



Citoyenneté et
Immigration Canada

Citizenship and
Immigration Canada

État de santé et capital social des nouveaux immigrants

données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès
des immigrants du Canada

Jun Zhao, Li Xue et Tara Gilkinson

Mars 2010



Canada

Ce document a été présenté initialement comme un chapitre dans la publication suivante:

McDonald, T., E. Ruddick, A. Sweetman, et C. Worswick, eds. 2010. *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*. Montréal et Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University Press. ISBN 978-1-55339-281-1

Tableau de matières

Résumé	1
Introduction	2
Analyse de la documentation	3
Définir le capital social.....	3
Capital social et intégration des immigrants	3
Mécanismes liant le capital social et la santé.....	4
Capital social et santé.....	4
Capital social et santé des immigrants	5
Données et définition	7
Sources de données	7
Définitions	7
<i>Indicateur de l'état de santé</i>	7
<i>Indicateurs de capital social</i>	8
<i>Indicateur de revenu</i>	9
<i>Autres variables sociodémographiques</i>	9
Analyse descriptive	10
Modèles économétriques	14
Résultats de la régression et discussion	15
Résultats de la régression pour les immigrants de la catégorie du regroupement familial	19
Conclusion	20
<i>Incidence sur les politiques</i>	20
Références	22
Annexe	25
Notes	26

Résumé

Comme les immigrants sont à l'origine d'une forte proportion de la croissance de la population canadienne, leur état de santé présente un intérêt particulier pour les chercheurs, les décideurs et les responsables de programmes. En raison des données limitées disponibles, il existe peu de travaux de recherche au Canada sur les disparités que présente l'état de santé des diverses catégories d'immigrants, c'est-à-dire les immigrants de la catégorie du regroupement familial, de la catégorie économique et les réfugiés. En outre, peu d'études sont consacrées à l'incidence du capital social sur l'état de santé des immigrants sur le plan quantitatif. Le présent rapport s'attaque à ces lacunes au moyen d'analyses économétriques. À partir de données issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC), nous analysons l'évolution dynamique de l'état de santé des nouveaux immigrants au cours des quatre premières années de leur séjour au Canada, en nous concentrant plus particulièrement sur l'effet du capital social sur la santé. Les résultats de nos analyses descriptives et de régression viennent corroborer « l'effet de la bonne santé des immigrants »; toutefois, ces résultats montrent que cet effet diminue au fil du temps. Nos résultats donnent également à penser qu'il existe des disparités au chapitre de l'état de santé entre les sous-groupes de nouveaux immigrants. Les demandeurs principaux du groupe des travailleurs qualifiés ont plus de chances d'être généralement en bonne santé, tandis que les réfugiés sont plus susceptibles de qualifier leur état de santé de passable à mauvais. Compte tenu des effets de certaines variables liées au capital social, nous confirmons l'existence de liens entre les réseaux d'amis et l'état de santé des nouveaux immigrants. La densité et la diversité ethnique des réseaux d'amis ont des liens positifs avec l'état de santé global autodéclaré par les immigrants. En ce qui concerne la catégorie du regroupement familial, l'analyse révèle un lien positif entre les réseaux organisationnels et l'état de santé autodéclaré. En règle générale, les réseaux sociaux ont une incidence plus marquée sur l'état de santé des immigrants de la catégorie du regroupement familial que sur celui des autres catégories.

Introduction

Entre 2001 et 2006, près de 1,2 million d'immigrants se sont établis au Canada. Comme les immigrants sont à l'origine d'une forte proportion – les deux tiers – de la croissance de la population du Canada (CIC 2007), leur état de santé présente un intérêt particulier pour les chercheurs, les décideurs et les responsables de programmes. Le manque de données a limité les recherches canadiennes sur les disparités entre les sous-groupes d'immigrants, comme ceux de la catégorie du regroupement familial, de la catégorie économique et les réfugiés (Zhao 2007a). La présente recherche vise à combler ces lacunes au moyen d'analyses économétriques. Elle se penche sur les changements dynamiques survenus dans l'état de santé des nouveaux immigrants au cours de leurs premières années de résidence au Canada, en se concentrant particulièrement sur l'incidence du capital social.

