage sera répétée aux deux ans pendant 20 ans, permettant la réalisation d'analyses longitudinales. Bien que le nombre d'immigrants interrogés dans cette étude (2 400) rende difficile l'analyse de sous-populations, des données utiles sur **l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les attitudes face à la santé** des immigrants ont été obtenues. La Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada s'est servie de ces données pour obtenir des renseignements sur la santé des immigrants (Chen, Ng et Wilkins, 1996). Beiser, Devins, Dion et coll. (1997) ont également utilisé ces données pour étudier trois déterminants positifs de la santé des immigrants et quatre déterminants de risque, tandis que Dunn et Dyck (1998) ont réalisé une analyse des déterminants sociaux de la santé. Une autre étude de Statistique Canada utilise le recensement, les statistiques démographiques et les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités pour décrire l'espérance de vie, l'invalidité et la dépendance (Chen, Wilkins et Ng, 1996).

On commence également à analyser les données sur les enfants immigrants recueillies par l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Noh, Beiser, Hou et coll. (1999) ont entrepris d'analyser plusieurs indicateurs de la **santé mentale** chez les première et deuxième générations d'enfants immigrants, et plusieurs autres chercheurs utilisent les données sur les enfants immigrants. La recherche est limitée par la petite taille de l'échantillon. Si l'on recueillait et analysait plus de données nationales sur la santé des immigrants, on pourrait comparer la situation des groupes d'immigrants et des groupes de non-immigrants.

Financement dans les limites du portefeuille de la santé

D'autres travaux de recherche sur des sujets liés à la santé des immigrants ont été effectués grâce à des subventions (fédérales) provenant de Santé Canada. Ces travaux semblent dans leur majorité porter sur des problèmes de santé de la population. Par exemple, des recherches subventionnées récemment par le PNRDS portaient sur la santé de la population, entre autres des études sur la validité des mesures de l'état de santé (Kopec, Williams, To et coll., non daté); les comportements sains et les comportements à risque pour la santé (Beiser, Devins, Dion et coll., 1997); le VIH/sida (Adrien, Godin, Cappon et coll., 1995); les communications entre les parents et les enfants (Young et Lynam, 1997); les personnes âgées d'origine chinoise en Colombie-Britannique (Chappell, Lai, Gee et coll., 1997); et le tabagisme (Ferrencia, Brewster, Edwards et coll., 1996). Le soutien et le renouvellement des services de santé ont été étudiés dans des projets de recherche sur la prestation efficace des services dans les centres urbains (Willms et Bates, 1991) et l'utilisation des services de santé et des services sociaux communautaires (Jacob et Blais, 1991).

On peut obtenir des renseignements additionnels touchant les dossiers ethno-culturels (y compris l'immigration) qui profitent d'un financement dans le cadre du PNRDS en consultant le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/metropolis/etudes.htm>

Un survol rapide des titres des projets de recherche subventionnés récemment par le CRM (Conseil de recherches médicales du Canada) n'a pas révélé de projets se rapportant au présent inventaire. Toutefois, il semble y avoir un regain d'intérêt pour les études démographiques qui pourraient porter sur des problèmes touchant la santé et l'immigration.

Organismes non gouvernementaux

La consultation d'organismes communautaires choisis n'a pas permis de découvrir de nouveaux projets de recherche empirique dans les domaines visés par la présente recherche.

Publications portant sur des résultats de la recherche universitaire

La recherche dans les documents canadiens a révélé une importante quantité de documents : articles de journaux, rapports, mémoires et thèses. Étant donné la définition assez large de la santé, les recherches dans les bases de données des sciences sociales se sont avérées aussi utiles que les recherches effectuées dans les bases de données des sciences de la santé. Les travaux de recherche universitaire couvraient la totalité des sujets, tout en accordant peut-être un peu plus d'importance aux questions psychosociales, à l'intégration et à l'adaptation, de même qu'aux besoins et aux lacunes dans les services. Les travaux de recherche comprenaient l'analyse des enquêtes et des bases de données nationales, les études réalisées sur de petits échantillons non aléatoires et des grandes études portant sur des échantillons aléatoires de sous-populations particulières d'immigrants; les méthodes employées comprenaient des entrevues, des études de cas, le couplage de données et d'autres méthodes. Les méthodes n'ont pas été évaluées dans le présent relevé, mais pour les études les plus importantes, elles ont été notées, particulièrement s'il s'agissait d'études menées dans la population.

Deux rapports rédigés avant 1990 ont été inclus dans le présent inventaire. L'étude du Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988a, 1988b) semble être la seule enquête fédérale sur un sujet lié à la santé et touchant les immigrants. Le groupe de travail, mis sur pied par le gouvernement fédéral pour étudier les questions et les besoins en santé mentale, présente dans son rapport les résultats d'une revue de la littérature et d'audiences publiques exhaustives tenues d'un bout à l'autre du Canada. Ses recommandations quant à la recherche sont toujours pertinentes. Le rapport final tiré du séminaire sur le domaine de la santé, fruit d'une rencontre de chercheurs, de parties intéressées non gouvernementales et de fonctionnaires qui a eu lieu en décembre 1996 (Santé Canada, 1998), est une autre source utile de recommandations pour la recherche.

État de santé

Il existe plusieurs sources de renseignements démographiques sur l'état de santé des immigrants, la plus récente étant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996. On y examine l'état de santé sur le plan des affections chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie liée à la santé. Les données démographiques nationales sur l'espérance de vie, les atteintes chroniques et les incapacités ainsi que le nombre d'années sans incapacité sont comprises dans l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991.

Il existe également des renseignements provenant d'autres sources nationales et d'études restreintes sur des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, la santé mentale et la santé bucco-dentaire. Les femmes, les jeunes, les réfugiés et les enfants de l'adoption internationale représentent certaines des sous-populations étudiées.

État de santé général

Des renseignements sont aussi disponibles sur l'état de santé général, l'espérance de vie et les incapacités. Selon Chen, Ng et Wilkins (1996), « l'effet de l'immigrant en bonne santé » observé dans d'autres pays s'applique également aux immigrants arrivant au Canada : en général, à leur arrivée, ceux-ci sont en meilleure santé que les Canadiens de naissance, mais ils perdent cet avantage après un certain temps de résidence. De même, une analyse récente (inédite) des première et deuxième générations d'enfants immigrants effectuée dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes vient appuyer l'idée suivant laquelle les enfants immigrants ont une meilleure santé mentale que les enfants des générations suivantes ou les enfants non immigrants (Noh, Beiser, Hou et coll., 1999).

Toutefois, il existe de toute évidence des différences entre immigrants. Selon Dunn et Dyck (1998), les immigrants sont plus susceptibles de se déclarer en très bonne ou en excellente santé s'ils sont nés en Europe, aux États-Unis ou en Australie par opposition à ceux qui sont nés en Asie, en Afrique ou en Amérique du Sud, s'ils se situent dans le quintile supérieur des revenus et s'ils sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales professionnelles ou techniques par opposition à un diplôme d'études secondaires.

L'analyse des données de recensement, des statistiques démographiques et des autres données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités montre également que, dans l'ensemble, les immigrants, particulièrement ceux qui viennent de pays non européens, ont une plus longue espérance de vie, et une plus longue durée de vie sans incapacité et sans perte d'autonomie que la moyenne des Canadiens de naissance.

Les données nationales indiquent que les immigrants (surtout ceux qui sont arrivés récemment) sont moins susceptibles que les Canadiens de naissance de souffrir d'affections chroniques ou d'incapacités, ce que l'on attribue généralement à deux facteurs : 1) les personnes en bonne santé ont plus de chances d'émigrer; 2) le processus de sélection canadien des immigrants écarte les candidats atteints de maladies graves. Millar (1992) note qu'à cause des différences de comportement à l'égard du tabac, le risque de morbidité et de mortalité lié au tabagisme pourrait être moins élevé chez les Canadiens nés à l'étranger. Plusieurs études ont montré que, chez les immigrants, la prévalence de diverses affections chroniques s'approche de celle des Canadiens de naissance au fil du temps (Chen, Ng et Wilkins, 1996). Il est intéressant de noter qu'une étude menée en Colombie-Britannique auprès de personnes âgées d'origine chinoise révèle que celles-ci présentaient généralement au moins autant d'affections chroniques et d'incapacités fonctionnelles que les Canadiens du même âge (Chappell, Lai, Gee et coll., 1997).

L'analyse des données de recensement, des statistiques démographiques et des autres données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités montre également que, dans l'ensemble, les immigrants, particulièrement ceux qui viennent de pays non européens, ont une plus longue espérance de vie, et une plus longue durée de vie sans incapacité et sans perte d'autonomie que la moyenne des Canadiens de naissance (Chen, Wilkins et Ng, 1996). Cependant, Weinfeld (non daté) a signalé la nécessité de vérifier l'espérance de vie de différents groupes d'immigrants, étant donné qu'elle peut varier considérablement d'un groupe à l'autre.

Selon l'Enquête sur la santé en Ontario de 1990, les immigrants signalent moins fréquemment des problèmes de santé, mais ont une perception moins positive de leur état de santé que les Canadiens de naissance. Pomerleau et Ostbye (1997) recommandaient de faire des études additionnelles sur ces différences et d'autres différences afin d'adapter les services de santé aux besoins d'une population multiculturelle. Une étude pilote de la population hispano-américaine de Vancouver conclut qu'il existe d'importants problèmes de santé potentiels dans la collectivité, particulièrement en rapport avec le stress, l'absence de comportements préventifs et le faible taux d'utilisation des soins de santé (Palacios et Sheps, 1992, résumé).

Les réfugiés sont en moins bonne santé que les immigrants en général, à cause des expériences qu'ils ont vécues avant leur arrivée au Canada et des processus de sélection moins stricts. En 1996, un numéro spécial du périodique *Refuge* a été consacré aux enfants réfugiés. Comparativement aux autres immigrants et aux réfugiés adultes, ces enfants sont plus susceptibles de souffrir de graves problèmes (entraînés par la malnutrition, la maladie, des blessures physiques, des troubles du cerveau, la violence sexuelle ou physique) qui peuvent affecter leur développement cognitif, social et émotif. Les enfants qui arrivent seuls sont les plus vulnérables (divers auteurs cités par Hyman, Beiser et Vu, 1996).

Thonneau, Gratton et Desrosiers (1990) ont étudié l'état de santé des demandeurs de statut de réfugié au Québec en 1985–1986 et ont observé que leur santé était généralement « satisfaisante », mais que la sous-estimation [de l'impact de la torture] et l'insuffisance du suivi psychologique des réfugiés constituaient des problèmes inquiétants (p. 182).

Une intéressante étude réalisée à Buffalo, dans l'État de New York, auprès de réfugiés en route pour le Canada indique que la santé des femmes enceintes constituait un problème majeur en raison du risque de dénouement défavorable de la grossesse. Selon les auteurs, il est nécessaire de faire d'autres recherches sur les problèmes de santé des réfugiées enceintes (Kahler, Sobota, Hines et coll., 1996).

La recherche documentaire n'a révélé que peu d'études sur l'état de santé des enfants de l'adoption internationale au moment de l'immigration et sur l'évolution de leur état de santé après leur arrivée. Notons toutefois une étude menée auprès de 105 familles ayant adopté des enfants roumains arrivés en 1990–1991. La moitié des parents ont déclaré qu'au moment de l'adoption, les enfants « n'étaient pas en bonne santé », bien que la fréquence des maladies infectieuses ait été faible. Environ un tiers des enfants avaient encore des problèmes médicaux et des retards de développement cinq ans après leur arrivée. Les auteurs ont recommandé que des études de suivi à plus long terme soient réalisées (Marcovitch, Cesaroni, Roberts et coll., 1995).

Maladies transmissibles

La documentation fait état de cas de tuberculose, d'hépatite, de VIH/sida et de maladies parasitaires. Un grand nombre d'études ont été effectuées à l'aide de cas rapportés de tuberculose et de dossiers médicaux. Les immigrants sont à plus haut risque de tuberculose que les Canadiens de naissance, à cause de la probabilité plus élevée d'exposition dans leur pays d'origine (Wilkins, 1996). Les immigrants à faible revenu pourraient être encore plus vulnérables à ce chapitre à cause de leurs conditions de vie médiocres.

Il existe peu d'études publiées sur l'hépatite chez les immigrants; deux références seulement ont été relevées dans la documentation. Bernier, Willems, Delage et coll. (1996) ont observé des différences entre les immigrants et les non-immigrants quant au génotype du virus de l'hépatite C. D'autre part, dans un échantillon structuré de 224 étudiants à Vancouver, Ochnio, Scheifele et Ho (1997) ont observé une différence significative de la prévalence de l'hépatite A entre les étudiants nés à l'étranger, ayant probablement été infectés avant leur arrivée, et les étudiants canadiens de naissance (19,3 p. 100 contre 3 p. 100).

Moins de dix articles relevés aux fins de la présente étude portaient directement sur le VIH/sida et les immigrants; ils traitaient des problèmes de dépistage et de prévention. Une étude sur les facteurs contribuant aux comportements à risque relativement au VIH/sida menée auprès de six communautés ethnoculturelles du Canada révèle l'existence d'éléments communs en particulier au niveau des attitudes socioculturelles et les rôles sexuels, et de facteurs divergents, qui se traduisent par une augmentation du risque de transmission du VIH (Singer, Willms, Adrien et coll., 1996). Une autre étude porte sur les connaissances relatives au VIH/sida chez les Montréalais d'origine haïtienne (Adrien, Boivin, Hankins et coll., 1994). Enfin, Chittick (1996) a examiné dans quelle mesure les conflits culturels constituent des obstacles à la prévention du VIH/sida chez les jeunes.

Maladies non transmissibles

Plusieurs études ont été effectuées sur divers cancers dans la population immigrante au Canada, surtout sur le niveau de risque et les changements dans les générations subséquentes. On trouve en particulier des références aux cancers du sein, des ovaires et de l'utérus. Les maladies cardio-vasculaires et coronariennes ont également été étudiées.

Kliwer et Smith (1995a, 1995b) ont étudié les taux de cancer du sein et des ovaires chez les immigrantes en utilisant les données de mortalité pour 1984–1988. Des données sont disponibles sur le niveau de risque relatif de cancer du sein ou des

ovaires par pays d'origine. L'analyse de ces données a révélé que l'incidence et les taux de mortalité chez les femmes immigrantes se rapprochent des taux canadiens. Cependant, le degré et la durée de rapprochement sont extrêmement variables. À partir des résultats de la Newcomers Health Survey de Windsor en Ontario et d'autres recherches, Matuk (1996b) a déterminé que les femmes appartenant aux minorités ethniques avaient des taux de survie au cancer plus faibles que les femmes de race blanche.

Un autre aspect de la recherche sur le cancer porte sur les changements au chapitre de la prévalence chez la deuxième génération des immigrants. Balzi, Geddes et Brancker et coll. (1995) ainsi que Geddes, Balzi et Buiatti et coll. (1994) ont observé dans une étude cas-témoins et par analyse des données de mortalité qu'il y avait des différences dans le risque de divers types de cancer chez les immigrants d'origine italienne. En général, la première génération présentait un risque semblable à celui du pays d'origine alors que la deuxième génération présentait des niveaux de risque intermédiaires entre ceux des populations italienne et canadienne.

L'examen des taux de mortalité de cause cardio-vasculaire révèle des taux plus faibles chez les immigrants de première génération d'origine latino-américaine, chinoise et sud-asiatique, plus élevés chez ceux d'origine scandinave et africaine, et comparables chez ceux qui sont originaires d'Europe de l'Est ou de l'Ouest comparativement aux Canadiens de naissance. En général, les taux de mortalité diminuaient avec le temps (Nair, Nargundkar, Johansen et coll., 1990). On a déterminé que les immigrants du sud de l'Asie couraient un risque élevé de maladie coronarienne et des artères (Jolly, Pais et Rihal, 1996).

L'examen des taux de mortalité de cause cardio-vasculaire révèle des taux plus faibles chez les immigrants de première génération d'origine latino-américaine, chinoise et sud-asiatique, plus élevés chez ceux d'origine scandinave et africaine, et comparables chez ceux qui sont originaires d'Europe de l'Est ou de l'Ouest comparativement aux Canadiens de naissance.

Santé mentale

La recherche sur la santé mentale des immigrants, particulièrement chez les réfugiés, a fait l'objet d'un plus grand nombre de publications. Un examen de Tousignant (1997) a révélé que, à l'exception des réfugiés, les immigrants qui arrivent au Québec ressemblent à la population hôte sur le plan de la santé mentale. Toutefois, une étude canadienne des taux et des tendances de la mortalité par suicide (Strachen, Johansen, Nair et coll., 1990) révèle que les immigrantes de première génération ont un taux de suicide plus élevé que les Canadiennes de naissance et que le taux le plus élevé est observé chez les femmes d'origine asiatique. Les immigrants de plus de 65 ans constituent le seul groupe d'âge à afficher un taux plus élevé que les Canadiens de naissance.

On s'inquiète du fait qu'il n'y ait pas suffisamment de recherches sur la santé mentale des enfants, des jeunes, des femmes et d'autres sous-populations. Beiser, Dion, Gotowiec et coll. (1995, p. 67) notent qu'« il y a peu de recherche sur les enfants immigrants et réfugiés et que les résultats sont très variables et souvent contradictoires ». D'autres chercheurs pensent que la compréhension des effets des migrations internationales sur la santé mentale est très incomplète, cette lacune étant particulièrement marquée en ce qui a trait aux immigrants d'origine asiatique. Lorsque terminés, les travaux de recherche subventionnés par Metropolis permettront d'acquérir d'importantes connaissances. Il importe d'effectuer auprès des immigrants d'origine asiatique des études faisant appel à des échantillons représentatifs (Noh et Avison, 1996).

L'état de santé mentale des réfugiés est un problème particulier. Lübben (1996, p. 2), souligne que, malgré une expérience de recherche clinique de plus de cinquante ans auprès des enfants persécutés (...) il reste encore beaucoup à découvrir. Bien que nombre d'entre eux aient peu de problèmes de santé mentale, étant donné la nature des expériences qu'ils ont vécues, certains réfugiés sont vulnérables. Dans un article de revue sur le stress de l'acculturation parmi les réfugiés, Williams et Berry (1991), citant des recherches des années 1980, mentionnent de nombreuses caractéristiques de l'expérience des réfugiés et estiment que ce groupe est exposé à des problèmes de santé mentale. Les jeunes réfugiés peuvent être à risque pour l'abus d'alcool et la toxicomanie, la délinquance, la dépression, l'état de stress post-traumatique et des troubles psychologiques (divers auteurs cités par Edwards et Beiser, 1994). L'importance des traumatismes antérieurs à l'émigration, la violence dont ils ont été témoins, le fait d'avoir été séparés de leurs parents, etc., constituent des facteurs de risque. La capacité de parler la langue du pays hôte et une identité forte semblent être les facteurs de protection les plus importants (Edwards et Beiser, 1994; Hicks, Lalonde, Pepler et coll., 1993, cités par Hyman, Beiser et Vu, 1996).

Hyman, Beiser et Vu (1996) ont également fait une analyse documentaire sur les sources de stress ainsi que sur les facteurs de protection et les facteurs de risque pour la santé mentale des enfants réfugiés. Citant plusieurs travaux, les auteurs ont fait ressortir des observations contradictoires concernant les effets sur la santé et l'adaptation des enfants de ce groupe de sujets. Quelques auteurs pensaient que certains de ces enfants étaient particulièrement résistants; d'autres, qu'il était nécessaire de faire des études additionnelles sur les expériences vécues par les jeunes réfugiés et sur les facteurs qui contribuent aux bons et mauvais résultats.

Une revue de littérature effectuée par Jacob et Blais (1991) indiquait que les enfants réfugiés plus jeunes souffrant de traumatismes présentaient des symptômes physiques tels que les troubles du sommeil ou de l'alimentation ainsi que des problèmes de développement, alors que, chez les enfants plus âgés, les mêmes expériences entraînaient la dépression, la peur, l'anxiété, des difficultés d'apprentissage, etc. Bernier (1992) évoque les événements traumatisants subis par les réfugiés indochinois, alors que Sadoway (1996) note l'accroissement du nombre d'enfants qui arrivent seuls pour demander le statut de réfugié au Canada. Par contre, dans un autre article de revue, Hyman, Beiser et Vu (1996, p. 7) notent qu'en dépit des stress qu'ils subissent au cours de leur développement, la plupart des enfants et des jeunes des familles de réfugiés relèvent avec succès les défis présents dans la société canadienne. Des programmes d'établissement et de soutien bien conçus peuvent faciliter l'adaptation et prévenir les problèmes de santé mentale chez les sujets.

Le Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988a) en arrivait à la conclusion que les facteurs suivants affectent la santé mentale des immigrants et des réfugiés (selon une analyse documentaire et des audiences publiques) :

- attitudes publiques négatives à l'égard des immigrants et des réfugiés;
- séparation de la famille et de la collectivité;
- incapacité de parler le français ou l'anglais;
- chômage et sous-emploi;
- être adolescent ou âgé au moment de la migration;
- être femme d'une culture où les rôles des sexes et les valeurs diffèrent de ceux du Canada.

Hyman, Beiser et Vu ont également fait une analyse documentaire sur les sources de stress ainsi que sur les facteurs de protection et les facteurs de risque pour la santé mentale des enfants réfugiés. Citant plusieurs travaux, les auteurs ont fait ressortir des observations contradictoires concernant les effets sur la santé et l'adaptation des enfants de ce groupe de sujets. Quelques auteurs pensaient que certains de ces enfants étaient particulièrement résistants; d'autres, qu'il était nécessaire de faire des études additionnelles sur les expériences vécues par les jeunes réfugiés et sur les facteurs qui contribuent aux bons et mauvais résultats.

Santé bucco-dentaire

Deux articles traitant de santé bucco-dentaire ont été découverts, ce qui laisse croire qu'il s'agit d'un sujet de préoccupation pour certains. Un article faisait remarquer que, selon des études effectuées dans plusieurs pays (y compris au Canada), les immigrants jouissaient d'une moins bonne santé bucco-dentaire que les Canadiens de naissance et qu'ils utilisaient moins les services dentaires. Peu de recherches visaient à suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire des immigrants après leur arrivée (Locker, Clarke et Murray, 1998). Tous les répondants d'une étude de faible envergure menée auprès d'immigrants hispano-américains venus au Canada indiquent que le coût élevé des soins dentaires est un obstacle aux soins réguliers (Cairns, 1993).

Recherche sur la santé de la population

Aperçu

Des travaux de recherche ont été réalisés sur la plupart des déterminants de la santé les plus courants en ce qui concerne les immigrants. Toutefois, la quantité et la qualité de la recherche étaient variables, allant d'études démographiques nationales à des études ne portant que sur un seul pays d'origine ou une seule ville. Actuellement, il n'existe comme tel aucun profil des déterminants de la santé des immigrants bien que pareille analyse puisse être entreprise à l'aide des sources de données existantes et des plus récentes analyses.

En général, il existe beaucoup de renseignements sur le revenu et l'emploi, la culture (le facteur « d'appartenance ethnique » dans les différences d'état de santé) et le soutien social ou familial. Une quantité modérée de recherches ont été effectuées au Canada sur les effets de l'expérience de l'immigration sur la santé des immigrants, de même que sur les pratiques d'hygiène personnelle et (ou) les habiletés d'adaptation et sur les différences entre les sexes. Par contre, il semble y avoir eu peu de recherches quant aux effets sur la santé de l'instruction, des conditions de travail, de l'environnement physique et social (y compris la discrimination et le racisme), de la génétique et du développement des enfants en bas âge. De telles analyses seraient particulièrement utiles étant donné que l'état de santé des immigrants se dégrade au fil du temps. Compte tenu du peu de renseignements sur les facteurs de maintien de la santé des immigrants, il n'était pas étonnant de trouver si peu de documents sur les stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé. En plus d'adopter une perspective globale, il faudrait accorder plus d'attention aux sous-groupes d'immigrants potentiellement à haut risque : les enfants et les familles à faible revenu, les réfugiés de pays en voie de développement, les femmes, les immigrants âgés et ceux qui sont socialement isolés.

Les recherches financées par Metropolis permettront d'en apprendre beaucoup plus sur les déterminants de la santé des immigrants. De plus, il y a un regain d'intérêt pour l'analyse de la recherche démographique nationale dans la perspective de l'immigration. Ces recherches indiqueront probablement que certains déterminants affectent les Canadiens de naissance et ceux qui sont nés à l'étranger de façon semblable tout en mettant en lumière des différences dans leurs effets. La détermination des mécanismes d'interaction entre ces facteurs et d'autres, tels que le pays d'origine, l'expérience de l'immigration et les différences culturelles, apportera beaucoup à la compréhension globale de la santé de la population en général et

En plus d'adopter une perspective globale, il faudrait accorder plus d'attention aux sous-groupes d'immigrants potentiellement à haut risque : les enfants et les familles à faible revenu, les réfugiés de pays en voie de développement, les femmes, les immigrants âgés et ceux qui sont socialement isolés.

des immigrants. À mesure que l'approche axée sur la santé de la population gagne en popularité et que le nombre de travaux de recherche effectués sur les immigrants augmente, les études telles que celle de Chandrasena, Beddage et Fernando (1991), établissant le lien entre les suicides et l'emploi, le logement, l'éducation, l'intégration sociale et l'existence d'un réseau de soutien chez les immigrants, deviendront plus nombreuses.

Les sections qui suivent sont regroupées en fonction des déterminants de la santé présentés dans le document intitulé *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population* (Santé Canada, 1996) et d'un nouveau déterminant : l'expérience de l'immigration proprement dite. Les sections sont présentées dans l'ordre d'importance qui leur a été accordée dans les travaux de recherche sur l'immigration inventoriés.

L'expérience de l'immigration

Bien qu'elle ne soit pas incluse dans les documents universitaires et gouvernementaux traitant des déterminants de la santé, suffisamment de travaux de recherche ont été effectués pour justifier l'inclusion de l'expérience de l'immigration en soi parmi les déterminants cruciaux de la santé des immigrants de fraîche date. L'expérience de l'immigration nuit à la santé de certains immigrants, surtout les réfugiés, les immigrants âgés, les immigrants séparés de leur famille et ceux qui obtiennent peu d'aide sociale dans le pays hôte.

Les expériences vécues au moment de l'immigration et après celle-ci peuvent aider à expliquer pourquoi, par exemple, l'état de santé des immigrants décline après leur arrivée. Cette situation pourrait avoir des conséquences particulières pour les politiques, par exemple si on démontrait que le système et les services canadiens contribuent à cette dégradation de l'état de santé (ou si on découvre que les interventions positives entraînent une amélioration). De même, on pourrait mener beaucoup de recherches dans ce domaine et les résultats pourraient s'appliquer à l'ensemble de la population.

Expériences vécues avant l'immigration

Les expériences vécues par les réfugiés, notamment les privations, la violence et la torture, le stress de la relocalisation, la séparation des proches et les expériences des immigrants en général comme le déchirement de la famille, l'intégration, les conflits culturels, les obstacles à la communication et la méconnaissance des services, ont fait l'objet d'études. Certains travaux de recherche empirique appuient l'affirmation selon laquelle l'immigration peut avoir un impact négatif sur l'état de santé de certains immigrants. Dans une analyse de données démographiques, par exemple, Beiser, Devins, Dion et coll. (1997) font observer que le stress de la réinstallation exerce un effet négatif sur l'état de santé de l'immigrant en réduisant les facteurs de protection et en accroissant les facteurs de risque pour la santé. Parmi divers aspects de l'expérience de l'immigration qui affectent la santé, on compte également les modifications soudaines de l'alimentation, l'exposition à des agents pathogènes locaux, un stress invalidant entraînant la dépression, la colère, l'anxiété et des symptômes psychosomatiques, l'état de stress post-traumatique, la pauvreté, les conflits interraciaux, les conflits entre générations et les difficultés de communication (divers auteurs cités par Beiser, Dion, Gotowiec et coll., 1995).

Un article de revue analysant diverses études menées au Canada, aux États-Unis et en Australie révèle des similitudes importantes entre le taux de suicide des immigrants et celui du pays où ils sont nés ce qui, selon les auteurs, montre l'importante influence des expériences culturelles et sociales vécues avant la migration (Burvill, 1998). Rousseau, Drapeau et Corin (1997) font remarquer que la plupart des travaux de recherche sur les traumatismes liés à l'immigration portent sur les effets psychosociaux, mais que peu s'intéressent aux différences culturelles et expérientielles qui contribuent au retour à la normale.

Une étude réalisée auprès de 111 immigrants iraniens qui avaient été dirigés vers des services d'évaluation psychiatrique révèle que 10 p. 100 d'entre eux ont été traumatisés par les troubles politiques sévissant dans leur pays d'origine (Bagheri, 1992). Cette étude figure parmi d'autres qui indiquent qu'une meilleure compréhension des expériences vécues avant leur arrivée par certains groupes d'immigrants serait nécessaire.

Intégration et adaptation des immigrants à leur nouvel environnement

Selon certains chercheurs dans le domaine, les expériences de réinstallation influent davantage sur la santé mentale que les situations vécues avant l'arrivée dans le pays hôte (plusieurs auteurs cités par Beiser, 1993). Quelques études ont été menées sur les politiques et les programmes qui ont une incidence sur l'expérience entourant immédiatement l'immigration et de nombreuses autres ont été effectuées sur les problèmes d'intégration et d'établissement (signalées dans la section traitant de santé mentale). En général, le processus d'intégration peut être soit une expérience positive et saine, soit une expérience négative qui entraîne un stress additionnel, la dépression, l'isolement et diverses conséquences nocives pour la santé. Un article de synthèse sur les données du recensement de 1986 et les observations qui s'y rapportent donnent à penser qu'il faudrait examiner divers éléments comme :

- le processus complexe de reproduction sociale et d'acculturation, les liens entre les objectifs de la socialisation et certains aspects de la mobilité (Lamotte, 1991);
- l'impact du travail, de la formation professionnelle et de la participation aux activités communautaires et aux loisirs sur le bien-être général du nouvel immigrant (Ruble et Shaw, 1991).

Le Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés du Canada (1988a) a conclu que même si la migration en soi n'augmente pas nécessairement l'incidence des troubles mentaux, la maladie psychiatrique peut se manifester lorsque l'expérience est combinée avec des facteurs tels qu'une dégradation de la situation socio-économique, le manque de débouchés d'emploi appropriés pour le niveau de scolarité, la séparation de la famille et des amis et la migration pendant l'adolescence ou après 65 ans.

Dans le cadre du présent relevé, on note également plusieurs études qui portent sur les facteurs favorisant l'adaptation, y compris les suivants :

- bonne connaissance de la culture occidentale, confiance en soi, appui du mari et participation aux activités communautaires (Naidoo, 1992);
- expériences vécues avant l'immigration (motifs du départ, âge, sexe et état civil); de même que des facteurs ayant un effet après l'immigration (politiques d'intégration, vie familiale, relations sociales, projets d'avenir et isolement) (Jacob, 1994);
- connaissance du français (au Québec), le niveau d'instruction, la visibilité, la situation économique ambiante et le réseau familial (Lamotte, 1991).

De nombreux auteurs se sont penchés sur la question du maintien de l'identité culturelle en tant que force positive et ont généralement fait observer que ce facteur avait un lien positif avec le bien-être (Anderson, 1993 et d'autres auteurs). D'autres études sur les facteurs qui aident l'individu et le groupe à s'intégrer au pays hôte et sur leur relation avec l'état de santé seraient utiles. Les groupes à haut risque tels que ceux qui vivent des expériences difficiles avant l'immigration pourraient aussi s'avérer intéressants à étudier.

Culture

Les effets de la culture (surtout chez les minorités) sur d'autres déterminants de la santé, sur les facteurs de risque, les valeurs et les croyances, les comportements liés à la santé, l'utilisation et l'efficacité des services, etc., sont un champ de recherche qui prend de l'importance, mais qui n'a pas été spécifiquement exploré dans le cadre du présent relevé sur la santé et l'immigration. Bien sûr, la recherche ethno-culturelle est très pertinente dans le contexte de la santé et de l'immigration. Il serait donc important de faire une synthèse de la recherche canadienne sur la relation entre la culture et l'appartenance ethnique et la santé, dans le contexte de Metropolis (ou du domaine de la santé de la population). Il serait aussi important d'accorder une attention particulière à la recherche communautaire, de même qu'aux principaux groupes ethniques qui immigreront actuellement. Les quelques observations recueillies au cours du présent inventaire sont présentées ci-dessous.

Ethnicité

Sintonen (1993) donne un aperçu des changements de points de vue dans la recherche sur l'ethnicité en Amérique du Nord depuis les années 1970 et souligne l'importance accrue accordée à la culture et à l'identité. On a trouvé des indications que la perception de la qualité de vie et la façon dont la santé est comprise et exprimée varient d'une culture à l'autre (Kopec, Williams, To et coll., non daté).

Plusieurs études concernant les croyances et les comportements culturels relatifs à la santé et aux services de santé ont été effectuées, et d'autres sont en cours dans le cadre de Metropolis. Leonard et Cheung (1990–1991) présentent une bibliographie quelque peu périmée, qui pourrait être mise à jour, des livres et des articles en langue anglaise traitant de l'ethnicité et de l'adaptation. De plus, Cook (1994) et Chung (1994) ont tous deux observé que les croyances culturelles relatives à la maladie, à la santé et aux comportements favorisant la santé influent sur la démarche du patient face à la maladie, et donc sur la qualité des soins reçus. Par exemple, une enquête auprès d'un échantillon aléatoire de 434 mères de nourrissons à Toronto révèle que le pays d'origine de la mère a une influence sur la durée de l'allaitement (Barber, Abernathy, Steinmetz et coll., 1997). Par ailleurs, Bernier (1992) a souligné le besoin de comprendre le sens de la maladie physique, la réticence culturelle à consulter pour des problèmes de santé mentale et la possibilité d'une vulnérabilité à long terme à l'état de stress post-traumatique chez les réfugiés indochinois. Anderson (1996) a analysé, du point de vue des immigrantes, l'idée d'habilitation pour les patientes atteintes de maladies chroniques.

De nombreux auteurs se sont penchés sur la question du maintien de l'identité culturelle en tant que force positive et ont généralement fait observer que ce facteur avait un lien positif avec le bien-être.

Revenu et situation sociale

Revenu

Bon nombre d'études sur les caractéristiques socio-économiques des immigrants ont été effectuées et les données démographiques nationales ont été analysées pour permettre de déterminer si le revenu des immigrants est comparable à celui des autres Canadiens. D'autres analyses portent sur le temps nécessaire aux immigrants pour atteindre le niveau de revenu des Canadiens de naissance, sur les différences de revenu entre diverses sous-populations et sur la relation entre le revenu et la santé chez les immigrants.

On s'entend pour dire que la recherche sur les facteurs affectant le revenu des immigrants est complexe; ces facteurs, encore mal connus, pourraient donner lieu à des idées fausses sur ce qui constitue un revenu suffisant pour les immigrants et sur les effets de ce point sur la santé. Selon Hou et Balakrishnan (1996), une analyse multivariée est essentielle à la compréhension de ces facteurs. Dans leur analyse de données nationales, Dunn et Dyck (1998) ont conclu que les facteurs socio-économiques sont importants pour l'auto-évaluation de l'état de santé et la présence d'atteintes chroniques chez les immigrants et les non-immigrants, et davantage chez les premiers (p. 32), mais qu'il ne semble pas y avoir d'association évidente entre les caractéristiques socio-économiques et les caractéristiques d'immigration d'un côté et l'état de santé de l'autre (p. 35). Dans une autre étude, Kopec, Williams, To et coll. (non daté) n'ont pas trouvé de corrélation claire entre l'état de santé des immigrants récemment arrivés et leur position dans l'échelle de revenu et de scolarité. Ce résultat nécessite néanmoins un examen plus poussé. Dans le grand public, la santé est proportionnelle au niveau de revenu (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

L'analyse du recensement de 1986 indique que le revenu **familial** total des immigrants est plus élevé dans son ensemble que celui des familles de non-immigrants, probablement parce que les familles d'immigrants comptent plus de membres en âge de travailler et que plus de membres de la famille travaillent toute l'année à plein temps. Le lieu de naissance est également important : les familles d'immigrants venant des États-Unis, du Royaume-Uni, d'Europe (à l'exception des pays du Sud) et d'Afrique affichent les plus hauts revenus familiaux (Basavarajappa et Halli, 1997).

D'importantes différences de revenu entre les sous-groupes d'immigrants sont évidentes et pourraient faire l'objet d'études supplémentaires. Par exemple, l'analyse des données de recensement de 1986-1991 a révélé que les réfugiés arrivant de pays du Tiers-Monde ont systématiquement un revenu plus faible que les Canadiens de naissance. Les auteurs se sont demandé si cette tendance laissait présager l'émergence d'une « nouvelle classe défavorisée » (Neuwirth et De Vries, 1994). Richmond (1991, 1992) a fait observer que les immigrants arrivés récemment de pays du Tiers-Monde sont généralement défavorisés, et Maxim (1992) et Hou et Balakrishnan (1996) ont signalé que les membres de minorités visibles qui sont nés à l'étranger ont des salaires moins élevés que d'autres groupes de salariés. Après analyse des statistiques gouvernementales et des recherches antérieures, un auteur en est arrivé à la conclusion que la discrimination raciale sur le marché du travail est endémique et particulièrement nuisible aux nouveaux immigrants de minorités raciales qui font face à de multiples obstacles (Daenzer, 1991).

D'après les statistiques nationales, les immigrants arrivés plus récemment ont des revenus moins élevés que ceux qui sont arrivés avant eux et que les non-immigrants. Un thème largement discuté est le temps nécessaire aux immigrants pour atteindre le revenu des Canadiens de naissance de compétences comparables. La réponse dépend de plusieurs facteurs, dont les qualifications des immigrants, la conjoncture économique au moment de leur arrivée et la discrimination.

D'après les statistiques nationales, les immigrants arrivés plus récemment ont des revenus moins élevés que ceux qui sont arrivés avant eux et que les non-immigrants. Un thème largement discuté est le temps nécessaire aux immigrants pour atteindre le revenu des Canadiens de naissance de compétences comparables. La réponse dépend de plusieurs facteurs, dont les qualifications des immigrants, la conjoncture économique au moment de leur arrivée et la discrimination. Même si les chercheurs ont fait appel à diverses techniques pour mettre au jour ces effets, aucun consensus ne se dégage quant à durée exacte du processus d'adaptation. Les recherches préliminaires indiquent que le revenu des immigrants augmente de façon marquée au cours des trois premières années suivant leur arrivée et à un rythme beaucoup plus lent par la suite. (Citoyenneté et Immigration Canada, 1997, p. 63). L'analyse des données de la base de données longitudinales sur les immigrants (fondée sur les arrivées de 1980) a indiqué que le revenu des immigrants égale ou dépasse celui de la moyenne globale des Canadiens après 10 à 14 ans de résidence (données inédites, Citoyenneté et Immigration Canada, 1999). Toutefois, les tendances montrent que les immigrants de fraîche date pourraient prendre beaucoup plus de temps pour arriver au même résultat.

Peu d'analyses ont été effectuées sur le niveau de pauvreté des immigrants en général ou dans des sous-populations importantes telles que les familles monoparentales, les nouveaux immigrants, etc. Toutefois, les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 indiquent que les immigrants de fraîche date sont deux fois plus susceptibles d'être pauvres que l'ensemble des Canadiens (Beiser, Devins, Dion et coll., 1997). Au total, 25 p. 100 des familles d'immigrants et de réfugiés et 51 p. 100 de celles qui sont arrivées entre 1991 et 1996 vivaient sous le seuil de la pauvreté, par rapport à 11 p. 100 des familles non immigrantes (Martin Spigelman Research Associates, 1998). De même, les données du recensement de 1986 ont montré que le tiers (31 p. 100) de tous les enfants immigrants vivaient au sein de familles à faible revenu comparativement à 19 p. 100 pour l'ensemble des familles canadiennes. En 1985, près de la moitié (46 p. 100) des enfants immigrants vivant à Montréal faisaient partie de familles dont le revenu était inférieur aux seuils de faible revenu de Statistique Canada (Burke, 1992).

Les taux de pauvreté de certains groupes ethniques sont frappants. En 1991, 41 p. 100 des Latino/Sud/Centraméricains, 41 p. 100 des immigrants de l'Asie occidentale et 39 p. 100 des Arabes vivaient sous le seuil de la pauvreté, comparativement au taux de pauvreté national de 16 p. 100 (dont 70 à 75 p. 100 étaient des immigrants) (Kazemipur et Halli, 1998). Les auteurs de la dernière étude en sont arrivés à la conclusion que les groupes d'immigrants comme les Vietnamiens, les Espagnols, les Chinois, les Noirs et les Philippins souffriront de plus en plus de la pauvreté, qui s'étendra sur des générations (p. 26).

On a relevé très peu de travaux de recherche sur le revenu et la situation socio-économique des immigrantes. Toutefois, ils ont donné des résultats surprenants. Ainsi, Gibbs (1996) a observé qu'en dépit d'un traitement systématiquement différent (lié à la marginalité socio-économique et aux occasions de mobilité sociale), les Africaines et les femmes des Caraïbes participant à l'étude étaient capables de réduire l'écart les séparant des femmes d'origine anglo-saxonne pour ce qui est de la stratification professionnelle et la rémunération moyenne. Une autre analyse

fondée sur les données de recensement a indiqué qu'à cause des tendances de l'immigration et des politiques en matière de pension, le revenu de nombreuses femmes nées à l'étranger était faible (Boyd, 1991).

Situation sociale et discrimination

On a trouvé peu de travaux empiriques (surtout canadiens) sur la discrimination et la santé des immigrants. Même s'il s'agit d'un sujet de recherche populaire aux États-Unis, il est axé le plus souvent sur les populations noire et latino-américaine (Noh, 1999)

On pense que la « réceptivité » du pays hôte a un effet important sur la santé mentale des nouveaux venus (Compere et Duval, 1992). Beiser et Edwards (1994) ont utilisé les données longitudinales d'un projet de réinstallation de réfugiés du Sud-Est asiatique pour mettre en évidence le stress engendré par les migrations (déplacement et réinstallation) et le stress dit catastrophique lorsqu'ils interagissent avec des facteurs individuels et sociaux. Baba et Jamal (1990) ont trouvé des données empiriques substantielles appuyant une corrélation négative entre l'aliénation et la santé mentale chez les immigrants. Des facteurs liés ou non au travail affectaient le niveau d'aliénation (article sommaire).

Les crimes haineux et la violence ont certes un effet négatif sur les immigrants. Toutefois, peu de recherches ont été menées pour mesurer la nature et l'envergure des crimes haineux, surtout à l'endroit des immigrants de minorité visible, et leur effet sur leur santé. Une étude a permis d'estimer qu'environ 60 000 crimes haineux ont été commis dans les neuf principaux centres urbains du Canada en 1994; 61 p. 100 de ces crimes étaient des agressions et des méfaits dirigés vers des minorités raciales, et 23 p. 100 visaient des minorités religieuses (Patrimoine canadien, 1998).

Il est évident qu'une meilleure compréhension de la nature et de l'ampleur du racisme et de la discrimination vécus par les immigrants est nécessaire pour déterminer l'effet de ces facteurs sur la santé physique et mentale ainsi que leurs effets indirects sur d'autres déterminants de la santé : le revenu, l'emploi, le soutien social et l'accès aux services de santé. L'augmentation du nombre d'immigrants faisant partie des minorités visibles rend cette recherche essentielle. Il faudrait déterminer dans quelle mesure la recherche sur les minorités visibles en général peut être appliquée aux immigrants arrivés plus récemment et approfondir les recherches sur des sous-groupes particuliers d'immigrants.

Emploi et conditions de travail

Emploi

Tout comme dans la population en général, le chômage semble avoir des effets néfastes sur la santé des immigrants, mais peut les affecter de façon différente. Les recherches ont révélé en particulier les effets négatifs du chômage sur la santé mentale. Une importante étude menée auprès de réfugiés du Sud-Est asiatique fait la lumière sur cette relation : la perte d'emploi augmente le risque de dépression dans le groupe et la dépression rend plus difficile la conservation de l'emploi. Toutefois, les résidents canadiens sont plus affectés par la perte d'estime de soi et de contact social que ne le sont les immigrants, tandis que le sous-emploi ne semble pas influencer sur la santé mentale des réfugiés (Beiser, Johnson et Turner, 1993). Ces différences pourraient faire l'objet de travaux de recherche additionnels et plus détaillés.

Il est évident qu'une meilleure compréhension de la nature et de l'ampleur du racisme et de la discrimination vécus par les immigrants est nécessaire pour déterminer l'effet de ces facteurs sur la santé physique et mentale ainsi que leurs effets indirects sur d'autres déterminants de la santé : le revenu, l'emploi, le soutien social et l'accès aux services de santé. L'augmentation du nombre d'immigrants faisant partie des minorités visibles rend cette recherche essentielle.

Citoyenneté et Immigration Canada (1997) a conclu qu'il n'y a pas de différences importantes du taux de chômage entre les immigrants et les non-immigrants de 15 ans et plus, bien qu'il soit un peu plus élevé chez les immigrants de 15 à 24 ans. Encore un fois, les observations générales sur un groupe peuvent donner de fausses impressions. Les immigrants de fraîche date affichent un taux de chômage plus élevé que les non-immigrants. L'analyse des données des recensements de 1986 à 1996 portant sur les immigrants de fraîche date (ceux qui sont arrivés au Canada cinq ans auparavant) indique qu'en 1996, les immigrants avaient beaucoup plus de difficulté à trouver un emploi que leurs prédécesseurs des années 80 (Badets et Howatson-Leo, 1999, p. 17). Les femmes immigrantes étaient plus sévèrement touchées, leur taux d'emploi étant bien loin derrière celui des hommes immigrants.

Les attentes pourraient jouer un rôle particulièrement important dans la perception qu'ont les immigrants de l'emploi. Alors qu'une courte période de chômage et de sous-emploi peut être prévisible à l'arrivée, le chômage ou le sous-emploi à long terme ont un impact plus négatif. Des travaux de recherche additionnels pourraient examiner au fil du temps les changements de situation quant à l'emploi, les effets de ces changements sur la famille dans son ensemble (le chômage et le sous-emploi parmi les familles d'immigrants ont pour effet d'augmenter le nombre de membres de la famille qui travaillent dans le but d'accroître le revenu familial) et les effets particuliers sur les immigrants de fraîche date et sur les jeunes.

Concernant l'effet de l'immigration sur le chômage, Bensen et Dupuis (1998, p. 68) font remarquer que la majorité des études effectuées à ce jour ne permettent pas de conclure que l'immigration a un effet sur le taux de chômage, particulièrement à long terme. Cette récente étude menée en Colombie-Britannique a permis de déterminer que de plus en plus de nouveaux venus se heurtent à des marchés qui ne peuvent fournir suffisamment de débouchés d'emploi, à des employeurs incapables de vérifier leurs titres de compétences à l'étranger ou ne voulant pas le faire et à une qualité et à une quantité décroissantes des services d'aide et de formation pour entrer sur le marché du travail.

Conditions de travail

Les recherches révèlent que, dans l'ensemble, les immigrants et les Canadiens de naissance ne diffèrent pas tellement quant à la répartition par profession (Beujot, 1992, cité par Globerman, 1998). Toutefois, les types d'emploi disponibles pour les immigrants arrivés plus récemment et peu scolarisés et leurs effets sur la santé n'ont fait l'objet que d'un petit nombre d'études sur la santé au travail et sur le milieu de travail. Une analyse de la stratification professionnelle chez les immigrants en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction, du pays d'origine, des maladies et des problèmes de santé associés constituerait un important ajout au domaine de la santé.

On a découvert que les groupes des minorités qui doivent accepter de travailler les fins de semaine et en rotation subissent un stress semblable à celui de la population non minoritaire : stress plus élevé, moins de satisfaction au travail et moins de temps libre avec la famille (Jamal et Badawi, 1995). Une autre étude des mêmes chercheurs révèle un lien positif entre le stress engendré par le travail et les problèmes psychosomatiques chez les immigrants musulmans (Jamal et Badawi, 1993).

Citoyenneté et Immigration Canada a conclu qu'il n'y a pas de différences importantes du taux de chômage entre les immigrants et les non-immigrants de 15 ans et plus, bien qu'il soit un peu plus élevé chez les immigrants de 15 à 24 ans. Encore un fois, les observations générales sur un groupe peuvent donner de fausses impressions. Les immigrants de fraîche date affichent un taux de chômage plus élevé que les non-immigrants.

Les taux potentiellement plus élevés d'accidents du travail chez les immigrants sont cités dans un article de Krahn, Fernandes et Adebayo (1990). On a observé que les immigrants étaient surreprésentés dans l'industrie manufacturière et l'industrie de la construction où les risques sont plus élevés. Les auteurs ont émis l'hypothèse que la hausse du taux d'accidents dans ce groupe est attribuable aux problèmes d'ordre linguistique et à une moins bonne connaissance des dangers en milieu de travail. Il serait justifié de faire plus de recherches sur ce sujet.

Bolaria (1990) a fait remarquer que des observations faites chez des groupes particuliers — travailleurs agricoles, de la confection et travailleurs domestiques — donnent à penser que les immigrants sont plus particulièrement exposés à un grand nombre de risques pour la santé. Il a observé que les immigrantes sont exposées à des conditions de travail plus dangereuses que les immigrants.