Dans le présent document, nous tentons de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que l'état de santé des nouveaux immigrants au Canada change au cours des quatre premières années après leur arrivée?
- Existe-t-il une disparité entre l'état de santé des divers sous-groupes d'immigrants?
- L'état de santé des nouveaux immigrants est-il principalement lié à des facteurs sociaux particuliers?
- Dans quelle mesure le capital social, intégré dans les réseaux sociaux, a-t-il une incidence sur l'état de santé des nouveaux immigrants?

Le document s'articule comme suit : après l'analyse de la documentation sur le concept du capital social, on décrit les sources de données et les indicateurs utilisés dans l'analyse. Viennent ensuite des sections présentant une analyse descriptive, les modèles économétriques et, enfin, les résultats de la régression, suivis d'une discussion. La conclusion résume les principales constatations et fait état de certaines répercussions de la recherche sur les politiques.

Analyse de la documentation

Définir le capital social

Le terme « capital social » recouvre une notion hybride qui « fait appel à la fois aux justifications théoriques et empiriques pour considérer les liens sociaux comme des ingrédients potentiellement importants pour le bien-être et la prospérité d'une société » (PRP 2005b, 37). Il s'agit d'un concept à la fois géographique, politique, économique et sociologique, et même si l'on ne s'entend pas sur sa définition et sa conceptualisation, il reste qu'il véhicule une « simplicité séduisante » [Traduction] (Mohan et Mohan 2002, 191) parce qu'il est « fondé sur la prémisse qu'un réseau de relations interpersonnelles a de la valeur pour ses membres en leur donnant accès aux ressources sociales disponibles au sein de ce réseau » [Traduction] (Staber 2006, 190). Comme l'explique Putnam, « à l'instar des outils (capital physique) et de la formation (capital humain), les réseaux sociaux ont de la valeur » (2007, 137); « ils ont de la valeur pour les personnes qui en font partie, et ils ont, du moins dans certains cas, des effets externes démontrables, de sorte qu'il existe à la fois des aspects publics et privés du capital social » [Traduction] (2001, 41).

Le tableau 1 donne un aperçu des diverses définitions que l'on trouve du capital social dans la documentation.

Tableau 1 : Définitions du capital social

Les caractéristiques de l'organisation sociale comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel.	Putnam 1995, 67
La somme des ressources, réelles ou virtuelles, qui s'accumulent pour un individu ou un groupe du simple fait de la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissance et de reconnaissance mutuelles.	Bourdieu et Wacquant 1992, 119
La capacité des acteurs d'obtenir des avantages du simple fait d'appartenir à des réseaux sociaux ou à d'autres structures sociales.	Portes 1998, 6

On a établi un lien entre le capital social et des effets externes positifs tels qu'une meilleure santé, des taux d'emploi plus élevés et une interaction sociale accrue (Mohan et Mohan 2002, 193). Toutefois, ce ne sont pas tous les effets du capital social qui sont positifs : « tout comme les sources du capital social sont plurielles, ses conséquences le sont aussi » [Traduction] (Portes 1998, 9). Portes (1998) a relevé plusieurs effets externes négatifs du capital social dont « l'exclusion des personnes de l'extérieur, les revendications excessives à l'endroit des membres du groupe, les restrictions imposées aux libertés individuelles et les normes de nivellement vers le bas » (15). Selon Putnam, « même si les réseaux peuvent influencer considérablement sur notre capacité de faire avancer les choses, rien ne garantit que ce qui est accompli par le biais des réseaux sera bénéfique socialement » (2007, 138). Par conséquent, « pour comprendre en quoi consiste le capital social, il faut insister sur la *nature* des interactions, la *signification* des liens et leur potentiel de *faciliter le changement*, plutôt que sur l'enveloppe structurelle et les connexions visibles proprement dites » [Traduction] (MacKian 2002, 208; en italique dans le texte original).