Réseaux de soutien social

On connaît bien l'importance du soutien social pour la santé de la population en général. Cela vaut aussi, semble-t-il, pour les immigrants. La séparation des proches est un facteur de stress particulièrement important pour l'immigrant de première génération (souvent le mari et le père), qui vient au Canada pour s'y établir et demander par la suite de parrainer son épouse et ses enfants, un processus qui peut être assez long. Les études portant sur les réfugiés de l'Asie du Sud-Est ont montré que le taux de dépression est beaucoup plus élevé chez ceux qui sont venus seuls au Canada que ceux qui sont arrivés avec leur famille. La réunification de la famille est suivie par une amélioration de la santé mentale (plusieurs auteurs cités par Beiser, 1993).

Dans une étude longitudinale d'immigrants coréens, Noh et Avison (1996) ont en effet conclu que les ressources sociales et psychologiques dont disposaient les sujets avaient un puissant effet atténuateur sur les facteurs de stress et sur leurs conséquences. D'autres chercheurs ont montré que le soutien familial et social contribuait à l'adaptation réussie de jeunes réfugiés (Fox, Cowell et Montgomery, 1994, cité dans Hyman, Beiser et Vu, 1996). Encore une fois, cependant, une recherche a fait ressortir des différences entre les immigrants : selon une analyse des données nationales, les immigrants non européens seraient moins susceptibles de bénéficier d'un soutien personnel de la part de proches que les immigrants venant d'Europe (Dunn et Dyck, 1998).

Pour les immigrants, le soutien social se présente sous un angle particulier, étant donné qu'ils ne bénéficient plus de leur ancien réseau de soutien social, et souvent familial; les réfugiés, eux, ont été privés de ce réseau malgré eux et probablement pour toujours. Une récente étude non aléatoire sur les immigrants de la Colombie-Britannique a permis de conclure que la plupart des immigrants et des réfugiés à faible revenu n'ont ni famille, ni collectivité, ni aide dans le pays d'accueil et sont profondément seuls et isolés (Martin Spigelman Research Associates, 1998, p. ii).

Il leur faut donc se bâtir un nouveau réseau de soutien social dans leur pays d'accueil, et y recréer des liens tant avec les membres de groupes ethniques similaires qu'avec la communauté dans son ensemble. Plusieurs études qui se penchaient sur l'immigration dans une région d'où est absente sa propre communauté ethnoculturelle ont mis au jour son effet perturbateur sur la santé mentale (Baker, Arseneault et Gallant, 1994; Tran, 1987, et Allodi, 1989, cités dans Beiser,

Dion, Gotowiec et coll., 1995; Rublee et Shaw, 1991). Une autre recherche souligne, par ailleurs, que c'est la combinaison de l'identification à un groupe apparié et de l'intégration à l'ensemble de la société qui permet le mieux à l'immigrant de s'adapter (bien-être), quoique cela soit contesté par certains spécialistes.

Encore une fois, il importe d'étudier davantage les sous-populations d'immigrants si l'on veut déterminer quels sont les obstacles qui s'opposent à l'établissement d'un réseau de soutien social pour différents groupes dans différentes situations. Ainsi, une étude a montré qu'un faible niveau d'instruction et un bas revenu exacerbent parfois le sentiment de distance sociale que l'on éprouve à l'égard des autres groupes (Jerabek et De Man, 1994). Il semble plus facile de bénéficier du soutien de la communauté dans certaines situations, par exemple, lorsqu'existe déjà sur place une élite instruite, bien intégrée sur le plan économique, ayant de solides bases culturelles, et bien vue du gouvernement (Dorais, 1991).

Le soutien familial est un autre facteur important qui contribue à la santé des immigrants. Selon une étude exploratoire menée par Trovato (1998), le mariage semble effectivement réduire le taux de mortalité chez les immigrants, comme c'est d'ailleurs le cas dans l'ensemble de la population.

Habitudes d'hygiène personnelles

En ce qui a trait au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'obésité, aux apports nutritionnels, à l'activité physique, aux activités de loisir et aux frottis de Pap, on dispose de données provenant de plusieurs vastes sondages. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 a ainsi recueilli des informations sur les habitudes des immigrants en matière de tabagisme, de loisirs et d'activité physique. Ces données ont permis d'établir que, de façon générale, les immigrants arrivaient au pays avec de meilleures habitudes de vie que les Canadiens, mais qu'ils finissaient par perdre cet avantage avec le temps. Les immigrants sont en effet plus susceptibles de n'avoir jamais fumé avant d'arriver au Canada, indépendamment des caractéristiques socio-économiques et démographiques. Le tabagisme augmente cependant chez eux en fonction de la durée de leur résidence au Canada (Chen, Ng et Wilkins, 1996). Comparativement à l'ensemble de la population, les nouveaux immigrants fument moins, boivent moins d'alcool et sont moins souvent obèses; par contre, ils sont moins susceptibles de s'adonner régulièrement à une activité physique et, dans le cas des femmes, de subir régulièrement un test de Pap. Les immigrants venant d'ailleurs que de l'Europe ou des États-Unis étaient pour leur part plus susceptibles de fumer, de consommer de l'alcool ou d'être obèses que la population générale (Dunn et Dyck, 1998; Beiser, Devins, Dion et coll., 1997).

Des analyses fondées sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario effectuée en 1990 ont également révélé que les immigrants, notamment les Asiatiques, étaient moins susceptibles d'avoir un poids excessif que les Canadiens de naissance (Pomerleau, Ostbye et Brightsee, 1997), et que les jeunes nés à l'étranger buvaient peu (Cheung, 1993). En se fondant sur les données de la même enquête, Pomerleau, Ostbye et Brightsee (1998a, 1998b) ont établi que les immigrants étaient généralement plus susceptibles que les non-immigrants de satisfaire aux recommandations sur l'apport en graisses et en glucides, mais présentaient par ailleurs un risque accru sur le plan de l'apport en protéines, en fer et en calcium (les données variant selon le pays d'origine).

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 a ainsi recueilli des informations sur les habitudes des immigrants en matière de tabagisme, de loisirs et d'activité physique. Ces données ont permis d'établir que, de façon générale, les immigrants arrivaient au pays avec de meilleures habitudes de vie que les Canadiens, mais qu'ils finissaient par perdre cet avantage avec le temps.

Nous ne possédons guère d'information sur les diverses sous-populations d'immigrants. Cela serait pourtant bien utile pour mieux comprendre les risques que court cette population diversifiée sur le plan de la santé. Matuk (1996a) a ainsi établi, dans une étude portant sur 226 nouveaux immigrants, que malgré le taux élevé d'abstinence et le faible taux de consommation d'alcool observés chez eux dans l'ensemble, la consommation d'alcool n'en était pas moins un domaine pertinent pour la promotion de la santé, notamment auprès des femmes. De son côté, Millar (1992) a signalé que les taux nationaux de tabagisme occultent d'importantes variations dans la prévalence du tabagisme entre les divers groupes ethniques (Résumé). Selon les auteurs de l'étude sur la nutrition citée ci-dessus, il faudrait aussi étudier davantage l'état nutritionnel des sous-groupes d'immigrants pour mettre au point des programmes de santé et de nutrition culturellement adaptés (Pomerleau, Ostbye et Brightsee (1998a, 1998b). Comme le font également observer Pomerleau, Ostbye et Brightsee (1998a, 1998b), de même que Husbands et Idahosa (1995), la documentation sur l'origine ethnique et les loisirs montre que la notion de loisir et les activités auxquelles on s'adonne diffère selon les groupes. Pour être efficaces, les programmes et les politiques de loisirs doivent donc tenir compte de la composition ethnique de la communauté et de son évolution.

On propose en outre d'explorer davantage les facteurs qui contribuent à modifier les habitudes en matière d'hygiène ou d'étudier les facteurs liés à l'attitude et au mode de vie chez les immigrants qui fument, consomment de l'alcool et ont un poids trop élevé. Beardall et Edwards (1995) déplorent la pauvreté de la recherche canadienne sur les facteurs culturels et sociaux influant sur les habitudes en matière de tabagisme. Ferrence, Brewster, Edwards et coll. (1996) ont étudié les facteurs culturels liés au tabagisme chez un petit nombre de membres de groupes ethniques; cette recherche pourrait être élargie pour permettre l'extrapolation à une population plus vaste.

Environnements social et physique

Les environnements social et physique ont des incidences de toutes sortes sur la santé. On entend par là le milieu naturel, les dangers posés par l'environnement, la nature des villes et des communautés, l'environnement social, et même la structure sociale et politique, la nature de la participation publique, etc. Certains de ces aspects ont été abordés ailleurs dans ce rapport, par exemple, les conditions de travail, la discrimination et les réseaux de soutien social. Tous ne sont pas particulièrement pertinents pour les immigrants, à moins que ceux-ci ne soient exposés à des environnements dangereux ou hostiles différents de ceux de l'ensemble de la population. L'exposition à ce genre de facteurs pourrait aussi être attribuée davantage à la pauvreté et à la misère qu'au statut d'immigrant comme tel. De toute évidence, d'autres recherches sur l'environnement social, en particulier sur la réceptivité de la communauté d'accueil, semblent s'imposer.

Les recherches recensées sous la rubrique « état de santé » font état de facteurs environnementaux liés aux changements dans le risque de cancer après l'immigration au Canada, mais sans les analyser plus avant. On a trouvé quelques travaux de recherche terminés ou en cours traitant des immigrants et du logement. Près de la moitié (47 p. 100) des répondants d'une étude non aléatoire menée en Colombie-Britannique ont déclaré qu'ils avaient un meilleur logement dans leur pays d'origine qu'au Canada (Martin Spigelman Research Associates, 1998).

Le caractère adéquat et la disponibilité du logement constituent des aspects importants du processus d'intégration. On connaît leur incidence considérable sur l'état de santé général. Selon une analyse des données du recensement de 1986, le fait simple d'être membre d'un groupe ethnique compterait davantage dans le fait de posséder sa propre maison que le temps écoulé depuis l'arrivée au pays, ce qui porte les auteurs à croire que le statut des groupes minoritaires et la discrimination exercée sur les marchés fonciers pourraient être d'importants facteurs (Balakrishnan et Wu, 1992). Une autre analyse des mêmes données a révélé que les immigrants venant de pays en développement étaient beaucoup moins susceptibles d'être propriétaires (Ray et Moore, 1991). Il est donc recommandé de bien comprendre la « complexité culturelle » et les antécédents des immigrants si l'on veut élaborer avec succès des projets de coopératives d'habitation sans but lucratif (Rodman et Cooper, 1995). Selon les résultats d'une étude préliminaire sur les immigrantes et le logement, les immigrantes qui font partie de minorités raciales ont été victimes de discrimination fondée sur le sexe et la classe sociale et ont vécu de graves crises en relation avec le logement (Novac, 1996). Les nouvelles recherches entreprises dans le cadre du projet Metropolis viendront ajouter à nos connaissances en la matière.

Sexe

Une certaine attention a été accordée à l'influence du sexe de la personne sur la santé des immigrants, surtout par suite des recherches financées par le Projet Metropolis et par les Centres d'excellence pour la santé des femmes (le Centre de Montréal a fait des immigrantes l'une des ses priorités de recherche). Le sexe est un facteur particulièrement pertinent dans la recherche sur l'immigration vu les politiques qui défavorisent parfois les femmes, les obstacles qui restreignent leur accès aux services et les conflits culturels qui peuvent surgir lorsque les femmes arrivent de pays où les attentes quant aux rôles sexuels sont très différentes. Au nombre des facteurs influant particulièrement sur la santé des femmes et qui sont abordés dans la recherche, mentionnons les cancers des organes génitaux et de l'appareil reproducteur, les écarts de revenus, l'éducation et l'emploi, la santé mentale, la perception du bien-être et de la maladie, le rôle de dispensatrice de soin, la violence familiale, la grossesse, les mutilations génitales et autres.

On a examiné le biais sexiste en fonction du faible taux de syndicalisation des immigrantes. Une étude menée à Toronto attribue ce biais au sexe, à la classe, à l'origine ethnique ou à la race, au processus d'immigration et à la marginalisation économique (Modibo, 1997). Les participantes à une étude menée au Nouveau-Brunswick sur les femmes immigrantes victimes de violence ont permis de conclure que la capacité de ces femmes de quitter leur partenaire violent se trouve limitée par le fait qu'elles dépendent d'eux aux chapitres de l'argent et de l'immigration, et qu'elles ne connaissent pas bien l'appareil judiciaire (Miedema et Wachholz, 1998).

Plusieurs études examinent les différences de l'expérience de réfugié chez les hommes et chez les femmes : parmi les facteurs importants, mentionnons les différentes identités sexuelles transmises par la culture d'origine par rapport à la norme canadienne, de même que la perception des nouvelles possibilités qui leur sont offertes dans leur nouveau pays (McSpadden et Moussa, 1993). Selon une étude internationale, bien que les femmes et les enfants constituent près de 80 p. 100

Le sexe est un facteur particulièrement pertinent dans la recherche sur l'immigration vu les politiques qui défavorisent parfois les femmes, les obstacles qui restreignent leur accès aux services et les conflits culturels qui peuvent surgir lorsque les femmes arrivent de pays où les attentes quant aux rôles sexuels sont très différentes. Au nombre des facteurs influant particulièrement sur la santé des femmes et qui sont abordés dans la recherche, mentionnons les cancers des organes génitaux et de l'appareil reproducteur, les écarts de revenus, l'éducation et l'emploi, la santé mentale, la perception du bien-être et de la maladie, le rôle de dispensatrice de soin, la violence familiale, la grossesse, les mutilations génitales et autres.

de la population des réfugiés relevant des Nations unies, ces derniers ne représentent que 57 à 59 p. 100 de tous les immigrants. Ce préjugé apparent en faveur du sexe masculin pourrait signifier que les services d'aide à l'établissement sont principalement axés sur les besoins des hommes, et donc que les besoins des femmes ne sont pas satisfaits dans le pays d'accueil (Keely, 1992). Allodi et Stiasny (1990), dans une étude des dossiers de 28 réfugiées latino-américaines, ont découvert que la torture avait été, dans leurs cas, plus souvent de nature sexuelle, ce qui a nui à leur adaptation sexuelle.

Sur le plan de la santé mentale, Noh, Wu et Kaspar (1992) ont constaté que les immigrantes en général affichent un taux de troubles affectifs plus élevé que les hommes; selon des études menées auprès d'immigrantes originaires d'Asie, ces femmes présentent la même tendance, peut-être à cause de l'absence de pouvoir et de la surcharge de travail, c'est-à-dire la double tâche découlant du travail rémunéré et des responsabilités familiales. Cette étude longitudinale sur les immigrantes coréennes a révélé par ailleurs que, dans l'ensemble, le taux de dépression observé chez elles ne diffère pas vraiment de celui des Nord-américains en général et qu'il varie d'un sous-groupe à l'autre.

Un examen des études sur les taux de fertilité chez les immigrantes a révélé que leur fertilité n'est pas perturbée immédiatement après l'immigration du fait de cette expérience (Ng et Nault, 1997); peut-être faudrait-il de ce fait tenter de déterminer si les besoins en soins pré-natals et post-natals des femmes nouvellement arrivées sont vraiment satisfaits.

Noivo (1994) a étudié en quoi le statut d'immigrant et de groupe minoritaire, les proscriptions liées au sexe et l'appartenance à la classe ouvrière se traduisaient par un fardeau accru pour les femmes au sein des familles immigrantes. Ces facteurs sont parfois même à l'origine de la violence familiale. La recherche menée par Anderson, Blue, Holbrook et coll. (1993) a mis en lumière certains facteurs influant sur la prise en charge de la maladie chez les Chinoises de première génération faisant partie de la population active. Dans nombre de cas, en effet, les circonstances de la vie empêchent ces femmes de bien se soigner. Elles ont du mal à accéder aux établissements de santé, apprennent peu auprès des professionnels de la santé et n'ont guère les ressources nécessaires pour comprendre ce qui leur arrive.

Nous n'avons trouvé qu'un seul article portant sur les mutilations sexuelles féminines (MSF) (Gibeau, 1998). (D'autres articles sont probablement indexés dans des catégories relevant du domaine ethnoculturel.) Son auteure analyse les conséquences des MSF sur la santé, et insiste sur la nécessité, pour les praticiens, de connaître les caractéristiques démographiques et les taux de prévalence de ces pratiques pour bien comprendre les immigrantes provenant de pays où elles ont cours.

Éducation

Les recherches sur l'incidence de l'éducation sur la santé des immigrants étaient moins nombreuses que prévu. Celles qui ont été recensées viennent appuyer la thèse selon laquelle les personnes plus instruites sont en meilleure santé. C'est le cas des Canadiens, en général. Selon la revue de la documentation effectuée par Jacob et Blais (1991), les études sur la santé des réfugiés menées avant 1991 indiquent que

l'instruction insuffisante et l'analphabétisme fonctionnel en anglais et en français (mais non la durée du séjour au Canada) sont d'importants facteurs dans la perception qu'ont les réfugiés de leur bien-être.

À cause du processus de sélection, les immigrants sont, dans l'ensemble, plus instruits que les Canadiens d'origine, mais leur niveau d'instruction est polarisé. Quatorze pour cent de ceux qui ont plus 15 ans possèdent un diplôme universitaire, comparativement à 11 p. 100 chez les non-immigrants. Une plus forte proportion avaient toutefois un niveau de scolarité inférieur à une neuvième année du secondaire (19 p. 100 par opposition à 13 p. 100) (Citoyenneté et Immigration Canada, 1998b). Une autre recherche liant les fichiers sur le droit d'établissement et les fichiers d'impôt a révélé que l'écart de revenu nominal entre les immigrants peu instruits et les autres s'élargit avec le temps.

Résultat peu surprenant : la connaissance qu'ont les immigrants des deux langues officielles leur permet de gagner des revenus d'emploi plus élevés et de moins recourir à l'assurance-emploi et à l'aide sociale (Citoyenneté et Immigration Canada, 1999). La maîtrise de la langue influe toujours sur les revenus même après une résidence prolongée au Canada (plus de 14 ans) (Citoyenneté et Immigration Canada, 1997).

Il faudra analyser davantage le rapport entre le niveau d'instruction (surtout linguistique), au Canada, et la santé chez les immigrants au niveau national, en portant une attention spéciale aux sujets peu instruits aux prises avec des problèmes de langue et d'analphabétisme. Les rapports entre l'instruction, le chômage (ou le sous-emploi), les revenus, la santé et le bien-être doivent eux aussi être analysés. On pourrait, par ailleurs, entreprendre d'autres études pour déterminer l'incidence de l'éducation sur les habitudes en matière de santé et sur l'adaptation, de même que sur l'intégration et son interaction avec la culture et le statut social lié au sexe, en vue de déterminer en quoi, par exemple, les attentes liées à la culture et au sexe influent sur l'éducation, les croyances et les habitudes en matière de santé. En outre, il serait bon d'établir quels niveaux d'instruction et de connaissances en matière de santé favorisent la prévention de la maladie (ce sujet est abordé plus en détail dans la partie sur la prévention des maladies et la promotion de la santé). À cet égard, il importerait d'étudier certaines sous-populations particulières, dont les personnes qui maîtrisent mal l'anglais ou le français, celles qui proviennent de cultures très différentes, ainsi que les femmes et les enfants.

Développement sain de l'enfant

Une bonne partie de la recherche sur les enfants immigrants portait sur la santé mentale et l'intégration/adaptation, et est abordée dans d'autres parties du rapport. Dans son analyse des études sur les problèmes de santé mentale des enfants immigrants et réfugiés, Freire (1993) a conclu que ces enfants font face à des défis uniques, mais acquièrent également, par suite de leur expérience de l'immigration, des aptitudes qui ont une incidence sur leur adaptation et leur santé.

Compte tenu du nombre de recherches qui se font sur les enfants canadiens en général, étonnamment peu d'études semblent porter directement sur la question des enfants immigrants. Une analyse de données nationales comparables aux statistiques que l'on trouve dans *Le progrès des enfants au Canada 1998 : Portrait des jeunes* (Conseil canadien de développement social, 1998) ou *La santé des enfants du Canada :*

Compte tenu du nombre de recherches qui se font sur les enfants canadiens en général, étonnamment peu d'études semblent porter directement sur la question des enfants immigrants. Une analyse de données nationales comparables aux statistiques que l'on trouve dans Le progrès des enfants au Canada 1998 : Portrait des jeunes ou La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI, 2^e édition, où l'inclusion plus fréquente, dans les publications de nature générale, de données distinctes sur les enfants immigrants permettraient d'établir des comparaisons avec l'ensemble des enfants nés au Canada et seraient des plus utiles pour les décideurs.

Un profil de l'ICSI, 2^e édition (Institut canadien de la santé infantile, 1994), dont une troisième édition est actuellement en cours de préparation, où l'inclusion plus fréquente, dans les publications de nature générale, de données distinctes sur les enfants immigrants permettraient d'établir des comparaisons avec l'ensemble des enfants nés au Canada et seraient des plus utiles pour les décideurs.

Dans un domaine autre que la santé mentale, le relevé a permis de repérer peu de recherches sur les facteurs de risque pour la santé des enfants. Selon les quelques études recensées, les mères nées à l'étranger ne semblent pas risquer davantage d'avoir des enfants de faible poids à la naissance ou prématurés (Doucet, Baumgarten et Infante-Rivard, 1992). Cependant, Edwards et Boivin (1997) ont découvert que les différences culturelles entre les immigrants pourraient permettre de prédire environ le quart (24,2 p. 100) des différences de comportement au niveau des soins aux enfants. Chez les immigrants de fraîche date, on s'inquiète particulièrement de la santé de l'enfant, du niveau d'instruction de la mère et d'une combinaison du nombre de naissances et du statut d'immigrant actuel.

Compte tenu des projets du gouvernement fédéral concernant les enfants, il serait peut-être justifié de faire une analyse distincte de la littérature sur les enfants immigrants ou de diverses origines ethnoculturelles et de formuler des recommandations sur des recherches additionnelles.

Patrimoine biologique et génétique

Au niveau des sources recensées dans le cadre du présent rapport, les caractéristiques biologiques et génétiques ne semblent avoir donné lieu à d'intenses efforts de recherche en ce qui concerne la santé des immigrants, si l'on excepte quelques études sur les différences dans les taux de cancer selon le pays d'origine, sur l'éventuelle convergence de ces taux avec les taux canadiens, et sur les différences entre les taux de cancer chez les immigrants de première génération et leurs descendants (Geddes, Balzi, Buiatti et coll., 1994; Balzi, Geddes, Brancker et coll., 1995; Kliewer et Smith, 1995a, 1995b; Matuk, 1996b). Globerman (1998) signale que certaines différences de patrimoine génétique entre immigrants et Canadiens de naissance pourraient donner lieu à des besoins particuliers en matière de santé, mais sans explorer cette piste plus avant.

Services de santé

Toutes les recherches sur les services de santé sont abordées dans la partie sur le soutien et le renouvellement du système de santé.

Stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé

Même si quelques documents de recherche portent expressément sur les stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé adaptées aux populations d'immigrants, l'examen de ces stratégies découle le plus souvent des résultats liés à un autre aspect de la recherche en santé, comme le tabagisme. Certaines recherches sur le sujet ont pu passer inaperçues du fait que la recherche évaluative était exclue de la recherche documentaire, et que d'autres études étaient classées dans les catégories des pratiques culturelles et d'hygiène personnelle.

Il pourrait être fort utile de passer en revue les ouvrages recensés (et d'autres études d'évaluation) pour faire la synthèse des connaissances sur l'état de santé, les facteurs de risque, les données démographiques, les comportements connus en matière de santé et les méthodes de promotion de la santé efficaces, et cerner les lacunes dans les connaissances parmi les immigrants de fraîche date. La meilleure façon d'effectuer ces recherches supplémentaires serait sans doute d'en faire une composante pratique d'autres études.

Certains ouvrages recensés sur la prévention et la promotion traitent des interventions en santé mentale, du VIH/sida et de la prévention du cancer. Nous en présentons les grandes lignes ci-dessous.

Dyck (1993) a donné un aperçu des facteurs à prendre en considération dans le cadre des stratégies de promotion de la santé s'adressant aux mères indo-canadiennes, en tenant compte de la structure des ménages, de la division du travail, des stratégies de garde des enfants et des problèmes liés à l'éducation des enfants. Elle a insisté sur l'importance de travailler avec la communauté pour développer et soutenir les programmes. De leur côté, Williams et Berry (1991) ont soutenu que les réfugiés ont particulièrement besoin d'interventions en santé publique pour réduire les risques de troubles mentaux résultant des expériences qu'ils ont vécues. Les soins de santé mentale offerts aux réfugiés, affirment les auteurs, commandent une approche transculturelle ancrée dans une compréhension profonde des groupes en contact (p. 639).

Les différences culturelles, expérientielles et de communication peuvent se traduire par des variances dans les connaissances et les attitudes à l'égard des risques pour la santé. Toutefois, nous n'avons trouvé qu'une poignée d'études qui se penchaient sur ces différences. Par exemple, dans leur étude sur le niveau de connaissance sur le VIH/sida chez les Montréalais nés en Haïti, Adrien, Boivin, Hankins et coll. (1994) ont constaté que ce niveau était élevé, malgré quelques idées fausses à propos de la transmission du VIH. Une étude du VIH/sida dans six communautés ethnoculturelles a par ailleurs montré que les stratégies de prévention devaient tenir compte des différences socioculturelles, et en particulier des différences dans les rôles sexuels des hommes et des femmes (Singer, Willms, Adrien et coll., 1996).

En analysant les résultats de l'Enquête sur la santé des nouveaux arrivants et d'autres recherches, Matuk (1996b) a découvert que les femmes des minorités ethniques étaient moins susceptibles d'avoir subi un test de Pap et affichaient un plus faible taux de survie après le cancer que les femmes de groupes non minoritaires. L'auteur a également constaté que les habitudes préventives en matière de santé, tels que les tests de Pap, n'étaient pas toujours considérées comme une priorité par les nouveaux arrivants au Canada, qui doivent faire face à d'autres facteurs de stress et à d'autres demandes. Il faudra faire d'autres recherches sur les pratiques en matière de dépistage du cancer dans les minorités ethniques.

Kliewer et Smith (1995a) ont établi que le taux de mortalité attribuable au cancer du sein dans 16 groupes d'immigrants sur 20 (provenant autant de pays où le risque est plus élevé que de pays où il est moins élevé qu'au Canada) convergait avec le taux canadien. Ce résultat donne à penser que les facteurs liés à l'environnement et au mode de vie propres au nouveau lieu de résidence influent sur le taux de cancer du sein chez les immigrantes, et porte également à croire que, comme la plupart des immigrants migrent à l'âge adulte, le risque de cancer du sein pourrait être modifié plus tard au cours de la vie.

*Une étude du
VIH/sida dans six
communautés ethnoculturelles
a par ailleurs montré que
les stratégies de prévention
devaient tenir compte des
différences socioculturelles, et
en particulier des différences
dans les rôles sexuels des
hommes et des femmes.*

Soutien et renouvellement du système de santé

***E**n général, on considère que les immigrants sous-utilisent le système de santé. Toutefois, Weinfeld, dans un récent examen de la documentation sur l'immigration, a observé qu'on n'a pas déterminé si la sous-utilisation des services reflète les obstacles sociaux ou culturels, ou si les immigrants en ont tout simplement moins besoin que les autres.*

Cette partie traite de la recherche sur l'utilisation, la qualité et l'accessibilité des services de santé, sur les attitudes et les connaissances des prestataires de services, sur les médecines douces et sur les professionnels de la santé formés à l'étranger. Dans l'ensemble, comparativement au domaine de la santé de la population, nous n'avons trouvé que peu de recherches portant sur ces sujets. Vu l'impact potentiel de la restructuration des services de santé, des restrictions et ralentissements budgétaires et du virage ambulatoire, ce domaine se prête pourtant à une foule de nouvelles recherches. Plusieurs nouvelles études sur les besoins en services, sur les obstacles nuisant à leur accès et sur les effets des politiques budgétaires sur la santé des immigrants sont en cours dans les Centres d'excellence Métropolis.

Utilisation des services

La recherche effectuée au Canada et aux États-Unis révèle que les immigrants sont des contributeurs nets aux programmes gouvernementaux. Ainsi, selon une étude des caractéristiques démographiques et des modes d'utilisation, une analyse coût-bénéfice menée au Canada et aux États-Unis donne à penser que la contribution des nouveaux immigrants en impôt et en productivité est supérieure à ce qu'ils consomment en paiements de transfert gouvernementaux et en soins de santé (Asch et Waitzkin, 1992). De plus, selon une récente étude menée en Colombie-Britannique, chaque immigrant de la catégorie des entrepreneurs aurait investi en moyenne environ 155 000 \$ et créé ou permis de maintenir cinq emplois permanents dans la province (Martin Spigelman Research Associates, 1998).

Deux études fondées sur la population et plusieurs études de moindre envergure ont permis de recueillir des données sur l'utilisation des soins de santé de base. En général, on considère que les immigrants sous-utilisent le système de santé. Toutefois, Weinfeld (non daté), dans un récent examen de la documentation sur l'immigration, a observé qu'on n'a pas déterminé si la sous-utilisation des services reflète les obstacles sociaux ou culturels, ou si les immigrants en ont tout simplement moins besoin que les autres. Les immigrants peuvent sous-utiliser les soins de santé en partie parce qu'ils sont en meilleure santé, mais aussi pour d'autres raisons qui pourraient être liées aux obstacles à l'accès aux services et aux croyances culturelles à l'égard de ces services, notamment les services de santé mentale.

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, les taux d'hospitalisation des immigrants non européens sont beaucoup plus faibles que ceux des immigrants européens et des non-immigrants (Chen, Wilkins et Ng, 1996); l'Enquête sur la santé en Ontario de 1990 révèle par ailleurs que les immigrants consultent moins les services d'urgence. (Wen, Goel et Williams, 1996). L'enquête nationale n'a relevé aucune différence importante dans la consultation des omnipraticiens (Globerman, 1998), tandis que selon l'Enquête sur la santé en Ontario, il est apparu que les immigrants consultaient légèrement plus.

Globerman (1998, p. 22) a conclu que, sur l'ensemble du cycle de vie, il pourrait y avoir de légères différences dans les modes d'utilisation des services de santé entre les divers groupes d'immigrants, de même qu'entre les immigrants et les Canadiens de naissance. Dans une étude de moindre envergure, le taux d'utilisation des services de santé des personnes âgées chinoises de Colombie-Britannique était

semblable à celui de l'ensemble des personnes âgées au Canada (Chappell, Lai, Gee et coll., 1997). Globerman (1998) n'a relevé aucune différence nationale dans l'utilisation des produits pharmaceutiques par les aînés chez les immigrants et chez les Canadiens de naissance. Des données plus anciennes datant de l'Enquête sociale générale nationale de 1985 et 1991 indiquent que les immigrants n'imposent aucun fardeau particulier au système de santé, étant donné que leur état de santé et l'utilisation qu'ils font des services de santé ne diffèrent pas significativement de ceux des non-immigrants (Laroche, 1997, cité par Globerman, 1998).

Les recherches démontrent que les immigrants sous-utilisent les services de santé mentale. Ainsi, une étude portant sur des adolescents canadiens d'origine asiatique admis dans un hôpital psychiatrique de Calgary révèle que le nombre de sujets admis est beaucoup moindre que ce que l'on pouvait prévoir en se fondant sur les caractéristiques démographiques, et que ceux qui avaient été admis présentaient des symptômes plus sévères que les sujets d'une population non immigrante comparable (Roberts et Crockford, 1997).

Certains membres du public s'inquiètent de ce que les immigrants, notamment ceux provenant de pays où la prévalence du VIH est élevée, contractent le sida et ponctionnent le système de santé. Une étude comparant les coûts associés au VIH/sida et aux coronaropathies chez les immigrants a conclu que l'impact économique des deux maladies était similaire (Zowall, Coupal, Fraser et coll., 1992).

Pour avoir un tableau plus complet de l'utilisation des services par les populations d'immigrants, il faudrait effectuer des recherches supplémentaires sur l'utilisation d'autres types de services de santé, par exemple les soins de santé communautaire, les soins de longue durée, les services de dépistage des maladies, les programmes de prévention et de promotion de la santé, la réadaptation, etc. Il serait certes utile d'analyser les causes des différences observées, notamment si la sous-utilisation est due à des obstacles à l'accès aux services, à l'absence de soins adaptés ou aux faibles attentes à l'égard de la prestation des soins de santé. Une analyse de l'évolution des modes d'utilisation et des besoins en fonction de la durée de la résidence au Canada donnerait aussi de précieuses informations pour la planification des services.

Effets de la réforme de la santé

Il semble qu'on n'effectue actuellement guère de recherche empirique sur la santé des immigrants pour étayer les décisions fondées sur des preuves qui sont prises dans le cadre de la restructuration des soins de santé. Nous n'avons trouvé en tout que trois études ayant une pertinence directe pour la politique des soins de santé. (D'autres recherches axées sur la politique, secondaires et de nature consultative, ont pu échapper à la présente analyse.)

Après avoir analysé les modes d'utilisation des soins de santé par les immigrants au Canada, Globerman (1998) a soutenu que la planification et la prestation décentralisées des soins de santé permettraient de mieux répondre aux besoins diversifiés des groupes d'immigrants qui forment des communautés géographiques.

Une comparaison entre sept pays révèle que les pays possédant un système de santé global, comme le Canada, adoptent en général des politiques qui facilitent l'accès des immigrants aux services de santé (Bollini, 1992). Dans une analyse subséquente, Bollini (1993) conclut que l'accès des immigrants à la représentation

politique constitue également une meilleure base à partir de laquelle on peut obtenir plus d'informations aux fins de la planification et de l'évaluation des services.

La recherche sur l'évolution du système de santé au Canada se doit d'inclure le point de vue des immigrants. On pourrait ainsi déterminer les éléments suivants :

- impact de la régionalisation sur les soins de santé offerts aux immigrants;
- mesure dans laquelle la participation politique a un effet;
- comparaisons entre l'état de santé des immigrants et le degré de risque (besoins) en rapport avec les services existants, les stratégies de prévention efficaces, etc.;
- types de services communautaires auxquels les immigrants de fraîche date et ceux qui sont établis au pays depuis plus longtemps sont le plus susceptibles d'avoir recours;
- effet qu'ont les changements apportés aux priorités de financement sur le bien-être et la productivité.

Des recherches en cours du Projet Metropolis abordent certaines de ces questions.

Qualité et accessibilité

L'accessibilité des soins de santé fait l'objet de nombreuses recherches en santé. Encore une fois, les minorités ethnoculturelles plutôt que les groupes d'immigrants sont souvent le point de mire. Au nombre des problèmes d'accès relevés dans la documentation sur la santé des immigrants, mentionnons les suivants : les différentes réalités des sous-populations d'immigrants, par exemple, les femmes, les personnes à faible revenu et les victimes de torture; les connaissances insuffisantes ou le manque d'ouverture des professionnels de la santé pour répondre à des besoins autres que ceux de la majorité; et les problèmes de communication et d'alphabétisation. Le Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988a) a fait de nombreuses recommandations relatives aux changements à apporter aux services de santé mentale. Dans une récente synthèse des travaux de recherche sur les immigrants menés au Canada, Weinfeld (non daté, p. 23) a laissé entendre que la documentation n'arrive à aucune conclusion en ce qui a trait à l'impact des services de santé et sociaux adaptés aux différentes cultures sur les indicateurs des résultats pertinents des immigrants.

L'Enquête nationale sur la santé de la population a mis au jour une importante différence dans l'accès aux services selon les revenus. Les résultats de l'Enquête révèlent que les immigrants en général ne font pas état d'un plus grand nombre de besoins non satisfaits que l'ensemble de la population. Par contre, les immigrants à faible revenu sont deux fois plus nombreux à se plaindre de besoins non comblés que les immigrants ayant des revenus supérieurs (Chen, Ng et Wilkins, 1996).

L'accès aux services peut être spécialement limité pour les femmes immigrantes à cause de leurs responsabilités familiales et professionnelles. Une recherche effectuée par Anderson, Blue, Holbrook et coll. (1993) a révélé que les immigrantes chinoises de première génération avaient du mal à accéder aux établissements de santé, n'obtenaient guère d'informations sur leur maladie de la part des professionnels de la santé, et ne disposaient que de ressources limitées pour comprendre leur situation. Par ailleurs, les victimes de torture ont des besoins spéciaux en réadaptation qui ne sont pas satisfaits (McComas, 1997).

Dans le cadre de consultations menées en 1993 auprès de plus de 250 femmes par le Bureau pour la santé des femmes de l'Ontario, les participantes ont insisté sur le décalage radical et la tension entre les croyances, les attentes et les comportements

Au nombre des problèmes d'accès relevés dans la documentation sur la santé des immigrants, mentionnons les suivants : les différentes réalités des sous-populations d'immigrants, par exemple, les femmes, les personnes à faible revenu et les victimes de torture; les connaissances insuffisantes ou le manque d'ouverture des professionnels de la santé pour répondre à des besoins autres que ceux de la majorité; et les problèmes de communication et d'alphabétisation.

des professionnels de la santé de formation occidentale et ceux des immigrants, des réfugiés et des membres des minorités ethniques (résumé). On a aussi abordé à cette occasion divers problèmes comme les barrières linguistiques, l'insensibilité culturelle, les troubles mentaux et le pouvoir des communautés (Bureau pour la santé des femmes de l'Ontario, 1993). Selon Schreiber, Stern et Wilson (1998), la littérature donne trop peu d'informations qui pourraient aider les infirmières et les autres professionnels de la santé à mieux répondre aux besoins des femmes d'origine culturelle non dominante souffrant de dépression (Résumé).

L'ampleur de l'écart entre personnel soignant et patients ressort clairement d'une étude portant sur 296 jeunes familles d'immigrants et 40 professionnels de la santé. En effet, cette étude relève de profondes différences entre les priorités des deux groupes. Les familles accordent beaucoup d'importance à la santé des enfants, à l'isolement, aux services de garderie et à l'éducation, alors que les professionnels semblent s'intéresser davantage à la santé de la mère et aux relations de couple (Legault, Gravel, Fortin et coll., 1997).

Une étude sur les obstacles réduisant l'accès de réfugiés vietnamiens aux soins de santé démontre qu'en plus de l'incompréhension manifestée par les professionnels de la santé à l'égard des remèdes traditionnels, la difficulté des fournisseurs de soins de santé à interpréter les symptômes des patients constitue un obstacle de taille. Les situations comme le chômage, la dépression, la survie après la torture et le recours à l'aide sociale viennent exacerber ces difficultés (Stephenson, 1995).

Un ouvrage édité par James Carl (1996), intitulé *Perspectives on Racism and the Human Service Sector: A Case for Change*, traite des façons dont la race et le racisme influent sur la prestation des services dans les domaines de l'immigration, de l'établissement des immigrants et de la santé, entre autres. Cairns (1993) a passé en revue les documents donnant des informations sur les croyances et les valeurs culturelles et professionnelles, les habitudes traditionnelles en matière d'hygiène orale et les déterminants psychosociaux qui peuvent influencer sur la prestation des services de santé dentaire, et analyse aussi leurs implications pour la recherche.

En se fondant sur les recherches et les statistiques existantes, Saldov (1991) conclut qu'à cause de l'ampleur des problèmes de communication, les personnes âgées des communautés ethniques reçoivent des traitements insuffisants, font des séjours prolongés à l'hôpital, subissent des tests inutiles, obtiennent leur congé prématurément et sont mal suivies (Résumé). Pour bien les soigner, il faut fournir à ces personnes des services d'interprétation à la fois linguistiques et culturels. Une étude nationale sur l'alphabétisme a révélé que 28 p. 100 des adultes nés à l'extérieur du Canada avaient beaucoup de mal à lire l'anglais ou le français. L'alphabétisme est par ailleurs plus prononcé chez les femmes (32 p. 100) que chez les hommes (24 p. 100) (Boyd, 1992).

L'accès aux services est un domaine où la distinction entre les sous-populations de nouveaux immigrants et d'immigrants établis depuis longtemps, et d'immigrants appartenant à une minorité visible ou à la majorité s'avère critique. Les études mentionnées dans cette partie donnent des obstacles et des problèmes d'accès un aperçu qui fait écho aux préoccupations exprimées par les organisations s'occupant de l'établissement des immigrants et les groupes représentant les populations défavorisées en général. Il faudrait faire d'autres recherches pour évaluer les problèmes d'accès et déterminer les besoins en services adaptés. Il importe notamment de

En se fondant sur les recherches et les statistiques existantes, Saldov conclut qu'à cause de l'ampleur des problèmes de communication, les personnes âgées des communautés ethniques reçoivent des traitements insuffisants, font des séjours prolongés à l'hôpital, subissent des tests inutiles, obtiennent leur congé prématurément et sont mal suivies. Pour bien les soigner, il faut fournir à ces personnes des services d'interprétation à la fois linguistiques et culturels.

travailler en partenariat avec les organisations communautaires et les groupes d'immigrants pour établir s'il existe certains biais culturels dans les recherches et pour garantir que ces recherches sont pertinentes et accessibles.

Médecines douces

On s'attend à ce que les Canadiens nés à l'étranger s'intéressent davantage ou soient plus enclins à recourir aux médecines douces, comme les plantes médicinales et l'acupuncture, qui sont parfois pratiquées couramment dans leurs pays d'origine, mais sont moins bien connues au Canada. Il ne semble guère y avoir eu de recherches sur le sujet, et celles qui ont été faites donnent des informations contradictoires.

D'après certaines recherches limitées, les immigrants ne seraient pas beaucoup plus portés à consulter des praticiens de médecine douce que les autres Canadiens; par contre, certains sont plus susceptibles d'utiliser des médicaments non classiques. Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population révèlent que seulement 6,4 p. 100 des immigrants provenant des États-Unis et du Mexique (les catégories d'immigrants les plus susceptibles de le faire) avaient recours à des praticiens de médecine douce comparativement à 5 p. 100 des Canadiens de naissance, au moment de l'enquête. Par contraste, environ 30 p. 100 des immigrants d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie déclaraient utiliser d'autres médicaments que ceux que l'on trouve couramment au Canada (Globerman, 1998).

Une étude non aléatoire menée à Vancouver et portant sur 932 immigrants originaires principalement de Chine a révélé que 28 p. 100 des sujets utilisaient couramment des plantes médicinales chinoises, mais que l'usage de celles-ci variait considérablement selon l'âge, le sexe, le statut d'immigrant et l'ethnie. Les patients souffrant d'affections aiguës consultaient leur médecin de famille et l'herborisateur, alors que ceux qui souffraient d'affections chroniques commençaient à utiliser des médicaments chinois traditionnels après plusieurs consultations chez le médecin (Wong, Jue, Lam et coll., 1998).

Comme la réglementation des médecines douces et des produits alternatifs est à l'ordre du jour, il serait utile de faire d'autres recherches sur leur utilisation au sein des sous-populations d'immigrants, de même que sur la mesure dans laquelle ils complètent (ou remplacent) les traitements classiques.

Professionnels de la santé formés à l'étranger

On sait les difficultés que doivent surmonter certains médecins formés à l'étranger pour pouvoir exercer au Canada. Cette situation pourrait avoir un impact négatif sur la prestation des soins de santé aux immigrants. Toutefois, nous n'avons guère trouvé de recherches portant sur les professionnels de la santé formés à l'étranger et sur leur impact sur la santé des immigrants (encore une fois, ce sujet pourrait être plus souvent abordé dans les commentaires et dans la recherche en politique). Aucune recherche originale n'a été répertoriée à ce sujet.

Un commentaire sur l'influence de l'immigration et des organismes de réglementation professionnelle sur la médecine académique a signalé qu'en 1989, les médecins formés à l'étranger constituaient 24,6 p. 100 des médecins civils exerçant au Canada (variation de 53,8 à 12,1 p. 100 selon les provinces). Entre 1979 et 1989, le nombre d'immigrants déclarant vouloir exercer la médecine au

pays a augmenté de 54 p. 100 (Kendel, 1992). On ignore cependant la source de cette donnée. Par ailleurs, selon Bolaria (1992, p. 220), les données disponibles révèlent que les perspectives d'emploi pour les diplômés de collèges de médecine étrangers sont plutôt minces.

Il faudrait consulter les groupes d'immigrants, les groupes ethnoculturels et les associations professionnelles pour déterminer l'importance de ce sujet.

Gestion des risques pour la santé

Aperçu

Dans l'ensemble, très peu de recherches empiriques ont été répertoriées (dans cette recherche) qui traitaient expressément des maladies infectieuses du point de vue de l'immigration. Les quelques articles recensés s'inquiétaient de la prévalence de la tuberculose et du VIH/sida, et les analysaient sous l'angle de la fréquence, du dépistage, de la surveillance et du traitement.

Maladies infectieuses

Selon les recherches recensées, c'est la propagation de la tuberculose qui semble soulever le plus de préoccupations au chapitre des maladies infectieuses liées à l'immigration. Ces craintes sont liées avant tout à l'augmentation substantielle de l'immigration en provenance d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, qui sont toutes des régions à haut risque (Fanning, 1998). Au nombre des groupes à risque de tuberculose figurent les immigrants, qui sont encore plus à risque s'ils ont un faible revenu et vivent dans un milieu pauvre et surpeuplé. Le principal risque qu'ils courent a été attribué à une exposition dans leur pays d'origine (Wilkins, 1996).

Cowie et Sharpe (1998) ont examiné le mode de propagation de la tuberculose chez les immigrants et évalué l'intervalle entre leur arrivée au Canada et le moment du diagnostic. Les immigrants représentaient 70,6 p. 100 des cas diagnostiqués dans le sud de l'Alberta en cinq ans. La majorité étaient d'origine asiatique et l'intervalle moyen entre leur arrivée au Canada et le diagnostic était de 11,2 ans. Les professionnels de la santé doivent être conscients que les immigrants demeurent à haut risque de tuberculose pendant de nombreuses années après leur arrivée au pays.

Manson Singer, Willms, Adrien et coll. (1994) ont cherché à déterminer les comportements à risque spécifiques sur le plan ethnoculturel pour la transmission du VIH dans les populations chinoises et sud-asiatiques de Vancouver. Un certain nombre de facteurs ont ainsi pu être dégagés, dont le déni, la primauté accordée à l'intégration économique et sociale, les familles dites « astronautes » (qui font la navette entre leur pays d'origine et le Canada) et d'autres comportements, valeurs et tabous culturellement spécifiques liés au sexe.

Dépistage

Selon les quelques études que nous avons répertoriées, le dépistage est un moyen important, mais non le seul, pour freiner la transmission de la tuberculose et du VIH/sida. Le dépistage à l'étranger n'est qu'un élément de la stratégie de prévention des maladies infectieuses au Canada. Comme le soulignent les recherches, aucun

Selon les recherches recensées, c'est la propagation de la tuberculose qui semble soulever le plus de préoccupations au chapitre des maladies infectieuses liées à l'immigration. Ces craintes sont liées avant tout à l'augmentation substantielle de l'immigration en provenance d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, qui sont toutes des régions à haut risque. Au nombre des groupes à risque de tuberculose figurent les immigrants, qui sont encore plus à risque s'ils ont un faible revenu et vivent dans un milieu pauvre et surpeuplé. Le principal risque qu'ils courent a été attribué à une exposition dans leur pays d'origine.

système de dépistage n'est infaillible et n'arrive à repérer toutes les personnes atteintes de tuberculose active; il est donc crucial d'assurer aussi une surveillance continue après l'immigration. Le dépistage n'arrive pas à lui seul à prévenir l'immigration de sujets atteints de tuberculose active, ce qui contribue à accroître l'incidence de la maladie au Canada. Une étude de 21 959 immigrants nouvellement arrivés au pays depuis sept pays asiatiques a révélé les limites du dépistage et fait ressortir les avantages d'une surveillance précoce et continue (Wang, Allen, Enarson et coll., 1991).

Zowall, Coupal, Fraser et coll. (1992) évaluent l'impact économique du dépistage du VIH chez les candidats à l'immigration. Leur analyse révèle que le coût du dépistage serait considérablement moindre que celui de traiter les malades pendant dix ans après qu'ils ont immigré. Les auteurs prennent toutefois soin de souligner que l'on ne peut plaider en faveur du dépistage que sur la seule base d'une analyse économique : toute politique en la matière doit également tenir compte des aspects sociaux, juridiques et éthiques.

On n'en appuie pas moins la poursuite du dépistage. Des médecins du Québec à qui l'on a demandé ce qu'ils pensaient du dépistage du VIH chez les immigrants se sont dits à 75 p. 100 en faveur d'une politique de dépistage (Boyer, Fortin, Duval et coll., 1994).

Le dépistage des immigrants effectué au Canada est un autre moyen proposé pour lutter contre l'augmentation de l'incidence de la tuberculose. Les résultats de tests de dépistage effectués dans deux écoles où l'on a trouvé 10 enfants réfugiés atteints de tuberculose active ont amené les chercheurs à recommander aux services de santé de soumettre tous les élèves nés à l'étranger à un dépistage à leur entrée à l'école (Rothman et Dubeski, 1993).