Capital social et intégration des immigrants

On a constaté que le concept du capital social était particulièrement pertinent dans l'étude de l'intégration des immigrants. Les recherches effectuées sur le capital social ont mis en lumière l'importance des réseaux sociaux (tant homogènes qu'hétérogènes) pour un éventail de résultats, y compris l'emploi. Les résultats d'analyses récentes de l'Enquête sociale générale (ESG) et de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) viennent corroborer l'importance du capital social pour l'intégration des immigrants au Canada (van Kemenade et coll. 2006; Xue 2008). Des données probantes issues des deux enquêtes montrent que le capital social est un déterminant majeur de la santé des immigrants (Zhao 2007a; van Kemenade et coll. 2006).

On a établi des rapports entre le capital social et le niveau d'instruction des immigrants. Ooka et Wellman (2006) ont trouvé que le niveau d'instruction est associé positivement avec l'appartenance à des réseaux d'amis hétérogènes. Les auteurs ont constaté que les immigrants de la première génération ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires sont plus susceptibles de faire partie d'un réseau hétérogène que ceux dont le niveau d'instruction est moins élevé. La situation des immigrants sur le plan de l'instruction et de l'emploi joue un rôle en influant sur leur état de santé. Dunn et Dyck (1998) ont analysé les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP 1994-1995). Dans leurs constatations, les auteurs ont montré que les immigrants ayant atteint un niveau d'instruction élevé et des revenus supérieurs étaient plus susceptibles d'auto-évaluer leur état de santé comme très bon ou excellent.

Mécanismes liant le capital social et la santé

En dépit d'un récent « regain d'intérêt sur le plan épidémiologique et de la santé publique pour l'investigation des effets du capital social sur l'état de santé physique » [Traduction] (Kim et coll. 2008,186), les mécanismes reliant le capital social et la santé ne sont pas encore bien compris (Kawachi et coll. 1999, 1190) : « Sur le plan individuel, il n'est pas encore complètement établi si la bonne santé est le résultat du capital social ou si le capital social est le résultat d'une bonne santé ou d'autres caractéristiques personnelles non mesurées qui déterminent à la fois l'état de santé et les modèles de l'engagement social » [Traduction] (Kawachi 2006, 992). Malgré ce défi important, plusieurs chercheurs dont Kawachi et coll. (1999), Putnam (2000) ainsi que Berkman et Glass (2000) ont tenté de déterminer les voies et mécanismes par lesquels le capital social influe sur l'état de santé communautaire et individuelle.

Dans la documentation, on semble indiquer que les réseaux sociaux pourraient influencer l'état de santé – en agissant comme un outil de diffusion rapide des renseignements sur la santé, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux ressources dans ce domaine (Kawachi et coll. 1999; Berkman et Glass 2000); en fournissant une aide tangible comme « de l'argent, des soins de convalescence et des moyens de transport, ce qui réduit le stress psychologique et physique et fournit un filet de sécurité » [Traduction] (Putnam 2000, 327); en renforçant les normes en matière de santé (p. ex. activité physique) et l'influence sociale (valeurs et normes des réseaux) (Kawachi et coll. 1999; Putnam 2000; Berkman et Glass 2000); et enfin, en offrant un soutien affectif (Berkman et Glass 2000), susceptible de servir « de mécanisme de déclenchement psychologique, stimulant le système immunitaire pour combattre la maladie et atténuer le stress » [Traduction] (Putnam 2000, 327).

Capital social et santé

Putnam (2000) déclare, « dans tous les domaines où j'ai tenté de déterminer les conséquences du capital social, c'est dans celui de la santé et du bien-être que l'importance de l'appartenance sociale est la mieux établie » [Traduction] (326). La relation entre le capital social et l'état de santé a été examinée dans le cadre de recherches tant empiriques que théoriques. Le capital social a été mis en rapport avec divers aspects de la santé tels que l'accès aux soins de santé, la consommation occasionnelle excessive d'alcool, le temps libre, l'inactivité physique, la sécurité alimentaire, les problèmes liés au comportement des enfants, la marche, les crimes violents et les homicides, l'espérance de vie, les taux de cas de tuberculose, la satisfaction de vivre et les taux de suicide (Kawachi et coll. 2004).