Surveillance et traitement

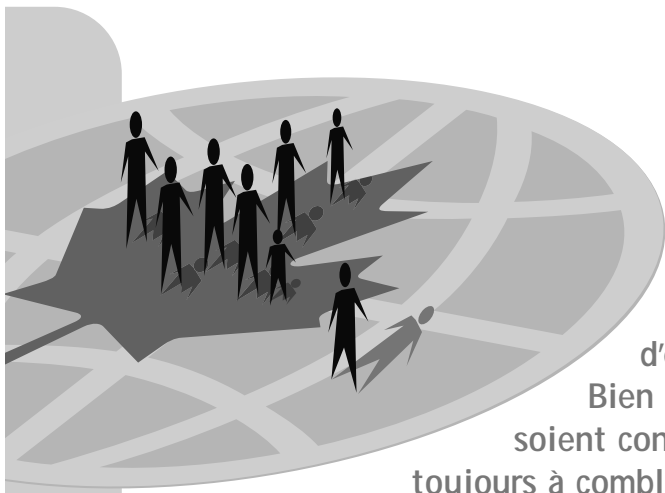
La surveillance et le traitement de la tuberculose et du VIH/sida ont fait l'objet d'une certaine attention dans le cadre de l'analyse de la littérature. Les immigrants soulèvent à ce chapitre quelques particularités.

Une étude fait état de problèmes dans le traitement de la tuberculose chez les immigrants. Près de la moitié des immigrants inscrits à un programme de surveillance ne sont carrément pas venus à leur rendez-vous ou n'ont pas observé toute la période de suivi (Orr, Manfreda et Hershfield, 1990). Une étude effectuée par Long, Manfreda, Mendella et coll. (1993) a par ailleurs établi que la résistance aux médicaments antituberculeux était significativement plus élevée chez les immigrants que chez les autres Canadiens. Keane, O'Rourke, Bollini et coll. (1995) ont fait une recherche sur un programme de dépistage et de traitement de la tuberculose mis en oeuvre au Vietnam à l'intention des candidats à l'immigration pour le Canada et pour d'autres pays. Leur étude confirme l'efficacité de la chimiothérapie de courte durée et du traitement sous surveillance directe pour la tuberculose. Un suivi dans le pays hôte est recommandé pour aider à préciser les facteurs de risque de réinfection ou de rechute.

4

Conclusion





Aperçu des conclusions

Cette recherche documentaire sur la santé des immigrants a permis de répertorier un éventail d'études complétées et en cours sur le sujet et, à un degré moindre, d'en analyser l'impact sur la société canadienne.

Bien qu'un important corpus de connaissances soient constitué, de nombreuses lacunes restent toujours à combler.

En analysant en détail les recherches effectuées, en faisant la synthèse de leurs résultats et en apportant leur soutien aux recherches génératrices de nouvelles connaissances, les chercheurs et les organismes gouvernementaux peuvent contribuer énormément à la santé des immigrants. Dans le reste de ce document, nous résumerons les principales conclusions de notre recherche documentaire et nous ferons des suggestions quant aux futures orientations que pourrait prendre la recherche sur la santé des immigrants.

1 Prédominance de la recherche sur les déterminants de la santé

Bien que l'on ait répertorié des recherches sur chacun des trois secteurs d'intérêt politiques de Santé Canada, c'est sur les déterminants de la santé que l'on en a recensé le plus grand nombre (ce qui n'est guère étonnant vu l'ampleur des thèmes abordés et l'intérêt que suscitent actuellement les approches axées sur la santé de la population). La recherche sur la santé de la population met généralement l'accent sur l'état de santé, sur les revenus et l'emploi, et sur la « culture » en ce qu'elle influe sur la santé des immigrants et sur leur accès aux services. Selon les études courantes, les immigrants de fraîche date sont en général en meilleure santé que la population dans son ensemble, mais finissent par perdre cet avantage avec le temps. Certains groupes particuliers, comme les réfugiés, n'ont cependant pas une aussi bonne santé, et d'autres groupes à risque, comme les immigrants provenant des pays en développement et les immigrants à faible revenu et au chômage, n'ont pas fait l'objet d'études approfondies. De plus, les données sur l'état de santé mentale des immigrants sont contradictoires.

Les caractéristiques socio-économiques des immigrants ont fait l'objet de nombreuses recherches. Il semble ainsi que leur revenu familial total soit supérieur à celui de l'ensemble de la population. Toutefois, les facteurs influant sur leur revenu et sur leur situation sociale sont complexes et doivent faire l'objet de recherches plus poussées. Les importantes différences observées entre les sous-populations doivent aussi être étudiées plus en détail.

Étonnamment, on a peu étudié l'ampleur et les effets de la discrimination et du racisme sur la santé physique et mentale, sur l'emploi et la capacité de gagner sa vie, et sur l'établissement et l'intégration des immigrants nouvellement arrivés. On en sait encore moins sur les effets sur la santé de l'éducation, des conditions de travail, des environnements physique et social, du patrimoine génétique et du développement de l'enfant.

2 L'expérience de l'immigration comme déterminant de la santé

***E**n plus de leurs expériences antérieures et de leurs forces et faiblesses individuelles, un autre facteur qui peut avoir une incidence considérable sur la santé et le bien-être des immigrants et des minorités raciales et ethnoculturelles est la réaction de la société d'accueil à leur endroit.*

Nous n'avons pu trouver encore aucune enquête systématique sur les expériences antérieures et postérieures à l'immigration dans la littérature. Or, d'après les informations existantes, ces expériences, propres aux immigrants, auraient une incidence déterminante sur leur santé, du moins à court terme. Les réfugiés ont parfois été victimes de violence et de torture, et vécu dans la privation et la misère; par ailleurs, les immigrants en général peuvent aussi être affectés par divers facteurs (stress de la réinstallation, exposition à de nouveaux pathogènes, pauvreté, conflits inter-raciaux et inter-générationnels, séparation des familles) dont les effets peuvent se faire sentir longtemps. Au nombre des répercussions que peuvent avoir ces expériences sur la santé, mentionnons la dépression, l'anxiété, le suicide, un milieu de vie moins sain et un risque accru de mauvaise santé physique.

En plus de leurs expériences antérieures et de leurs forces et faiblesses individuelles, un autre facteur qui peut avoir une incidence considérable sur la santé et le bien-être des immigrants et des minorités raciales et ethnoculturelles est la réaction de la société d'accueil à leur endroit. Des recherches sur les politiques et les programmes ayant une incidence sur l'établissement et l'intégration des immigrants ont clairement démontré que l'attitude individuelle, communautaire et sociale de la société d'accueil à l'égard des immigrants peut avoir un effet positif ou négatif. Il faudrait explorer davantage les moyens permettant aux communautés hôtes de soutenir et d'accueillir les nouveaux immigrants.

Un champ d'enquête connexe est la dégradation de l'état de santé observée chez certains immigrants. Pourquoi en effet certains immigrants généralement en bonne santé voient-ils leur état se détériorer après leur arrivée? Existe-t-il des moyens qui permettraient de sauvegarder leur santé? À quel moment devrait-on intervenir? (À quel moment l'état de santé des immigrants est-il le plus menacé et quand répond-il le mieux au changement?) Le fait de prendre acte de la détérioration de la santé et d'adopter des mesures pour y remédier ne pourrait que profiter à l'ensemble de la population. Il serait aussi fort utile de préciser l'incidence que peut avoir la discrimination systémique sur la dégradation de l'état de santé. En effet, étonnamment peu de recherches sur les immigrants ont été menées pour découvrir l'incidence et les effets des crimes haineux à l'endroit des minorités visibles.

Un examen critique de la littérature portant sur l'expérience de l'immigration comme déterminant de la santé serait également des plus utiles. La recherche en cours dans les Centres d'excellence du Projet Metropolis devrait apporter beaucoup à nos connaissances sur le sujet. D'autres recherches devraient se pencher sur les processus complexes de l'établissement et de l'intégration, sur les facteurs favorisant l'adaptation, notamment chez les personnes à haut risque de mauvaise santé. L'ampleur et les effets de la discrimination et du racisme devraient aussi être examinés.

3 La nécessité d'une analyse par sexe plus poussée dans la recherche sur les immigrants

Le nombre de recherches sur les immigrantes a beaucoup augmenté ces dernières années, mais sans que les différences entre les sexes ne fassent l'objet d'analyses sérieuses, ce qui leur enlève de leur utilité pour analyser l'éventuel biais sexiste des politiques et des programmes. On ne peut en effet présumer que la recherche fondée sur l'expérience des hommes s'applique également aux femmes et vice versa. Pour être vraiment utile, les recherches sur l'état de santé, sur les maladies et affections diverses, sur les habitudes en matière de santé, sur les attitudes et les modes de vie, sur l'établissement des immigrants et sur les services de santé, etc. doivent donner des informations comparatives sur les femmes et les hommes.

Des études de petite envergure révèlent que de nombreuses immigrantes font face à une double discrimination (ethnoculturelle et sexuelle), sont aux prises avec des conflits culturels et des conflits de rôle plus prononcés, et ont des vies plus compliquées que leurs homologues de sexe masculin. À cause de l'expérience et des valeurs de ces femmes, certains services de santé se révèlent parfois inadaptés à leur besoins et inaccessibles (par exemple, les femmes ont de plus lourdes responsabilités familiales que les autres membres de la famille et font parfois passer leurs problèmes de santé après ceux de leurs proches). Certaines méthodes de recherche pourraient s'avérer plus utiles que d'autres pour étudier la situation des immigrantes (par exemple, des méthodes qui tiennent compte des différences de pouvoir et des différences culturelles).

Il serait utile de passer en revue les recherches sur les immigrantes et de formuler des recommandations sur les sujets à explorer et les méthodes à utiliser. Lorsque cela est possible, les nouvelles recherches sur l'immigration devraient comprendre des analyses comparatives selon les sexes.

4 Un vaste champ d'étude pour les futures recherches liées au soutien et au renouvellement du système de santé

Nous avons répertorié beaucoup moins de recherches que prévu sur le soutien et le renouvellement du système de santé, compte tenu de la primauté du sujet et des effets que peuvent avoir la régionalisation, les restrictions et ralentissements budgétaires et le virage ambulatoire sur certains immigrants. La recherche actuelle met l'accent sur l'utilisation des soins de santé classiques (soins dispensés en établissement et par les médecins), sur le coût des services offerts aux immigrants, sur l'accessibilité des services en fonction de l'adaptation culturelle, sur la sensibilité et les connaissances des prestataires de soins, et sur d'autres obstacles. Nous n'avons par ailleurs trouvé que peu de recherches sur les médecines douces et sur les professionnels de la santé formés à l'étranger.

Les avenues de recherche dans ce secteur sont fort nombreuses et certaines seront explorées dans le cadre des nouvelles recherches amorcées par les Centres d'excellence du Projet Metropolis. Il serait utile de tenir compte d'une plus vaste gamme de services de santé lorsqu'on étudie l'utilisation des services par les immigrants, d'évaluer leur intérêt pour les médecines douces et l'utilisation qu'ils en

font, et de déterminer l'importance qu'ont pour eux les professionnels de la santé formés à l'étranger. Il faudrait en outre se pencher davantage sur les effets de la restructuration des services de santé, des restrictions budgétaires, du virage ambulatoire et des nouveaux modèles de soins culturellement adaptés et accessibles (notamment en santé mentale).

5 La nécessité de tenir compte des immigrants dans la gestion des risques pour la santé

Nous n'avons guère trouvé de recherches abordant la gestion des risques pour la santé sous l'angle de l'immigration. Quelques références ont été répertoriées sur les maladies infectieuses (tuberculose, hépatite), de même que sur le dépistage, la surveillance et le traitement avant et après l'arrivée au pays. Du fait, peut-être, de la responsabilité bien établie de la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada, la gestion des risques pour la santé propres à l'immigration n'a pas figuré parmi les champs d'études privilégiés dans les Centres d'excellence du Projet Metropolis ou chez les chercheurs universitaires hors du gouvernement.

Certains changements dans les profils de l'immigration, notamment au chapitre des pays d'origine, donnent toutefois à penser qu'il faudrait porter davantage attention aux risques pour la santé associés à l'immigration, dans la mesure où ils peuvent affecter les immigrants eux-mêmes, les communautés d'accueil et l'ensemble de la société canadienne. Par exemple, les recherches actuelles indiquent qu'il y a effectivement des facteurs de risque propres aux communautés ethnoculturelles en ce qui concerne la transmission du VIH/sida, et que les méthodes de prévention axées sur la majorité pourraient donc dans ces cas s'avérer inefficaces. Les problèmes posés par la détection et le traitement de la tuberculose chez les immigrants pourraient avoir des conséquences néfastes pour les immigrants comme pour les Canadiens de naissance. Il serait donc indiqué de faire d'autres recherches pour découvrir les effets des maladies infectieuses sur les immigrants et la société d'accueil.

6 Recherche insuffisante sur les points forts des immigrants ou sur leur apport au système de santé

Nous avons cherché ici à trouver les recherches qui s'intéressaient aux effets, positifs et négatifs, de l'immigration sur les immigrants eux-mêmes et sur la communauté d'accueil, dans l'esprit du Projet Metropolis. De loin, la vaste majorité des recherches en santé mettaient l'accent sur les immigrants plutôt que sur le système de santé; nous n'avons guère trouvé par ailleurs de documentation sur les effets positifs de l'immigration sur la santé de l'ensemble des Canadiens et sur le système de santé lui-même.

Ainsi, la plupart des recherches étaient axées sur les problèmes de santé mentale des immigrants, alors que les données indiquent plutôt que la majorité d'entre eux n'en ont pas, ont du ressort psychologique et sont capables de bien s'adapter à une nouvelle culture et à un nouveau pays d'accueil. En fait, l'expérience de l'immigration pourrait avoir de nombreux effets positifs, car les nouveaux arrivants

de cultures différentes ont souvent des mécanismes efficaces d'adaptation aux perturbations et au stress. Les solides valeurs familiales et communautaires de nombreux immigrants pourraient aussi contribuer à faire du Canada un endroit « plus sain » où vivre. Les changements apportés au système de santé pour tenir compte des divers besoins et expériences des immigrants peuvent se traduire par une amélioration des services offerts à l'ensemble des Canadiens, de la même façon qu'un meilleur accès aux services pour une clientèle particulière peut se traduire par un meilleur accès pour tous. Comme nous l'avons déjà souligné, ce que nous apprenons en étudiant la dégradation de l'état de santé dans certains groupes et en cherchant des moyens d'y remédier peut s'appliquer à d'autres groupes. De la même façon, l'apport positif des médecines douces et des praticiens formés à l'étranger pourrait améliorer l'état de santé des Canadiens en général.

La recherche sur la santé et l'immigration tirerait profit d'une approche axée davantage sur la contribution positive de l'immigration à la société canadienne, de même que d'une exploration des points forts et des attributs positifs des immigrants sur le plan de la santé.

7 La nécessaire focalisation sur les sous-populations

La plupart des recherches en cours sur l'immigration mettent l'accent sur la population dans son ensemble ou sur certaines sous-populations selon leur race ou leur région d'origine. On a aussi surtout étudié les adultes et les jeunes, de sorte qu'on possède moins d'information sur les enfants et les personnes âgées.

Le recours à l'approche générale pour analyser la santé des immigrants présente certaines lacunes, car elle combine les informations sur les immigrants récents et de longue date, et sur les nouveaux immigrants (habituellement d'origine européenne). Ces derniers viennent de cultures très proches de la nôtre, se sont bien intégrés à la société canadienne et ont adopté des modes de vie et des habitudes d'hygiène semblables à ceux de l'ensemble des Canadiens. L'évolution du profil de l'immigration (p. ex. les nouveaux immigrants sont plus susceptibles d'appartenir à une minorité visible et de provenir de pays en développement et plus jeunes) fait en sorte que l'écart entre les immigrants de fraîche date et ceux qui sont établis au pays depuis longtemps s'élargit, et qu'il y a des différences significatives sur le plan de la situation socio-économique et de l'état de santé.

Une approche générale risque aussi d'occulter les mauvaises conditions socio-économiques et le mauvais état de santé de certaines sous-populations (en établissant, par exemple, que les immigrants ont en général des revenus plus élevés et sont en meilleure santé que l'ensemble des Canadiens, alors que pour d'importantes sous-populations, comme les réfugiés ou les immigrants à faible revenu, ce n'est pas le cas). Les nouvelles recherches indiquent également que la durée de résidence au Canada (de même que l'âge du sujet à son arrivée), les expériences liées à l'immigration et la discrimination sont à l'origine d'importantes différences.

Pour que les ressources qui lui sont allouées soient utilisées à bon escient, il faudrait focaliser la recherche sur les sous-populations d'immigrants à risque élevé de mauvaise santé qui sont les plus susceptibles de profiter d'interventions ciblées.

Les solides valeurs familiales et communautaires de nombreux immigrants pourraient aussi contribuer à faire du Canada un endroit « plus sain » où vivre. Les changements apportés au système de santé pour tenir compte des divers besoins et expériences des immigrants peuvent se traduire par une amélioration des services offerts à l'ensemble des Canadiens, de la même façon qu'un meilleur accès aux services pour une clientèle particulière peut se traduire par un meilleur accès pour tous.

D'après notre relevé, les domaines suivants semblent particulièrement propices pour effectuer des recherches sur les sous-populations :

- immigrants qui viennent d'arriver au pays ou arrivés depuis peu — périodes critiques à déterminer (par exemple jusqu'à deux, cinq ou dix ans?)
- enfants
- personnes âgées
- femmes
- immigrants provenant de nouvelles régions d'origine (Asie et Afrique)
- réfugiés (notamment les enfants et les survivants de la torture)
- autres groupes à haut risque (enfants et familles à faible revenu, réfugiés des pays en développement, immigrants qui ont immigré à un âge plus avancé et immigrants socialement isolés)

Orientations futures au niveau de la recherche

Dans cette dernière partie, nous proposons quelques pistes à explorer pour la synthèse des résultats des recherches récentes, les revues exhaustives de la littérature et les nouvelles recherches.

Synthèses des résultats

Il serait indiqué de faire la synthèse des résultats obtenus dans les secteurs où l'on a fait beaucoup de recherches et où les résultats font l'objet d'un certain consensus. La littérature sur ces sujets pourrait faire l'objet d'une analyse critique et être présentée dans un document de synthèse détaillant les répercussions possibles pour les politiques et les programmes.

Voici les domaines dans lesquels nous suggérons de faire des synthèses des résultats :

- santé de l'enfant
- problématique homme-femme et la santé des immigrantes (une fois terminées les études en cours)
- profil de la santé des immigrants, à l'aide d'une approche axée sur la santé de la population semblable à celle adoptée dans le *Vers un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999), une fois terminées les études en cours

Revue exhaustive de la littérature

Il serait souhaitable d'entreprendre des revues exhaustives de la littérature dans les secteurs où se font beaucoup de recherche susceptibles de donner des résultats contradictoires ou non concluants. Cette littérature pourrait faire l'objet d'une analyse critique et être présentée dans un document de synthèse détaillant ses répercussions sur la recherche. Voici les secteurs dans lesquels nous suggérons de faire une recherche documentaire et une revue de littérature plus poussées :

- adaptation/intégration et santé mentale
- recherche ethnoculturelle pertinente
- expérience de l'immigration comme déterminant de la santé
- état de santé et les déterminants de la santé chez les immigrants de fraîche date

Nouvelles recherches

De nouvelles recherches devraient être effectuées dans le domaine de la politique, pour lequel on ne possède que très peu de connaissances scientifiques et où les recherches existantes se sont révélées lacunaires à l'analyse. Ces nouvelles recherches doivent tabler sur les données existantes et utiliser les méthodes les plus efficaces. En fait, le développement de méthodes de recherche efficaces pour l'étude des populations d'immigrants constitue en soi un important domaine de recherche. Il faut davantage tenir compte des indicateurs de la santé des immigrants et mieux les analyser dans le cadre des enquêtes nationales basées sur la population et l'on recommande la conception d'études de moindre envergure rigoureuses et généralisables.

Voici les nouvelles recherches en santé que nous proposons d'entreprendre dans le domaine de l'immigration :

- ampleur et nature de la discrimination et du racisme systémiques, et leurs effets sur la santé
- effets de l'immigration sur la santé de la communauté et du pays d'accueil
- lacunes dans nos connaissances des déterminants de la santé chez les nouveaux immigrants
- interaction des déterminants avec l'expérience antérieure à l'immigration ainsi qu'avec l'expérience propre de l'immigration, avec la durée de la résidence au Canada et avec l'âge du sujet au moment de l'immigration
- interventions qui permettent vraiment d'améliorer la santé dans différentes sous-populations, notamment l'identification des principaux facteurs de stress et des occasions d'intervention
- effets de la réforme de la santé (p. ex. régionalisation, restructuration, virage ambulatoire, etc.) sur les groupes d'immigrants de fraîche date ou à haut risque
- facteurs d'amélioration de la qualité et d'accessibilité au continuum des services (de la prévention à la réadaptation), dont les besoins en formation chez les professionnels de la santé
- importance et valeur des médecines douces et des professionnels de la santé formés à l'étranger pour les immigrants et la population d'accueil

Conclusion

Cette revue de la recherche sur la santé liée à l'immigration a donné un bref aperçu de nos connaissances sur la question et proposé de nouvelles pistes pour la synthèse et l'examen des recherches actuelles, de même que de nouveaux sujets de recherche.

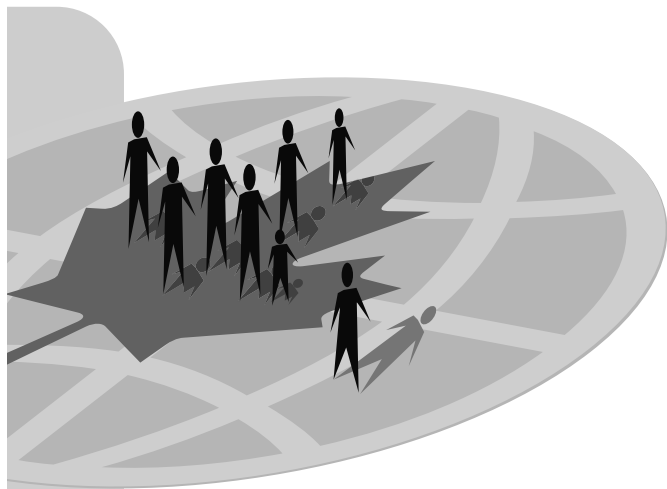
Les quelque soixante projets en cours en date du présent document dans les Centres d'excellence Metropolis devraient grandement contribuer à notre connaissance de la santé des immigrants. Ces recherches portent notamment sur l'état de santé général de plusieurs sous-populations et sur pratiquement tous les principaux déterminants de la santé (en mettant l'accent sur l'expérience de l'immigration; le revenu; la situation sociale, dont la discrimination; et le soutien social et familial). Il est recommandé d'inclure dans les études portant sur les plus

grands déterminants des mesures de l'état de santé des immigrants. Plusieurs projets portent sur le soutien et le renouvellement des systèmes de santé et étudient l'utilisation et la qualité des services, l'accès aux services, la sensibilité culturelle des prestataires de soins et les effets des politiques budgétaires. Les Centres d'excellence pour la santé des femmes feront un gros effort de recherche sur la problématique homme-femme et sur la santé des immigrantes.

Le Projet Metropolis devrait permettre de créer de nouvelles connaissances essentielles dans un secteur de la santé d'actualité. Il peut le faire en adoptant une perception large de la santé tenant compte des facteurs socio-économiques et des autres facteurs environnementaux, en maintenant son double accent sur les immigrants et la société d'accueil, et en favorisant le dialogue et le partenariat entre les nombreux secteurs et organisations qui s'intéressent à l'immigration.

Bibliographie





- Adrien, A., J.-F. Boivin, C. Hankins et coll. (1994), « AIDS-related knowledge and practices in migrant populations: The case of Montrealers of Haitian origin ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 42(1), 50-57.
- Adrien, Alix, Gaston Godin, Paul Cappon et coll. (1995), *Vue d'ensemble de l'étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/sida*. Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Al-Issa, Ihsan (1997), « Ethnicity, immigration, and psychopathology »; « The psychology of prejudice and discrimination »; « General issues and research problems ». Dans Ihsan Al-Issa et Michel Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*, Plenum Press, New York, 3-15, 17-32, 277-289.
- Allodi, F. et S. Stiasny (1990), « Women as torture victims », *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(2), 144-148.
- Anderson, A.B. (1993), « Review essay: The significance of ethnicity in Canada », *Ethnic and Racial Studies*, 16(4), 719-726.
- Anderson, Joan M. (1996), « Empowering patients: Issues and strategies », *Social Science and Medicine*, 43(5), 697-705.
- Anderson, Joan M., C. Blue, A. Holbrook et coll. (1993), « On chronic illness: Immigrant women in Canada's work force — a feminist perspective ». *Canadian Journal of Nursing Research*, 25(2), 7-22.
- Anderson, Joan M., Isabel Dyck et Judith Lynam (1997), « Health care professionals and women speaking: Constraints in everyday life and the management of chronic illness », *Health* 1(1), 57-80.
- Anderson, J., S. Tang et C. Blue (1999), « Health systems renewal: Writing in cultural plurality », (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans la série de documents de travail n° 99-08 de Metropolis), Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Arenson, Anna Marie, Pang-Ling Chan et Cynthia Withers (1995), « Value of standardized gestational age charts for fetuses of first-generation Oriental immigrants to Canada », *Canadian Association of Radiologists Journal*, 46(2), 111-113.
- Asch, Steven et Howard Waitzkin (1992), *Services for the Undocumented in a National Health Program*, American Sociological Association, Washington.
- Aycan, Zeynep et John W. Berry (1996), « Impact of employment-related experiences on immigrants' psychological well-being and adaptation to Canada ». *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(3), 240-251.
- Baba, Vishwanath V. et Muhammad Jamal (1990), *Alienation and Mental Health Among the Ethnic Population in Canada*, International Sociological Association, Madrid.
- Badets, Jane (1993), « Les immigrants du Canada », *Tendances sociales canadiennes*, été 1993.
- Badets, Jane et Linda Howatson-Leo (1999), « Les nouveaux immigrants dans la population », *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1999, 16-22.
- Bagheri, A. (1992), « Psychiatric problems among Iranian immigrants in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(1), 7-11.
- Bagley, Christopher (1997), « Migration, ethnicity, and adaptation », dans Ihsan Al-Issa et Michel Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*, Plenum Press, New York, 215-233.
- Baker, Cynthia (1993), « The stress of settlement where there is no ethnocultural receiving community », *Health and Cultures*, 2, 263-276.

- Baker, Cynthia, A.M. Arsenault et G. Gallant (1994), « Resettlement without the support of an ethnocultural community », *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1064-1072.
- Baker, Michael et Dwayne Benjamin (1994), « The receipt of transfer payments by immigrants to Canada », *Journal of Human Resources*, 30(4), 650-676.
- Bal, Gurpreet (1997), « Migration of Sikh women to Canada: A social construction of gender », *Guru Narak Journal of Sociology*, 18(1), 97-112.
- Balakrishnan, T. et Zheng Wu (1992), « Home ownership patterns and ethnicity in selected Canadian cities », *Canadian Journal of Sociology*, 17(4), 389-403.
- Balzi, D., M. Geddes, A. Brancker et coll. (1995), « Cancer mortality in Italian immigrants and their offspring in Canada », *Cancer Causes and Control*, 6(1), 68-74.
- Barber, C.M., T. Abernathy, B. Steinmetz et coll. (1997), « Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs », *Canadian Journal of Public Health*, 88(4), 242-245.
- Basavarajappa, K.G. et S.S. Halli (1997), « A comparative study of immigrant and non-immigrant families in Canada with special reference to income, 1986 », *International Migration*, 35(2), 225-260.
- Beardall, S. et N. Edwards (1995), « Social and cultural determinants of smoking behaviour in selected immigrant groups: Results of key informant interviews », *Family and Community Health*, 18(2), 65-72.
- Beaujot, Roderic (1998), *Immigration and Canadian Demographics: State of the Research*, Politique, planification et recherche stratégiques, Citoyenneté et Immigration Canada, Ottawa.
- Beiser, Morton (1993), « After the door has been opened: The mental health of immigrants and refugees in Canada ». Dans Robinson Vaughan (dir.), *The International Refugee Crisis: British and Canadian Responses*, The MacMillan Press Ltd, Londres, 213-227.
- Beiser, Morton et R. Gary Edwards (1994), « Mental health of immigrants and refugees ». Dans Leona L. Bachrach et coll. (dir.), *Mental Health Care in Canada: New Directions for Mental Health Services*, Jossey-Bass Inc. Publishers, San Francisco, n° 61, 73-86.
- Beiser, Morton et Ilene Hyman (1997), « Southeast Asian refugees in Canada ». Dans Ihsan Al-Issa et Michel Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York, 35-56.
- Beiser, Morton, Gerald Devins, René Dion et coll. (1997), *Immigration, acculturation et santé mentale*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Beiser, Morton, René Dion, Andrew Gotowiec et coll. (1995), « Immigrant and refugee children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(2), 67-72.
- Beiser, Morton, Kuldip Gill et R. Gary Edwards (1993), « Mental health care in Canada: Is it accessible and equal? » *Canada's Mental Health*, 41(2), 2-7.
- Beiser, Morton, Phyllis Johnson et R. Jay Turner (1993), « Unemployment, underemployment and depressive effect among Southeast Asian refugees », *Psychological Medicine*, 23(3), 731-743.
- Benson, Andrew et Dave Dupuis (1998), *Patterns of Canadian Immigrants' Employment Earnings*, Immigration Policy Division, B.C. Ministry Responsible for Multiculturalism, Human Rights and Immigration, Victoria.
- Bernier, D. (1992), « The Indochinese refugees: A perspective from various stress theories », *Journal of Multicultural Social Work*, 2(1), 15-30.
- Bernier, Luc, Bernard Willems, Gilles Delage et coll. (1996), « Identification of numerous hepatitis C virus genotypes in Montreal, Canada », *Journal of Clinical Microbiology*, 34(11), 2815-2818.
- Bolaria, Singh B. (1990), *Health Status and Immigrant Status: Women and Racial Minority Workers*, International Sociological Association, Madrid.
- Bolaria, Singh B. (1992), « From immigrant settlers to migrant transients: Foreign professionals in Canada ». Dans Vic Satzewich (dir.), *Deconstructing a Nation: Immigration, Multiculturalism and Racism in 90s Canada*, Fernwood Publishing, Halifax, 211-227.
- Bollini, P. (1992), « Health policies for immigrant populations in the 1990s: A comparative study in seven receiving countries », *International Migration*, 30 (numéro spécial), 103-119.
- Bollini, P. (1993), « Health for immigrants and refugees in the 1990s: A comparative study in seven receiving countries », *Innovation in Social Sciences Research*, 6(1), 101-110.

- Boyd, Monica (1991), *Foreign, Female, Old and Poor: Policy Implications in the Welfare State*. American Sociological Association, Washington.
- Boyd, Monica (1992), « Les capacités des immigrants en matière de lecture », *Tendances sociales canadiennes*, automne 1992, 22-24.
- Boyer, R., C. Fortin, B. Duval et coll. (1994), « Les opinions des médecins québécois à l'égard du sida : Partie II », *Revue canadienne de santé publique*, 85(5), 344-346.
- Brancker, A. (1991), « La tuberculose au Canada », *Rapports sur la santé*, 3(1), 92-96.
- Brancker, A. et E. Ellis (1992), « Incidence de la tuberculose au Canada : tendances récentes de 1980 à 1990 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 18(17), 129-132.
- Bureau pour la santé des femmes de l'Ontario (1993), *Les besoins des immigrantes, des réfugiées et des femmes des minorités raciales en matière de santé*, ministère de la Santé, Toronto.
- Burgess, Michael (1996), « Ethnicity, nationalism and identity in Canada-Quebec relations: The case of Quebec's "distinct society" », *Journal of Commonwealth and Comparative Politics*, 34(2), 46-64.
- Burke, Mary Anne (1992), « Les enfants immigrants au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1992, 15-20.
- Burvill, P.W. (1998), « Migrant suicide rates in Australia and in country of birth », *Psychological Medicine*, 28(1), 201-208.
- Cairns, D. (1993), « The role of the dental hygienist in a multicultural society: Review of literature 1988-1993 », *Probe*, 27(5), 177-181.
- Calliste, Agnes (1993), « Women of "exceptional merit": Immigration of Caribbean nurses to Canada », *Canadian Journal of Women and the Law*, 6, 85-102.
- Cannon, Margaret (1995), *The Invisible Empire: Racism in Canada*, Random House, Toronto.
- Carl, James E. (dir.) (1996), *Perspectives on Racism and the Human Services Sector: A Case for Change*, University of Toronto Press, Toronto.
- Chandrasena, Ranjith, V. Beddage et M.L.D. Fernando (1991), « Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada », *British Journal of Psychiatry*, 159, 707-709.
- Chao, Yun et S. Chang (1997), « Child care needs of Chinese immigrant families in BC: A case study ». Working paper, *University of British Columbia Centre for Human Settlements Asian Urban Research Network*, 15, 57.
- Chappell, Neena L., David C. Lai, Ellen Gee et coll. (1997), *A study of the Chinese elderly in British Columbia*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Chen, Jijian, Edward Ng et Russell Wilkins (1996), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 33-45.
- Chen, Jijian, Russell Wilkins et Edward Ng (1996), « L'espérance de santé selon le statut d'immigrant », *Rapports sur la santé*, 8(3), 29-37.
- Cheung, Yuet W. (1993), « Ethnic identification and alcohol use among Canadian-born and foreign-born high school students in Toronto », *International Journal of the Addictions*, 28(11), 1095-1109.
- Chittick, J.B. (1996), « Cross-cultural experiences in promoting effective prevention among youth in developing countries and as new immigrants », *International Conference on AIDS*, 11(1), 246.
- Chung, Urmil (1994), *The Case for Culturally Sensitive Health Care: A Comparative Study of Health Beliefs Related to Culture in Six North-east Calgary Communities: Executive Summary*, Alberta Community Development, Citizenship and Heritage Secretariat, Edmonton.
- Citoyenneté et Immigration Canada (1997), *Rapport à SOPEMI sur l'immigration au Canada*, Ottawa.
- Citoyenneté et Immigration Canada (1998a), *Rapport à SOPEMI sur l'immigration au Canada*, Ottawa.
- Citoyenneté et Immigration Canada (1998b), *Faits et chiffres 1997 : aperçu de l'immigration*, Ottawa.
- Citoyenneté et Immigration Canada (1999), Présentation faite à l'occasion de la troisième conférence nationale Metropolis, Vancouver (C.-B.), 15 janvier 1999. Politique, planification et recherche stratégiques, Ottawa.
- Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé sur la population (1999), *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.

- Compere, Lejacques et Jacques Duval (1992), « Santé mentale et communautés ethnoculturelles : de la marginalisation sociale à la précarité existentielle », *Santé mentale au Québec*, 17(2), 285-293.
- Conseil canadien de développement social (1998), *Progrès des enfants au Canada 1998 : Portrait des jeunes*, Ottawa.
- Cook, Philip (1994), « Chronic illness beliefs and the role of social networks among Chinese, Indian, and Angloceltic Canadians », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25(4), 452-465.
- Cowie, R.L. et J.W. Sharpe (1998), « Tuberculosis among immigrants: Interval from arrival in Canada to diagnosis: A 5-year study in Alberta », *Canadian Medical Association Journal*, 158(5), 599-602.
- Creese, Gillian (1998), *Government Restructuring and Immigrant/Refugee Settlement Work: Bringing Advocacy Back In* (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 98-12 de Metropolis), Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Daenzer, Patricia (1991), « Unemployment and minority immigrants in Canada », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 11(1-3), 29-50.
- Danis, F. et F. Lecoupe (1991), *The Need for Training: A Synthesis of Recent Studies*, TVOntario-Planning-and-Development-Research, Toronto, xii.
- DeSilva, Arnold (1997), « Earnings of immigrant classes in the early 1980s in Canada: A re-examination », *Canadian Public Policy-Analyse de politiques*, 23(2), 179-199.
- Devins, Gerald M., Morton Beiser et René Dion (1997), « Cross-cultural measurements of psychological well-being: The psychometric equivalence of Cantonese, Vietnamese and Laotian translations of the affect balance scale », *American Journal of Public Health*, 87(5), 794-799.
- DeVoretz, Don et Yunus Ozsomer (1999), *Immigrants and Public Finance Transfers: Vancouver, Toronto and Montreal*. (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 99-06 de Metropolis), Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- De Vries, Brian, Carole Jacoby et Christopher G. Davis (1996), « Ethnic differences in later life friendship », *Canadian Journal on Aging*, 15(2), 226-244.
- Dillmann, Erick, Renato Pablo et Ann Wilson (1993), « Resettlement and integration of immigrants ». Dans Ralph Masi et Lynette Loleta Mensah (dir.), *Health and Cultures: Programs, Services and Care*, Mosaic Press, Oakville, vol. 2, 293-306.
- Dorais, Louis-Jacques (1991), « Refugee adaptation and community structure: The Indochinese in Quebec City, Canada », *International Migration Review*, 25(3), 551-573.
- Doucet, H., M. Baumgarten et C. Infante-Rivard (1992), « Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers », *Canadian Journal of Public Health*, 83(3), 192-195.
- Dunn, James et Isabel Dyck (1998), *Social Determinants of Health in Canada's Immigration Population: Results from the National Population Health Survey*. (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 98-20 de Metropolis). Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Dyck, Isabel (1993), « Health promotion, occupational therapy and multiculturalism: Lessons from research », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 120-129.
- Dyck, Isabel (1995), « Putting chronic illness "in place": Women immigrants' accounts of their health care », *Geoforum*, 26(3), 247-260.
- Dyck, Isabel, Judith M. Lynam et Joan M. Anderson (1995), « Women talking: Creating knowledge through difference in cross-cultural research », *Women's Studies International Forum*, 18(5-6), 611-626.
- Edwards, Nancy (1994), « Factors influencing prenatal class attendance among immigrants in Ottawa-Carleton », *Canadian Journal of Public Health*, 85(4), 254-258.
- Edwards, N.C. et J.-F. Boivin (1997), « Ethnocultural predictors of postpartum infant-care behaviours among Immigrants in Canada », *Ethnicity and Health*, 2(3), 163-176.
- Edwards, N.C. et K. MacMillan (1990), « Le tabac et les groupes ethniques : insuffisance de données », *Revue canadienne de santé publique*, 81(1), 32-36.
- Edwards, R. Gary et Morton Beiser (1994), « Les jeunes réfugiés d'Asie du Sud-Est au Canada : les déterminants de la compétence et d'une adaptation réussie », *La santé mentale au Canada*, 42(1), 1-5.

- Fanning, E.A. (1998), « Globalization of tuberculosis » [éditorial; commentaire], *Canadian Medical Association Journal*, 158(5), 611-612.
- Ferrence, Roberta, Joan Brewster, Nancy Edwards et coll. (1996), *Cultural Factors in Tobacco Use among Ethnic Groups in Canada*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Fitch, M.I., M. Greenberg, L. Levstein et coll. (1997), « Health promotion and early detection of cancer in older adults: Assessing knowledge about cancer », *Oncology Nursing Forum*, 24(10), 1743-1748.
- Fournier, Éline (1994), « Les immigrants allophones : la langue qu'ils parlent à la maison », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1994, 23-25.
- Fowler, Nancy (1998), « Providing primary health care to immigrants and refugees: The North Hamilton experience », *Canadian Medical Association Journal*, 159(4), 388-391.
- Fox, Kristine M. (1994), « Gender persecution: Canadian guidelines offer a model for refugee determination in the United States », *Arizona Journal of International and Comparative Law*, 11(1), 117-144.
- Franks, Ferne et Sandra A. Faux (1990), « Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups », *Research in Nursing and Health*, 13, 283-292.
- Freire, Marlinda (1993), « Mental health, culture, children and youth ». Dans Ralph Masi et Lynette Loleta Mensah (dir.), *Health and Cultures: Programs, Services and Care*, Mosaic Press, Oakville, vol. 2, 79-120.
- Fuller-Thomson, E., J. Lee, E. Lawson et coll. (1998), « Self-care strategies for managing respiratory illness in South-East Toronto: Life histories of Chinese and Caribbean immigrants », *Revue canadienne des sciences régionales*, (numéro spécial), 20(1, 2), 11-28.
- Gastaldo, Denise, Jacqueline Lima, Fatima Chakir et coll. (1998), *Immigrant Women, Reproductive and Sexual Health, and Religion: How Do Muslim Immigrant Women Perceive the Quality of Health Care They Receive in Quebec?* Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium, Université de Montréal, Montréal.
- Gaudette, L.A. et E. Ellis (1993), « Tuberculosis in Canada: A focal disease requiring distinct control strategies for different risk groups », *Tubercle and Lung Disease*, 74(4), 244-253.
- Geddes, M., D. Balzi, E. Buiatti et coll. (1994), « Cancer mortality in Italian migrants to Canada », *Tumori*, 80(1), 19-23.
- Gibbs, Jewelle Taylor (1996), « Triple marginality: The case of young African-Caribbean women in Toronto (Canada) and London (England) », *Canadian Social Work Review*, 13(2), 143-156.
- Gibeau, A.M. (1998), « Female genital mutilation: When a cultural practice generates clinical and ethical dilemmas », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(1), 85-91.
- Globerman, Steven (1998), *Immigration and Health Care Utilisation Patterns in Canada* (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 98-08 de Metropolis). Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Godin, G., E. Maticka-Tyndale, A. Adrien et coll. (1996). « Comprendre l'utilisation du condom dans les communautés ethnoculturelles canadiennes : méthodes et principaux résultats de l'enquête », *Revue canadienne de santé publique*, 87 (suppl. 1), S33-7, S36-41.
- Grant, H. et R. Oertel (1997), « The supply and migration of Canadian physicians, 1970-1995; Why we should learn to love an immigrant doctor », *Revue canadienne des sciences régionales*, (numéro spécial, printemps-été 1997), XX(1, 2), 11-28.
- Gray, John, Kim Honey, Alan Freeman et coll. (1997), « Outcasts once again », *World Press Review*, 44, 16-17.
- Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988a), *Puis ... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, ministère des Approvisionnement et Services du Canada, Ottawa.
- Groupe de travail canadien sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988b), *Revue de documents de référence portant sur la santé mentale des migrants*, ministère des Approvisionnement et Services du Canada, Ottawa.
- Harrison, Brian (1993), « Je ne parle ni l'anglais ni le français », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1993, 26-28.

- Harrison, P. (1994), « Everything from disease risk to drug regimens may be affected by ethnic background, MDs warned », *Canadian Medical Association Journal*, 150(8), 1310-1312.
- Hasselback, Paul, Kiang I. Lee, Yang Mao et coll. (1991), « The relationship of suicide rates to socio-demographic factors in Canadian census divisions », *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(9), 655-659.
- Hou, Feng et T.R. Balakrishnan (1996), « The integration of visible minorities in contemporary Canadian society », *Canadian Journal of Sociology*, 21(3), 307-326.
- Husbands, Winston et Paul Idahosa (1995), « Ethnicity and recreation behaviour: A review and critique of the literature », *Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada*, 27(1), 84-98.
- Hyman, Ilene, Morton Beiser et Nhi Vu (1996), « The mental health of refugee children in Canada », *Refuge*, 15(5), 4-8.
- Institut canadien de la santé infantile (1994), *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI, 2^e édition*, Ottawa.
- Jacob, A.G. (1994), « Social integration of Salvadoran refugees », *Social Work: Journal of the National Association of Social Workers*, 39(3), 307-312.
- Jacob, André et Danièle Blais (1991), « Literature review on community health services and refugees », Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Jamal, Muhammed et Jamal A. Badawi (1993), « Job stress among Muslim immigrants in North America: Moderating effects of religiosity », *Stress Medicine*, 9(3), 145-151.
- Jamal, Muhammed et Jamal A. Badawi (1995), « Nonstandard work schedules and work and non-work experiences of Muslim immigrants: Study of a minority in the majority », *Journal of Social Behaviour and Personality*, 10(2), 395-408.
- Jerabek, I. et A. F. De Man (1994), « Social distance among Caucasian-Canadians and Asian, Latin-American and Eastern European immigrants in Quebec: A two-part study », *Social Behaviour and Personality*, 22(3), 297-303.
- Jolly, K.S., P. Pais et C.S. Rihal (1996), « Coronary artery disease among South Asians: Identification of a high risk population » (éditorial), *Canadian Journal of Cardiology*, 12(6), 569-571.
- Joseph, Alun E. et R. Grant Hollett (1993), « On the use of socio-demographic indicators in local health planning: A Canadian non-metropolitan perspective », *Social Science and Medicine*, 37(6), 813-822.
- Kahler, Lucinda, Cathernie Sobota, Candace Hines et coll. (1996), « Pregnant women at risk: An evaluation of the health status of refugee women in Buffalo, New York », *Health Care for Women International*, 17(1), 15-23.
- Karlis, George (1990), « Les immigrants âgés : une clientèle négligée dans la prestation des services de loisirs », *Récréation Canada*, octobre 1990, 36-41.
- Karlis, G., François Gravelle et Marharet T. Pawlick (1997), « L'importance de la récréation pour les immigrants au Canada : les Grecs de Toronto », *Journal of Applied Recreation Research*, 22(3), 245-257.
- Kazarian, Shahe S. (1994), « Caring for refugees in a mental hospital » (lettre à la rédaction), *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(6), 386.
- Kazemipur, A. et S.S. Halli (1998), « Plight of immigrants: the spatial concentration of poverty in Canada », *Revue canadienne des sciences régionales*, (numéro spécial), 20(1, 2), 11-28.
- Keane, V.P., T.F. O'Rourke, P. Bollini et coll. (1995), « Prevalence of tuberculosis in Vietnamese migrants: The experience of the orderly departure program », *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 26(4), 642-647.
- Keely, Charles B. (1992), « The resettlement of women and children refugees », *Migration World Magazine*, 20(4), 14-18.
- Kelly, Patricia (1998), « Muslim Canadians: Immigration policy and community development in the 1991 Census », *Islam and Christian-Muslim Relations*, 9, 83-102.
- Kendel, D.A. (1992), « Influence of immigration and licensing bodies on academic medicine », *Clinical and Investigative Medicine*, 15(3), 285-287.
- Kimura, Mariko (1994), « The impact of social support on acculturative stress, depression, and life satisfaction among Japanese immigrant women in Canada », *Dissertation Abstracts International*, 54(8), 3207-A.

- Klassen, Cecil et Barbara Burnaby (1993), « Those who know: Views on literacy among adult immigrants in Canada », *Tesol Quarterly*, 27(3), 377-397.
- Kliwer, E.V. et K.R. Smith (1995a), « Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada », *Journal of the National Cancer Institute*, 87(15), 1154-1161.
- Kliwer, E.V. et K.R. Smith (1995b), « Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 4(5), 453-458.
- Kopec, Jacek A., J. Ivan Williams, Theresa To et coll. (non daté), *Cross-cultural Validity of the Health Utility Index*. University of Toronto, Department of Public Health Services, Toronto.
- Krahn, Harvey, Aurelio Fernandes et Akin Adebayo (1990), « English language ability and industrial safety among immigrants », *Sociology & Social Research*, 74(3), 182-188.
- Kreps, Gary (1992), « Reviews of a matter of life and death. Health seeking behaviors of Guatemalan refugees in South Florida and cross-cultural caring: A handbook for health professionals in Western Canada », *International Journal of Intercultural Relations*, 16, 125-134.
- Krishnan, Vijaya et Karol Jozef Krotki (1992), « Immigrant fertility: An examination of social characteristics and assimilation », *Sociological Focus*, 25(1), 27-38.
- Lajoie, Andrée, Pierrette Mulazzi et Christine O'Doherty (1998), *Adéquation du système de santé aux besoins des femmes immigrantes et des femmes autochtones de Québec*, Centre de recherche en droit public Université de Montréal, Montréal.
- Lalonde, Richard N. et James E. Cameron (1993), « An intergroup perspective on immigrant acculturation with a focus on collective strategies », *International Journal of Psychology*, 28(1), 57-74.
- Lamotte, Aleyda (1991), « Femmes immigrées et reproduction sociale », *Recherches sociographiques*, 32(3), 367-384.
- Laryea, Samuel A. (1998), *The Substitutability and Complementarity of Canadian and Foreign-born Labour: Circa 1990*. (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 98-09 de Metropolis). Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Legault, Gisèle, Sylvie Gravel, Sylvie Fortin et coll. (1997), « Adaptation of services to new immigrant families: Perceptions of families and practitioners », *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16, 67-85.
- Leonard, Christine A. et Yuet W. Cheung (1990-1991), « Selected references on topics related to ethnicity and adaptation », *International Journal of the Addictions*, 25(5-6), 767-774.
- Ley, David et Heather Smith (1997), *Is There an Immigrant "Underclass" in Canadian Cities?* (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 97-08 de Metropolis). Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Ley, David et Heather Smith (1998), « Immigration and poverty in Canadian cities, 1971-1991 », *Revue canadienne des sciences régionales*, (numéro spécial), 20(1, 2), 11-28.
- Locker, D., M. Clarke et H. Murray (1998), « Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(3), 177-181.
- Long, R., J. Manfreda, L. Mendella et coll. (1993), « Antituberculosis drug resistance in Manitoba from 1980 to 1989 », *Canadian Medical Association Journal*, 148(9), 1489-1495.
- Lübben, Sabine (1996), « The children in exile: Struggle in assisting persecuted children », *Refuge*, 15(5), 1-3.
- MacLean, J.D., T. W. Gyorkos et E. Kokoskin-Nelson (1992), « Le dépistage de parasitoses intestinales chez des enfants adoptés en provenance de Roumanie — Québec », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 18(16), 122-124.
- Manson Singer, S., D.G. Willms, A. Adrien et coll. (1994), « Ethnocultural communities facing AIDS: Chinese and South Asian immigrants' risk behaviours in Vancouver », *International Conference on AIDS 1994*, 10(1), 60.
- Marcovitch, Sharon, Laura Cesaroni, Wendy Roberts et coll. (1995), « Romanian adoption: Parents' dreams, nightmares, and realities », *Child Welfare*, 74, 993-1017.
- Marr, William L. et Pierre L. Siklos (1994), « The link between immigration and unemployment in Canada », *Journal of Policy Modeling*, 16(1), 1-25.