Des études écologiques ont montré que le capital social est associé à des taux inférieurs de suicide et à des taux supérieurs de satisfaction de vivre (Helliwell 2003). Fisher et coll. (2004) ont trouvé que les collectivités unies où règne la confiance se caractérisent par des taux accrus d'activité physique, et les résultats de Hendryx et coll. (2002) semblent indiquer que le capital social d'une collectivité est associé à un meilleur accès aux soins de santé. Les recherches dans ce domaine sont également arrivées à la conclusion que dans les voisinages où le capital social est élevé, les membres ont tendance à déclarer et à auto-évaluer plus positivement leur état de santé (Wen et coll. 2003).

L'analyse de la documentation a révélé que l'état de santé auto-évalué, une mesure de plus en plus souvent utilisée pour évaluer la santé globale, était lié à un éventail de mesures individuelles du capital social (Kim et

coll. 2008). Par exemple, les recherches ont montré que l'état de santé auto-évalué était lié à la longévité et à la capacité fonctionnelle (Idler et Kasl 1995; Idler et coll. 1999), à la confiance sociale (Lavis et Stoddart 1999), ainsi qu'à la participation aux réseaux formels et informels (Rose 2000).

Capital social et santé des immigrants

Peu de recherches se penchent directement sur les manières dont le capital social influe sur l'état de santé des populations immigrantes. Toutefois, les travaux de Deri (2005), Newbold (2009), van Kemenade et coll. (2006) et Zhao (2007a) ouvrent des horizons dans ce domaine.

Deri (2005) a utilisé des données issues de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) pour examiner si et comment les réseaux sociaux influent sur les habitudes d'utilisation des soins de santé des immigrants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français. À l'instar de Bertrand et coll. (2000), elle évalue les réseaux sociaux en fonction de la concentration linguistique dans un secteur de subdivision de recensement. Les constatations de Deri semblent indiquer que les réseaux sociaux jouent un rôle important en influençant les comportements en matière d'utilisation des soins de santé. Elle a en effet constaté que « dans les groupes linguistiques faisant un usage élevé des soins de santé, le fait de vivre dans un secteur où le groupe linguistique est fortement concentré stimule l'accès. Inversement, dans les groupes linguistiques faisant un usage restreint des soins de santé, le fait de vivre dans un secteur où le groupe linguistique est fortement concentré réduit l'accès » [Traduction] (Deri 2005, 1079).

Newbold (2009) a utilisé l'ELIC pour évaluer la transition des états de santé des nouveaux immigrants. D'après Newbold, les nouveaux immigrants « qui signalaient entretenir chaque mois des interactions sociales avec des membres de leur famille ou des amis (par rapport à ceux qui entretenaient des interactions à une fréquence moindre), avaient moins de risques de transition vers un mauvais état de santé. Par ailleurs, le degré d'interaction sociale était sans importance » (329-30). Toutefois, les constatations de l'auteur montrent également que le fait d'avoir des proches ou des amis à proximité et de participer à un groupe social ne semble pas avoir d'incidence sur l'évolution de l'état de santé.

À partir de l'Enquête sociale générale (ESG), van Kemenade et coll. (2006) a trouvé que « le fait d'avoir accès à des réseaux proches de personnes ayant la même origine culturelle – de même qu'à des programmes soutenant ces réseaux – a un lien avec l'intégration sociale et économique des immigrants dans le pays d'accueil et avec leur bien-être » (19). Les résultats montrent : 1) « l'existence d'une association positive entre la taille des réseaux avec lesquels les immigrants entretenaient des liens étroits et le bon état de santé des intéressés »; 2) « l'existence d'une association positive entre le nombre de liens avec les organismes et l'état de santé autodéclaré des immigrants ». Les immigrants ayant un nombre élevé de liens avec les organismes perçoivent leur santé comme bonne »; 3) « les femmes immigrantes qui déclarent entretenir au moins une relation d'entraide mutuelle avec leurs réseaux sociaux avaient davantage tendance à se déclarer en bonne santé que leurs pairs n'entretenant pas une telle relation »; et 4) « les hommes immigrants qui ont participé à des activités à titre bénévole au cours de l'année précédant l'enquête avaient deux fois plus de chances de se déclarer en bonne santé que leurs pairs n'ayant pas participé à des activités de ce genre » (19).