- Martin Spigelman Research Associates (1998), *Unfulfilled Expectations, Missed Opportunities: Poverty among Immigrants and Refugees in British Columbia*, Groupe de travail sur la pauvreté, B.C. Ministry Responsible for Multiculturalism, Human Rights and Immigration, Victoria.
- Matuk, Lucia C. (1996a), « Alcohol use by newcomers », *American Journal of Health Behavior*, 20(2), 42-49.
- Matuk, Lucia C. (1996b), « Pap smear screening practices in newcomer women », *Women's Health Issues*, 6(2), 82-88.
- Mawani, Nurjehan (1993), « The factual and legal legitimacy of addressing gender issues », *Refugee*, 13(4), 7-10.
- Maxim, P.S. (1992), « Immigrants, visible minorities, and self-employment », *Demography*, 29(2), 181-198.
- McComas, J. (1997), « La réadaptation des personnes ayant survécu à la torture : sommes-nous prêts? » *Physiothérapie Canada*, 49(3), 160-162.
- McSpadden, Lucia Ann et Hélène Moussa (1993), « I have a name: The gender dynamics in asylum and in resettlement of Ethiopian and Eritrean refugees in North America », *Journal of Refugee Studies*, 6(3), 203-225.
- Mekki-Berrada, Abdelwahed et Cécile Rousseau (1997-1998), « Incidence des séparations familiales prolongées et des politiques d'immigration sur la santé mentale des réfugiés », *Health Culture/Santé et culture*, hiver 1997-1998, 7-9.
- Mekki-Berrada, Abdelwahed et Cécile Rousseau (1998), « The incidence of prolonged family separation and the effects of the politics of immigration on the mental health of refugees », *Health and Culture/Santé et culture*, hiver 1998.
- Menzies, D., C.H. Chan et B. Vissandjée (1997), « Impact of immigration on tuberculosis infection among Canadian-born schoolchildren and young adults in Montreal », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 156(6), 1915-1921.
- Menzies, R., B. Vissandjée et D. Amyot (1992), « Factors associated with tuberculin activity among the foreign-born in Montreal », *American Review of Respiratory Disease*, 146(3), 752-756.
- Miedema, Baukje et Sandra Wachholz (1998), *Une toile complexe : l'accès au système de justice pour les femmes immigrantes victimes de violence au Nouveau-Brunswick*, Condition féminine Canada, Ottawa.
- Millar, W.J. (1992), « Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens », *Rapports sur la santé*, 4(1), 7-24.
- Modibo, Najja N. (1997), *Hurdles to Overcome: Immigrant Women in the Peripheral Sector*. Society for the Study of Social Problems, Indianapolis.
- Moreau, Joanne (1991), « Nouveaux visages : les minorités visibles à Toronto », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1991, 26-28.
- Naidoo, Josephine C. (1992), « The mental health of visible ethnic minorities in Canada », *Psychology and Developing Societies*, 4(2), 165-186.
- Naidoo, Josephine C. et R. Gary Edwards (1991), « Combating racism involving visible minorities », *Canadian Social Work Review*, 8(2), 211-236.
- Nair, C., M. Nargundkar, H. Johansen et coll. (1990), « Taux de mortalité par maladie cardiovasculaire au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2(3), 203-228.
- Neuwirth, Gertrud et John De Vries (1994), *Refugees: A New Underclass?*, International Sociological Association, Madrid.
- Ng, E. et F. Nault (1997), « Fertility among recent immigrant women to Canada, 1991: An examination of the disruption hypothesis », *International Migration*, 35(4), 559-580.
- Noh, Samuel (1999), *Subtle Impact: Racial and Ethnic Discrimination as a Determinant of Immigrant Health: An Overview of the Relevant Literatures*, University of Toronto, Toronto.
- Noh, Samuel, Morton Beiser, Feng Hou et coll. (1999), *Mental Health of Children and Youth of Immigrant Families*. Document présenté à la troisième Conférence internationale de Metropolis, Vancouver, janvier 1999.
- Noh, S. et W.R. Avison (1996), « Asian immigrants and the stress process: A study of Koreans in Canada », *Journal of Health and Social Behaviour*, 37(2), 192-206.

- Noh, S., Z. Wu et V. Kaspar (1992), « Depression in Korean immigrants in Canada. II: Correlates of gender, work, and marriage », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 578-582.
- Noivo, Edite (1994), *Ethnicity, Gender and Violence: Inter-generational Relations in Immigrant Families*, International Sociological Association, Madrid.
- Novac, Sylvia (1996), *Un toit bien à soi : Les nouvelles voix du déracinement et de la dépossession*, Condition féminine Canada, Ottawa.
- Ochnio, J.J., D.W. Scheifele et M. Ho (1997), « Hepatitis A virus infections in urban children — are preventive opportunities being missed? » *Journal of Infectious Diseases*, 176(6), 1610-1613.
- Offord, D.R. (1995), « The mental health of immigrant and refugee children » (éditorial; commentaire), *Canadian Journal of Psychiatry-Revue canadienne de psychiatrie*, 40(2), 57-58.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (ACSP) (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, ACSP, Ottawa.
- Orr, P.H., J. Manfreda et E.S. Hershfield (1990), « Tuberculosis surveillance in immigrants to Manitoba », *Canadian Medical Association Journal*, 142(5), 453-458.
- Palacios, C. et S. Sheps (1992), « A pilot study assessing the health status of the Hispanic American community living in Vancouver », *Canadian Journal of Public Health*, 83(5), 346-349.
- Parakulam, George, Vijaya Krishnan et Dave Odynak (1992), « Health status of Canadian-born and foreign-born residents », *Canadian Journal of Public Health*, 83(4), 311-314.
- Patrimoine Canada (1998), *Les activités fondées par la haine et les préjugés au Canada*, Collection « Les preuves : À propos du multiculturalisme », 21 décembre 1998, 4.
- Pepler, D.J. et I. Lessa (1993), « The mental health of Portuguese children », *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(1), 46-50.
- Pomerleau, J. et T. Ostbye (1997), « Le lien entre le lieu de naissance et certaines caractéristiques de santé en Ontario », *Revue canadienne de santé publique*, 88(5), 337-345.
- Pomerleau, J., T. Ostbye, E. Brightsee et coll. (1997), « Food intake of immigrants and non-immigrants in Ontario: Food group comparison with the recommendations of the 1992 Canada's Food Guide to Healthy Eating », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 58(2), 68-76.
- Pomerleau, J., T. Ostbye et E. Brightsee (1998a), « Place of birth and dietary intake in Ontario. I: Energy, fat, cholesterol, carbohydrate, fiber, and alcohol », *Preventive Medicine*, 27(1), 32-40.
- Pomerleau, J., T. Ostbye et E. Brightsee (1998b), « Place of birth and dietary intake in Ontario. II: Protein and selected micronutrients », *Preventive Medicine*, 27(1), 41-49.
- Pomeroy, Stephen P. (1995), « A Canadian perspective on housing policy », *Housing Policy Debate*, 6(3), 619-653.
- Premier Colloque national Metropolis sur l'immigration — Réponse à la diversité dans les métropoles (1998). *Immigration et intégration tenant compte des rapports sociaux entre les sexes : Actes de l'atelier sur la recherche en matière de politiques et Examen sélectif des écrits portant sur la recherche en matière de politiques 1987-1996*. Condition féminine Canada, Ottawa.
- Ram, B. et M.V. George (1990), « Immigrant fertility patterns in Canada, 1961-1986 », *International Migration*, 28(4), 413-426.
- Rambally, Rae Tucker (1995), « The overrepresentation of Black youth in the Quebec social service system », *Canadian Social Work Review*, 12(1), 85-97.
- Ray, Brian K. et Eric Moore (1991), « Access to homeownership among immigrant groups in Canada », *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 28(1), 1-29.
- Razin, Eran et André Langlois (non daté), « Metropolitan characteristics and entrepreneurship among immigrants and ethnic groups in Canada », *International Migration Review*, 30(3), 703-727.
- Reichert, Ronald (1997), « Phytotherapeutic alternatives for chronic active hepatitis », *Quarterly Review of Natural Medicine*, 30 juin 1997, 103-108.
- Reitz, Jeffrey G. (1997), *Institutional Structure and Immigrant Earnings: A Comparison of American, Canadian, and Australian Cities*, American Sociological Association, Washington.
- Reitz, Jeffrey G. et Sherrilyn M. Sklar (1997), « Culture, race, and the economic assimilation of immigrants », *Sociological Forum*, 12(2), 233-277.

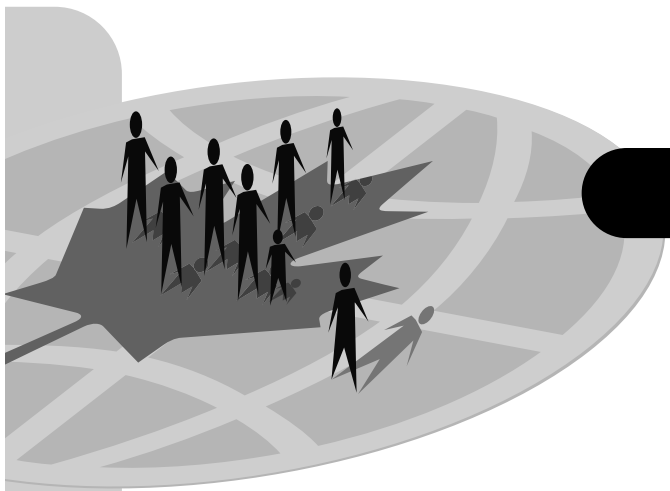
- Relevé épidémiologique hebdomadaire* (1992), « Migration et santé. Taux de suicide chez les immigrants : étude comparée », 19 juin 1992, 25.
- Renaud, Viviane et Jane Badets (1993), « La diversité ethnique dans les années 90 », *Tendances sociales canadiennes*, automne 1993, 17-22.
- Renaud, Viviane et Rosalinda Costa (1995), « La population immigrante au Québec », *Tendances sociales canadiennes*, (été 1995), 9-14.
- Richmond, A.H. (1992), « Immigration and structural change: The Canadian experience, 1971-1986 », *International Migration Review*, 26(4), 1200-1221.
- Richmond, Anthony H. (1991), « Foreign-born labour in Canada: Past patterns, emerging trends, and implications », *Regional Development Dialogue*, 12(3), 145-161.
- Roberts, N. et D. Crockford (1997), « Psychiatric admissions of Asian Canadians to an adolescent inpatient unit », *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(8), 847-851.
- Rodman, Margaret C. et Matthew Cooper (1995), « Housing cultural difference: Questions of power and space in developing Canadian non-profits and co-ops », *Canadian Journal of Urban Research*, 4(1), 93-111.
- Rojas-Viger, Celia, Gilles Bibeau et Duncan Pedersen (1998), *Impact de la violence sur la santé mentale des femmes latino-américaines à Montréal*, Centre d'excellence pour la santé des femmes, Montréal.
- Rose, John (1999), « Immigration, neighbourhood change, and racism: Immigrant reception in Richmond, B.C. », (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 99-09 de Metropolis), Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Rosenberg, T., J. Manfreda et E.S. Hershfield (1993), « Two-step tuberculin testing in staff and residents of a nursing home », *American Review of Respiratory Disease*, 148(6) (Partie 1), 1537-1540.
- Rothman, L.M. et G. Dubeski (1993), « School contact tracing following a cluster of tuberculosis cases in two Scarborough schools », *Canadian Journal of Public Health*, 84(5), 297-302.
- Rousseau, Cécile, Aline Drapeau et Ellen Corin (1996), « School performance and emotional problems in refugee children », *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 239-251.
- Rousseau, Cécile, Aline Drapeau et Ellen Corin (1997), « The influence of culture and context on the pre- and post-migration experience of school-aged refugees from Central America, and Southeast Asia in Canada », *Social Science & Medicine*, 44(8), 1115-1127.
- Rousseau, Cécile, Sylvie Moreau, Aline Drapeau et coll. (1997), *Politique d'immigration et santé mentale : Impact des séparations familiales prolongées sur la santé des réfugiés*, Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal.
- Ruble, Cindy B. et Susan M. Shaw (1991), « Constraints on the leisure and community participation of immigrant women: Implications for social integration », *Society and Leisure*, 14(1), 133-150.
- Sadoway, Geraldine (1996), « Refugee children before the Immigration and Refugee Board », *Refuge*, 15(5), 17-22.
- Saldov, Morris (1991), « The ethnic elderly: Communication barriers to health care », *Canadian Social Work Review*, 8(2), 269-277.
- Samuel, T.J. (1994), « Asian and Pacific migration: The Canadian experience », *Asian and Pacific Migration Journal*, 3(2-3), 465-495.
- Santé Canada (1998), *Metropolis — Séminaire sur le domaine de la santé : rapport final*, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa.
- Santé Canada, Équipe de travail pour l'élaboration d'un cadre conceptuel sur la santé de la population, Groupe de travail pour l'élaboration d'une stratégie visant la santé de la population (1996), *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, Santé Canada, Ottawa.
- Satzewich, Vic (dir.) (1992), *Deconstructing a Nation: Immigration, Multiculturalism and Racism in '90s Canada*, Fernwood Publishing, Halifax.
- Satzewich, Vic (1993), « Migrant and immigrant families in Canada: State coercion and legal control in the formation of ethnic families », *Journal of Comparative Family Studies*, 24(3), 315-338.
- Sayegh, Liliane et Jean-Claude Lasry (1993), « Acculturation, stress et santé mentale chez les immigrants libanais à Montréal », *Santé mentale au Québec*, 18(1), 23-51.

- Schaafsma, Joseph et Arthur Sweetman (1999), « Immigrant earnings: Age at immigration matters ». (Recherche sur l'immigration et l'intégration dans le document de travail n° 99-03 de Metropolis), Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Vancouver.
- Schreiber, R., P.N. Stern et C. Wilson (1998), « The contexts for managing depression and its stigma among Black West Indian Canadian women », *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 510-517.
- Sheth, T., M. Nargundkar, K. Chagani et coll. (1997), « Classifying ethnicity utilizing the Canadian Mortality Data Base », *Ethnicity and Health*, 2(4), 287-295.
- Singer, Sharon, Dennis Willms, Alix Adrien et coll. (1996), « Des voix s'expriment — résultats socioculturels de l'Étude des communautés ethnoculturelles face au sida », *Revue canadienne de santé publique*, 87 (suppl. 1), S26-32, S28-35.
- Sintonen, Teppo (1993), « Review of Canadian ethnicity research », *Sociologia*, 30(2), 76-87.
- Sorenson, Marianne (1995), « The match between education and occupation for immigrant women in Canada », *Canadian Ethnic Studies*, 27(1), 48-66.
- Spencer-Nimmons, Noreen L. (1996), « The emergence of refugee women as a social issue, 1978-1988 », *Dissertation Abstracts International*, 56(7), 2899-A.
- Stephenson, Peter H. (1995), « Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre », *Social Science and Medicine*, 40(12), 1631-1642.
- Stevens, Sarah (1993), « Newcomer Canadians and mainstream services », *Health and Cultures*, 2, 277-291.
- Strachan, J., H. Johansen, C. Nair et coll. (1990), « Taux de mortalité par suicide au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2(4), 327-341.
- Stratégie canadienne antidrogue (1996), *Les immigrantes et la toxicomanie : problèmes courants, programmes et recommandations*. Santé Canada, Direction de la santé de la population, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Ottawa.
- Strong, Pauline Turner et Barrick Van Winkle (1996), « Indian blood: Reflections on the reckoning and refiguring of Native North American identity », *Cultural Anthropology*, 11(4), 547-576.
- Thonneau, Patrick, Jean Gratton et Georges Desrosiers (1990), « État de santé des requérants du statut de réfugiés (admis au Québec dans la période d'août 1985 à avril 1986) », *Revue canadienne de santé publique*, 81(3), 182-186.
- Tousignant, Michel (1997), « Refugees and immigrants in Quebec ». Dans Ihsan Al-Issa et Michel Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. Plenum Press, New York, 57-70.
- Trovato, F. (1992), « Violent and accidental mortality among four immigrant groups in Canada, 1970-1972 », *Social Biology*, 39(1-2), 82-101.
- Trovato, F. (1998), « Nativity, marital status and mortality in Canada », *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 35(1), 65-91.
- Ungerleider, Charles S. (1992), « Immigration, multiculturalism, and citizenship: The development of the Canadian social justice infrastructure », *Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada*, 24(3), 7-22.
- Valkonen, T., A. Brancker et M. Reijo (1992), « Mortalité différencielle entre trois populations : résidents des pays scandinaves, immigrants au Canada d'origine scandinave et résidents canadiens nés au Canada », *Rapports sur la santé*, 4(2), 137-159.
- Vissandjée, Bilkis, Nicole Leduc, Jean Renaud et coll. (1998), *Promotion, prévention : le temps de séjour fait-il une différence pour les femmes sud-asiatiques ayant immigré au Québec*, Centre d'excellence pour la santé des femmes, Montréal.
- Wakil, S. Parvez et C.M. Siddique (1990), *Migration and Mental Health: A Review and Analysis of Literature on South Asian Immigrants*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Wang, J.S., E.A. Allen, D.A. Enarson et coll. (1991), « Tuberculosis in recent Asian immigrants to British Columbia, Canada, 1982-1985 », *Tubercle*, 72(4), 277-283.
- Weinfeld, Morton (non daté), *A Preliminary Stock-taking of Immigration Research in Canada*, Politique, planification et recherche stratégiques, Citoyenneté et Immigration Canada, Ottawa.

- Wen, S.W., V. Goel et J.I. Williams (1996), « Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario », *Ethnicity and Health*, 1(1), 99-109.
- White, Pamela M. (1990), « Les Indochinois au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, automne 1990, 7-10.
- Wilkins, K. (1996), « La tuberculose, 1994 », *Rapports sur la santé*, 8(1), 33-39.
- Williams, C.L. et J.W. Berry (1991), « Primary prevention of acculturative stress among refugees. Application of psychological theory and practice », *American Psychologist*, 46(6), 632-641.
- Willms, Sharon Manson et Joanna M. Bates (1991), *Cross Cultural Model for Delivering Effective Primary Health Care to the Urban Core Disadvantaged Patient*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Wong, L.K.H., P. Jue, A. Lam et coll. (1998), « Chinese herbal medicine and acupuncture — how do patients who consult family physicians use these therapies », *Canadian Family Physician*, 44, 1009-1015.
- Wright, R.E. et K. McDade (1992), *Barriers to the Recognition of the Credentials of Immigrants in Canada: An Analysis Using Census Data*, Secrétariat d'État du Canada; Santé et Bien-être social Canada, Ottawa; Institut de recherches en politiques publiques, Montréal.
- Yau, Maria (1996), « Refugee students in Toronto schools », *Refuge*, 15(5), 9-16.
- Young, Marta (1996), « Acculturation, identité et bien-être : l'ajustement des réfugiées somaliennes », *Santé mentale au Québec*, 21(1), 271-290.
- Young, Richard A. et M. Judith Lynam (1997), *Parent-Adolescent Discourse: A Cross-Cultural Study for Active Health Promotion*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Ottawa.
- Zowall, H., R.D. Fraser, N. Gilmore et coll. (1990), « HIV antibody screening among immigrants: A cost-benefit analysis », *Canadian Medical Association Journal*, 143(2), 101-107.
- Zowall, H., L. Coupal, R.D. Fraser et coll. (1992), « Economic impact of HIV infection and coronary heart disease in immigrants to Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 147(8), 1163-1172.

Annexes





Annexe A

Stratégie de recherche en bibliothèque

Sujets/Mots clés

immigration/immigrant/réfugié avec

santé

bien-être, mieux-être

santé mentale

soins/services médicaux

soins de santé

soins à domicile/de longue durée

soins prénatals et postnatals

soins pendant la grossesse/naissance/ obstétrique

santé de l'enfant/pédiatrie

développement des enfants/service de post-adoption

santé des personnes âgées/gériatrie

santé des adolescents

santé des femmes

promotion de la santé

prévention des maladies

surveillance des maladies

traitement

réadaptation

maladies infectieuses

maladies transmissibles

santé publique

qualité des soins

accessibilité des soins

sensibilité culturelle

barrières de la langue/linguistiques

accréditation/agrément (des professionnels de la santé formés à l'étranger)

formation/perfectionnement professionnel (pour préparer les professionnels de la santé à travailler avec les immigrants)

ressources humaines dans le domaine de la santé
médecines douces (c.-à-d., pratiques, traitements et médicaments étrangers)

soutien social

soutien familial

chômage/sous-emploi

discrimination/racisme

logement

tuberculose

hépatite

violence familiale

violence chez les jeunes/gangs

dépression

suicide

troubles psychiatriques

VIH/sida

maladies transmissibles sexuellement

fécondité/planification des naissances/

contraception

santé sexuelle/génésique

tabac/tabagisme

abus d'alcool ou de drogues/toxicomanie

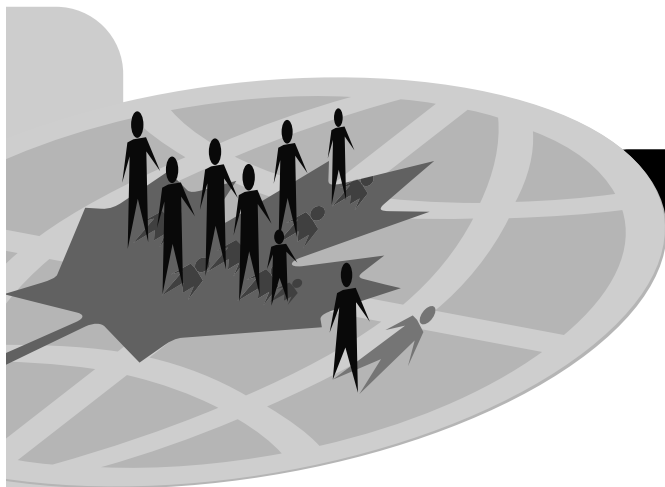
cancer

affections chroniques

incapacités/handicaps

vie active/condition physique

saine alimentation/nutrition



Annexe B

Sources de documents

PROGRAMMES DE RECHERCHE OU GOUVERNEMENTAUX

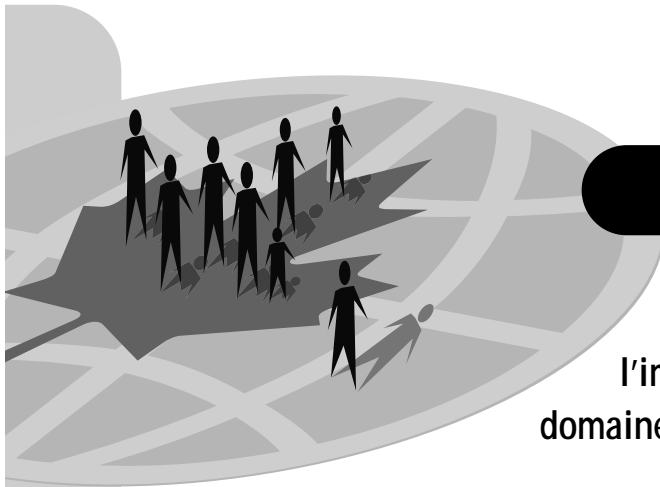
Centres d'excellence Metropolis
Centres d'excellence pour la santé des femmes
Centres d'excellence de recherche sur la violence familiale et la violence faite aux femmes et aux enfants
Subventions, contributions et contrats récents de Santé Canada
Conseil de recherches médicales (CRM)

Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
Fonds pour la santé de la population
Fonds pour la recherche en services de santé du Canada
Les sept autres ministères participant au projet Metropolis

ORGANISMES NON GOUVERNEMENTAUX

Conseil ethnoculturel du Canada
Pearson-Shoyama Institute
Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible
Conseil canadien de la santé multiculturelle
Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme
Association canadienne de santé publique
Société canadienne pour la santé internationale
Organisation nationale anti-pauvreté
Institut canadien de la santé infantile
Conseil canadien de développement social
Conseil canadien pour les réfugiés
Institut Nord-Sud
Conference Board du Canada
Caledon Institute
Conseil canadien des églises
Réseau des « Villes en santé »

Réseau des centres de promotion de la santé
Association canadienne pour la santé mentale
Institute for Research on Public Policy
Health Interaction
Conseil ontarien des organismes de service aux immigrants
Immigrant Services Society of B.C.
SUCCESS (Vancouver)
Comité central mennonite
Conseil multiconfessionnel d'aide à l'établissement des immigrants au Manitoba
Canadian African Newcomer Aid Centre
COSTI Immigrant Services
Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés
Centre de recherche-action sur les relations raciales
Collectif des femmes immigrantes
Services canadiens d'assistance aux immigrants juifs (Montréal)



Annexe C

Travaux effectués par les centres
d'excellence pour la recherche sur
l'immigration et l'intégration dans le
domaine de la santé au mois de mars 1999*

Research on Immigration and Integration in the Metropolis (RIIM)

a/s de Department of Geography, West Mall
University of British Columbia
Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z2

Tél. : (604) 822-3188
Télec. : (604) 822-6150

Courriel : riim@sfu.ca
Site Web : <http://riim.metropolis.net>

Recherche dans le domaine de la santé

Anderson, J., **Health Services Accessibility: Assessing the Multicultural Change in Health Services Delivery**

Le chercheur a entrepris une recherche ethnographique sur trois des 22 organismes de soins de santé en Colombie-Britannique qui participent au projet multiculturel de changement dans la prestation des services de santé. La recherche consiste en un examen approfondi de l'application de ces changements.

Dunn, J. et I. Dyck, **Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey**

Cette analyse de données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population fournit des renseignements sur les déterminants sociaux de la santé chez les immigrants du Canada. Plus particulièrement, elle examine les différences en ce qui a trait à l'état de santé et à l'utilisation des soins de santé entre les immigrants et les non-immigrants, les immigrants de l'Europe et ceux d'origine non européenne ainsi que les personnes qui ont immigré il y a moins de dix ans et celles qui ont immigré il y a plus de dix ans au Canada. Même si les chercheurs n'ont pu trouver de corrélation évidente et uniforme entre les caractéristiques socio-économiques des immigrants et l'état de santé, leur analyse statistique leur a permis de constater que les facteurs socio-économiques sont plus importants pour la santé des immigrants que des non-immigrants, d'une façon qui est difficile à expliquer.

*Notes :

1. La présente annexe comprend les résumés des recherches sur la santé. Les études portant sur les déterminants de la santé plus généraux, qui ne s'orientent pas spécifiquement vers la santé, sont énumérées mais non décrites.
2. Les rapports complétés des projets de recherche en santé inclus dans la présente annexe sont inscrits dans les références bibliographiques.

Dossa, P., *Toward a Meaning-Centred Approach to Mental Health: Ethnographic Case Study of Elderly Canadian Muslims*

Les psychiatres et les anthropologues médicaux continuent de débattre avec vigueur de la question de savoir si une vision occidentale de la psychiatrie peut être utilisée dans des contextes culturels non occidentaux. Cette étude présente une approche ethnographique de la santé mentale (qui comprend le bien-être) au sein des collectivités musulmanes de la région métropolitaine de Vancouver. Elle fait valoir à quel point les normes et pratiques culturelles reconstruites remettent en question les approches psychiatriques occidentales. Le modèle canado-musulman qui consiste à « créer de l'espace » et qui a été examiné dans des sites ethnographiques donnés propose un cadre plus global où l'on réévalue les dichotomies raciales et les dichotomies entre la santé et la maladie. Les résultats de la recherche devraient avoir des répercussions directes sur les immigrants âgés, lesquels sont considérés comme étant exposés à des troubles dépressifs.

Globerman, S., *Immigration and the Impact on the Canadian Health Care System*

Cette étude porte sur une analyse de données contenues dans l'Enquête nationale sur la santé de la population et avait pour but de déterminer si les personnes qui immigrèrent au Canada utilisent le système de soins de santé différemment des Canadiens de naissance et de quelle façon. Les résultats révèlent que l'utilisation des soins de santé chez les immigrants et les Canadiens de naissance reflète en grande partie les différences dans la répartition des groupes d'âge et le fait que les demandes imposées au secteur des soins de santé par les immigrants, au cours de leur vie, ne sont ni supérieures ni inférieures à la moyenne.

Recherche concernant les déterminants de la santé

Creese, G. **Government Restructuring and NGO Service Delivery**

Gross, D. **Macro (Un)employment Conditions and Immigrant Employment in Vancouver**

Laryea, S. **Immigrants and Wages in the Vancouver Labour Market**

Ley, D. et H. Smith, **Is there an Immigrant "Underclass?"**

Miraftab, F. **Access of Low-income Immigrants to Housing**

Paranjpe, A. et R.G. Tonks, **Youth, Identity and Immigration: The Dynamics of Identity Formation and Cultural Adjustment Among Immigrant Youth**

Recherche dans le domaine de la santé

Arthur, N., **Providers of Support to Survivors of Torture**

Afin de préparer les membres de la collectivité au rôle qu'ils peuvent jouer dans le processus d'établissement des immigrants, cette étude examine l'expérience et les besoins des gens qui offrent du soutien aux victimes de torture. Même si les membres de la collectivité et les spécialistes professionnels peuvent aider de façon active les immigrants, souvent ils sont mal préparés à répondre aux besoins des victimes de torture. L'étude comprend des entrevues de bénévoles qui ont accueilli des victimes de torture et de professionnels travaillant dans la communauté, ainsi qu'une bibliographie annotée de la documentation sur la victimisation indirecte.

Baker, C., **Stress of Immigrant Families with Adolescent Children Living in Areas Without Ethnocultural Communities**

On procède actuellement à une étude sur le terrain visant à examiner le stress que vivent les parents immigrants d'adolescents qui se sont établis dans une région où il n'y a pas de collectivités ethnoculturelles. L'étude vise à déterminer, décrire et comparer le niveau de stress, les facteurs de stress perçus liés au fait d'élever des adolescents et les stratégies d'adaptation utilisées par les parents immigrants originaires de deux régions, soit le Vietnam et l'Inde, qui se sont établis dans des zones urbaines du Nouveau-Brunswick. Il s'agit de la première étape d'une étude de plus grande envergure sur l'incidence des collectivités ethnoculturelles sur le stress que subissent les familles immigrantes.

Meadows, L. et W. Thurston, **Immigrant Women and Health: Phase II of WHEALTH**

Le projet établit et décrit les courbes de variation concernant les caractéristiques de l'état de santé des femmes immigrantes, en se fondant sur l'hypothèse que les femmes immigrantes ont des problèmes de santé différents de ceux des Canadiennes de naissance. On fait appel à une théorie reposant sur les faits pour déterminer les courbes et les variantes dans la description de l'état de santé et pour analyser les liens entre ces courbes et ces variantes (p. ex., instruction, revenu, maîtrise de l'anglais, acculturation, soutien social et lieu de résidence).

Neufeld, A., M. J. Harrison, M.J. Stewart et coll., **Immigrant Women's Experience as Family Caregivers: Support and Barriers**

À l'aide de cette étude, les chercheurs visent à mieux comprendre l'expérience des femmes qui prennent soin de membres de leur famille et qui sont d'anciennes immigrantes ou des immigrantes récentes de la Chine et de l'Inde. Voici les principaux objectifs : a) déterminer la nature de la situation matérielle et sociale chez les immigrantes qui fournissent des soins à leur famille; b) comprendre comment elles obtiennent du soutien et les obstacles qu'elles rencontrent; c) examiner leur accès aux ressources en services médicaux et sociaux. L'étude comprend les immigrantes qui s'occupent d'un parent souffrant d'une affection chronique ou ayant une incapacité.

Ogilvie, L., E. Smith, D. Wrightson et coll., **Minority Nurses for Minority Populations: A Pilot Study in Public Health Nursing**

Trois infirmières qui sont elles-mêmes immigrantes ont été embauchées pour travailler dans les secteurs de la santé périnatale et des soins aux enfants des familles immigrantes chinoises et vietnamiennes recevant des services de quatre centres de santé dans le nord-est d'Edmonton. Un projet de recherche-action a obtenu des résultats dans quatre secteurs : suivi du processus

d'adaptation au changement, avantages pour les clients, connaissance culturelle concernant les croyances et pratiques périnatales et connaissance du pouvoir de la recherche-action dans la réalisation du changement.

Trovato, F., **Migration and Survival: Differential Mortality Across Immigrant Communities in Canada**

Cette étude analyse les différences de taux de mortalité entre des groupes de personnes qui ont immigré récemment au Canada (p. ex., les Latino-Américains, les Asiatiques, les Africains) et des collectivités d'origine étrangère plus établies (p. ex., les Italiens, les Allemands, les Britanniques). On a porté une attention particulière au rôle de certains facteurs dans la société d'accueil, notamment les différences collectives dans les caractéristiques des communautés, comme leur lieu de résidence dans l'ensemble de la région et des secteurs métropolitains/non métropolitains, les différences socio-économiques et les caractéristiques démographiques, au cours de 1991.

Young, D. et D. Spitzer, **Understanding the Health Care Needs of Canadian Immigrants**

Cette étude d'une durée de deux ans examine les stratégies d'adaptation de certains groupes d'immigrants dans la région d'Edmonton et la façon dont ces stratégies ont une influence sur leur santé. Elle porte également sur les obstacles que doivent surmonter les immigrants pour avoir accès aux services et propose des programmes et politiques qui font la promotion d'améliorations de l'état de santé des immigrants et de leur collectivité. Au cours de la première année, le projet portera sur les stratégies d'adaptation de trois groupes (et leur incidence sur la santé) : les Chinois, les Chiliens et les Somaliens. La deuxième année se concentrera sur des problèmes pratiques liés à l'augmentation des options dans le système de santé existant.

Recherche concernant les déterminants de la santé

Basran, G.S. et L. Zong, **Visible Minority Immigrant Professionals and Evaluation of their Credentials**

Driedger, L. et S. Halli, **Integration/Segregation of Urban Prairie Visible Minority Immigrants**

Este, D., S. Sethi et M. Charlebois, **Factors Influencing Child Rearing Practices of Recently Migrated East Indian and Chinese Women with Children from Infancy to Age Six**

Grant, M., **Housing, Extended Families, Community and Acculturation: African Immigrants in Calgary**

Halli, S., **The Triple Ghetto: The Spatial Concentration of Poverty Among Prairie Immigrants**

Hayford, A., **Religion as Place: Autonomous Integration and the Construction of Community by Deracinated People**

Hébert, Y., C. Kodron, A. Moreau et coll., **The Influence of Contexts on Identity Formation Among Adolescent Immigrants**

Kalbach, M.A. et W.E. Kalbach, **Ethnic Diversity and Persistence in Canada: Metropolis Variations in Immigrant Adjustment**

Langford, N., N. Waiyaki, A. Fantino et coll., **Coping Strategies, Employment Status and Relationship Stability of Immigrant Couples**

Li, P., **Earning Opportunities of Immigrants: An Analysis of Urban Scale, Industrial Structure and Enclave Economy on Income Disparity**

Tastsoglou, E. et B. Miedema, **Immigrant Women Organizing for Change: Integration and Community Development by Immigrant Women in the Maritimes**

Wanner, R., **Shifting Origins, Shifting Labour Markets: Trends in the Occupational Attainment of Immigrants to Canada**

Recherche dans le domaine de la santé

Fuller-Thomson, E., J. Lee, E. Lawson et coll., **Towards Respiratory Health Among Immigrants in South East Toronto: Life Histories of Chinese and Caribbean Immigrants**

Ce projet de recherche repose sur une démarche communautaire entreprise dans le sud-est de Toronto pour étudier le problème des maladies respiratoires chez les immigrants pauvres habitant les vieux quartiers. Les chercheurs ont utilisé la technique de la recherche qualitative sur les antécédents de 40 immigrants pauvres pour examiner l'incidence des maladies respiratoires, les obstacles à la santé et les stratégies d'adaptation utilisées. On a déterminé la portée des programmes et politiques pertinents à partir des résultats, qui portent sur les préoccupations des immigrants à faible revenu des vieux quartiers.

Glazier, R., M. Cohen et E. Badley, **The Health Effects of Reductions in Welfare Payments and Hospital Closures on Immigrant Populations in Southeast Toronto: A Ten Year Time Trend Analysis**

Le projet vise principalement à étudier les effets de la réduction des prestations d'aide sociale et des fermetures d'hôpitaux sur la santé des nouveaux immigrants dans le sud-est de Toronto entre 1990 et 2000. L'étude utilise une approche longitudinale pour analyser les tendances de l'utilisation des hôpitaux et des visites chez le médecin. On se servira des résumés des autorisations de sortie dans le cas de tous les départs de centres hospitaliers de soins de courte durée et les demandes de paiement des médecins à la Protection-santé de l'Ontario, ainsi que des données des recensements de 1991 et de 1996.

Hyman, I. et S. Noh, **Ethnocultural Influences on Symptom Expression, Help-Seeking Behaviour, Mental Health Care Utilization and Problem Resolution Among Ethiopian Immigrants in Canada**

Les chercheurs étudient les influences ethnoculturelles sur l'expression des symptômes, les demandes d'aide, l'utilisation des soins de santé mentale et la résolution de problèmes chez les Éthiopiens qui ont immigré au Canada. L'étude vise à fournir de l'information à la collectivité éthiopienne pour accroître sa capacité d'aider ses propres membres et permettre au système de soins de santé mentale de répondre aux besoins de cette collectivité d'une façon appropriée et adaptée à la culture.

Meana, M., L. Wells, T. Bunston et coll., **Identifying Barriers and Incentives to Breast Screening Behaviour in Tamil Immigrant/Refugee Women 50 Years Old and Over**

Dans cette étude pilote comparative, les chercheurs examinent ce qui empêche ou incite les femmes tamoules âgées de 50 ans et plus à avoir recours à des méthodes de dépistage du cancer du sein qui peuvent leur sauver la vie. Les résultats portent à croire que seule une minorité d'immigrantes effectuent régulièrement un auto-examen de seins et subissent régulièrement un examen clinique des seins et une mammographie. On examinera également les attitudes et comportements des médecins pour déterminer divers obstacles et incitatifs liés à la culture qui pourraient influencer sur le dépistage du cancer du sein.

Noh, S., I. Hyman, J. Gobena et coll., **Pathways and Barriers to Mental Health Care for Ethiopians in Toronto**

L'expérience traumatisante de la migration ainsi que les difficultés de l'établissement dans un nouveau pays entraînent des risques pour la santé mentale. Toutefois, on sait peu de choses sur ce qui favorise ou gêne la santé mentale de ce groupe. Cette étude vise à étudier les influences

ethnoculturelles sur les immigrants éthiopiens qui cherchent de l'aide, et à étayer de nouvelles approches épidémiologiques et ethnographiques.

Welsh, J., M. Koch, A. Murray et coll., **Food Security, Health and the Immigrant Experience**

Ce projet vise à définir des programmes alimentaires culturellement adaptés, des stratégies d'action communautaire et des politiques visant à améliorer la santé et le bien-être des immigrants, et à appuyer de telles démarches. La sécurité alimentaire est un problème de longue date pour les groupes vulnérables des collectivités immigrantes. On procède à des entrevues semi-structurées auprès d'informateurs clés dans des organismes de services communautaires et l'on effectue de la recherche-action participative avec des groupes d'immigrants pour explorer la question de la sécurité alimentaire des immigrants et déterminer les mesures, services et politiques nécessaires.

Yuan, L., I. Rootman, A. Teyeh et coll., **The Study of the Health Status and Health Care Access for the Arab Community in Toronto: A Pilot Study to Assess Health Needs**

Cette étude pilote vise à recueillir des données socio-économiques, démographiques et sanitaires, ainsi que d'autres données sur la collectivité arabe de la région de Toronto. Voici les deux méthodes utilisées : compilation et analyse des données de Statistique Canada et d'autres sources; et recherche communautaire au moyen de groupes de discussion. Les résultats de cette étude serviront de fondement à d'autres recherches pour analyser l'état de santé de la collectivité arabe et son accès aux services de soins de santé dans la région de Toronto.

Recherche concernant les déterminants de la santé

Chambon, A., M. Abai, B. Shapiro et coll., **Link by Link: The Challenge of Building Community with Survivors of Torture**

Hagan, J., **The Next Generation: Life Course Effects of Immigration and Educational Experiences on Adolescent Transitions to Adulthood**

Harvey, E., B. Sui et K. Reil, **Changing Patterns of Immigrants' Socioeconomic Integration**

Irving, H., **Satellite Children: An Exploratory Study of their Experience and Perception**

Israelite, N., **Voices of Immigrant Women: The Effects of Cutbacks on their Settlement Experiences**

Kilbride, K.M., **Early Differences Experienced by Visible Minority Children**

Pepler, D.J., J. Connolly, W. Craig et coll., **School Experiences of Immigrant and Ethnic Minority Youth: Risk and Protective Factors in Coping with Bullying and Harassment**

Preston, V., G. Man et D. Mui, **Employment Barriers Experienced by Chinese Immigrant Women in the Greater Toronto Area**

Reitz, J., **Immigration, Ethnic Diversity and Labour Unions in Canada**

Roberts-Fiati, G., C. Chauncey, G. Dei et coll., **Enhancing School Retention Among African-Canadian Youth**

Sandys, J., B. Hall, S. Ali et coll., **Immigration and Settlement Issues for Ethno-racial People with Disabilities: An Exploratory Study**

Shields, J., **Immigration and Refugee Youth Unemployment: A Qualitative Exploration of Labour Market Exclusion**

Simmons, A., G. Bielmeier, D. Ramos et coll., **Latin American Youth in Toronto: Identity and Immigration Issues**

Trocme, N., U. George et D. Herberg et coll., **Building Bridges: The Collaborative Development of Culturally Appropriate Definitions of Child Abuse and Neglect for the South Asian Community**

Recherche dans le domaine de la santé

Jiminez, V., **Bilan de la recherche québécoise sur la santé et les services sociaux au Québec**

Ce bilan se concentre sur la recherche évaluant les interventions ou les programmes. Les recherches jusqu'à ce jour ont surtout porté sur le taux de satisfaction des interventions, du soutien parental, de la stimulation précoce des jeunes enfants et des interventions sociales auprès des adolescents dans les centres de réadaptation. Toutefois, il reste beaucoup à faire pour mieux comprendre la relation travailleur-client et l'incidence des services fournis, mieux cerner le problème de la violence conjugale chez diverses clientèles ethnoculturelles et élaborer des interventions qui tiennent davantage compte du contexte multiethnique.

Jiminez, V., J.-F. Saucier et G. Bibeau, **Carrefour épistémologique : la médecine moderne et les autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle**

L'étude vise à : 1) entreprendre une réflexion épistémologique interculturelle pour mieux comprendre le phénomène du pluralisme des pratiques et des médecines au-delà du cadre dominant de la médecine occidentale; 2) se familiariser avec les savoirs et les savoir-faire des traditions ou pratiques médicales non-occidentales; 3) créer un espace de réflexion clinique qui permette la détermination des dominantes et des rapports de complémentarité entre traditions thérapeutiques de manière à mieux comprendre la problématique de la santé, des maladies et des soins dans une société multiethnique et pluriculturelle.

Jiminez, V., C. Sterlin et A. Contandriopoulos, **La communication entre soignant et soigné dans un contexte de grande distance socio-culturelle**

Cette étude comprend la première phase d'un projet visant à mieux comprendre la communication entre soignant et soigné. La phase actuelle se concentre sur des patients haïtiens soignés par des médecins québécois. On enregistre sur vidéo des interactions entre patient et médecin que l'on montre ensuite à des guérisseurs haïtiens traditionnels pour obtenir leurs réactions sur la nature de l'interaction; ces entrevues sont également enregistrées sur bande sonore. On analyse ensuite les données visuelles et sonores pour déterminer les obstacles ethnoculturels à la communication efficace.

Kirmayer, L. et E. Jarvis, **Emergency Assessment and Treatment of Immigrants with Psychosis**

Le projet évalue l'incidence de l'ethnicité sur le traitement d'urgence de la psychose aiguë. Le projet comprend les objectifs suivants : 1) documenter la répartition ethnique des patients se présentant à l'urgence de l'Hôpital général juif de Montréal pour une psychose; 2) évaluer de quelle façon l'ethnicité interagit avec la psychose pour influencer la fréquence des contacts avec la police, les niveaux de compréhension de soi déterminés par les cliniciens et les types de traitement pour les épisodes aigus; 3) recommander des lignes directrices pour la prestation de soins psychiatriques d'urgence adaptés sur le plan culturel.

Kirmayer, L., A. Young et M. Weinfeld, **Pathways and Barriers to Mental Health Care**

L'équipe de recherche continue de travailler sur la problématique des obstacles aux soins de santé mentale auxquels font face les immigrants vietnamiens, anglo-antillais et philippins à Montréal. L'analyse des données de plus de 2 000 cas, y compris une composante qualitative fondée sur des entrevues individuelles, se poursuit. Le projet devrait permettre de mieux comprendre l'accès des immigrants aux soins de santé, et les données pourront être reliées aux principales enquêtes de Santé Québec sur la santé des immigrants de la province.

Krane, J., J. Oxman-Martinez, M. Chalom et coll., **State Responses to Conjugal Violence: Impact on Québécois and Immigrant Families**

En plus des obstacles linguistiques, les moyens traditionnels de se libérer de la violence conjugale comme appeler la police, quitter l'agresseur et chercher refuge dans un foyer pour femmes battues peuvent ne pas être utiles pour les immigrantes et réfugiées. Ce projet examine l'incidence des principales mesures mises en place par l'État en réponse à la violence conjugale que vivent les familles québécoises et immigrantes; à cette fin, divers documents sur le sujet sont passés en revue et des groupes de discussion sont organisés pour explorer les perceptions des informateurs clés et de la police concernant les mesures prises par l'État face à la violence conjugale.

Meintel, D. et R. Sévigny, **Role of Relations Between Ethnic Minorities in the Process of Insertion into the Host Society: The Case of CLSC Clients and Home Support Workers**

Ce projet examine les relations entre les minorités ethniques et culturelles et les fournisseurs de soins à domicile. La recherche vise à comprendre de quelle façon les différences ethnoculturelles affectent le travail des fournisseurs de soins à domicile, particulièrement en ce qui concerne les conseils pratiques qu'ils sont appelés à donner aux clients pendant leur travail.

Oxman-Martinez, J. et J. Krane, **Réponses des intervenants de première ligne à la violence conjugale : trajectoires et obstacles à une pratique culturelle sensible au Québec**

Par une meilleure compréhension des différences entre le grand public et les groupes culturels, le projet vise à faciliter la mise sur pied d'interventions culturellement adaptées dans les refuges, les postes de police et les hôpitaux, dans le contexte des politiques qui servent de cadre à ces pratiques. On étudie de quelle façon les professionnels réguliers de la santé, des services sociaux, du maintien de l'ordre et des refuges abordent les problèmes liés à violence conjugale et trouvent des réponses efficaces. L'étude porte sur deux groupes ethnoculturels de Montréal : les immigrants arabes et originaires de l'Asie occidentale et les Latino-Américains.

Rousseau, C., S. Moreau, A. Drapeau et coll., **Integration Policies and Mental Health: Impact of Prolonged Family Separation on the Mental Health of Refugees**

On a étudié les effets de la séparation prolongée d'une famille en raison des procédures d'immigration au moyen d'un échantillon de 114 réfugiés de l'Afrique et de l'Amérique centrale et latine. Les résultats révèlent que 80 p. 100 des réfugiés ont vécu une séparation familiale, source d'angoisse et d'incertitude, lesquels peuvent entraver le processus d'intégration. On remarque également que les réfugiés qui sont séparés de leur famille immédiate pendant une longue période ont tendance à souffrir davantage de troubles émotionnels et que les réfugiés qui vivent des événements traumatisants sont les plus touchés. Les familles réunies après de nombreuses années de séparation sont susceptibles de connaître des problèmes relationnels.

Weinfeld, M., **Ethnic Matching: Intervenors and Patients**

L'étude vise à examiner le rôle des professionnels appartenant à une minorité dans tous les domaines de la fonction publique, au moyen de l'observation des participants et d'une approche plus quantitative. Dans le cadre d'une étude préliminaire, on a interrogé des médecins et des infirmières (de tous les domaines de la médecine) venant de groupes minoritaires. On prévoit englober les services de santé généraux, probablement conjointement avec la base de données de Santé Québec.

Recherche concernant les déterminants de la santé

Bibeau, G. et E. Corin, **Roles and Functions of Churches and Religious Groups in the Process of Integration of New Quebeckers into the Host Society**

El Yamani, M., **Le racisme en mouvement**

Firbank, O., **Passage de l'activité à la retraite et ethnicité : une étude de quatre communautés d'immigrés dans la région de Montréal**

Firbank, O. et A. Vézina, **Cohabitation de dynamiques de soutien intergénérationnel parmi les familles immigrantes et québécoises : un modèle de solidarité réussi?**

Ledent, J. et J. Renaud, **Conjoncture économique et premier emploi des immigrants nouvellement arrivés au Québec**

Legault, G., et J. Oxman-Martinez, **Prévention des conflits parents-enfants en situation de réunification familiale**

Ray, B., D. Rose, J. Charbonneau et coll., **Les réseaux sociaux des immigrantes haïtiennes : le rôle des liens faibles à l'échelle du quartier**