Zhao (2007a) a mené une analyse de durée de l'ELIC en vue d'obtenir d'autres indications sur l'état de santé des nouveaux immigrants du Canada et les déterminants socioéconomiques de leur santé. Selon Zhao (2007a), les immigrants qui entretenaient de fréquentes interactions avec des amis au Canada, qui parlaient au moins une des deux langues officielles, qui ne vivaient pas dans des familles à faible revenu, et qui étaient propriétaires d'une maison plutôt que locataires avaient des risques moins élevés de subir un recul dans leur état de santé. Zhao a aussi constaté que « les immigrants ayant un réseau social et un soutien social avaient davantage tendance à voir un médecin » (42). Cette constatation donne à penser que les immigrants ayant un réseau social et un soutien social avaient moins de difficulté à avoir accès à des services de santé, mais aussi qu'ils étaient susceptibles d'avoir plus de problèmes de santé. Toutefois, les effets du capital social n'étaient pas les principaux intérêts de Zhao (2007a). Les différences principales entre cette dernière recherche et la présente sont les suivantes : 1) nous catégorisons les réseaux sociaux en trois types, c.-à-d., réseau de parents, d'amis et réseaux organisationnels; 2) pour chaque type de réseau, nous tenons compte également de la taille

du réseau, de sa diversité et de sa densité, etc.; et 3) nous appliquons un modèle de données recueillies au moyen d'un panel afin de prendre en compte des caractéristiques individuelles non observées, comme la diversité génétique, la diversité de style de vie et les attitudes à l'égard de l'activité physique.

Données et définition

Sources de données

La principale source de données utilisée dans la présente recherche est l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC), qui a été conçue pour étudier comment les nouveaux immigrants s'adaptent à la vie au Canada au cours des quatre premières années suivant leur arrivée. La population cible de l'enquête était les immigrants qui sont arrivés au Canada entre octobre 2000 et septembre 2001, qui étaient âgés de 15 ans et plus au moment de l'établissement et qui avaient présenté leur demande à l'étranger¹.

L'enquête porte sur un certain nombre de questions dont les caractéristiques démographiques et des ménages des répondants de l'enquête longitudinale, la santé, la citoyenneté, les interactions sociales, les groupes et les organismes, les compétences linguistiques, le logement, les études, l'emploi, les valeurs et les attitudes, le revenu et les perceptions entourant l'établissement.

L'ELIC est une enquête longitudinale – c'est-à-dire que les mêmes répondants ont été interrogés à des intervalles de six mois (premier cycle), deux ans (deuxième cycle) et quatre ans (troisième cycle) après leur établissement au Canada, en vue de présenter une image dynamique des expériences d'intégration de ces nouveaux immigrants. Au cours du premier cycle, environ 12 000 immigrants, représentant à peu près 164 200 personnes âgées de 15 ans et plus, ont été interrogés. Le troisième et dernier cycle de l'enquête a permis d'interviewer un échantillon de 7 700 immigrants représentant 157 600 membres de la population cible qui résidaient toujours au Canada au moment des dernières entrevues (Statistique Canada, 2007). Notre recherche se concentre plus particulièrement sur ces 7 700 immigrants ayant participé aux trois cycles de l'enquête. Les poids représentant l'aspect longitudinal de l'enquête, conçus par Statistique Canada, servent à tenir compte de l'érosion de l'échantillon.

La deuxième source de données est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête transversale auprès de la population canadienne. Nous nous servons de l'ESCC pour obtenir des données sur l'état de santé des personnes nées au Canada, selon le groupe d'âge, à des fins d'analyse comparative. La première année de collecte de données pour l'ESCC (Cycle 1.1) visait la période de septembre 2000 à novembre 2001, ce qui coïncide avec le premier cycle d'entrevues de l'ELIC. L'ESCC s'effectue durant un cycle de collecte de deux ans, et la population cible de l'enquête représente 98 p. 100 de la population canadienne résidant dans les 10 provinces (Statistique Canada 2006). Les trois premiers cycles – Cycle 1.1 (2000-2001), Cycle 2.1 (2002-2003), et Cycle 3.1 (2004-2005) – ont été utilisés dans le cadre de la présente recherche. Les poids d'échantillonnage conçus par Statistique Canada sont utilisés pour faire le calcul des estimations statistiques afin de produire l'inférence sur le niveau de population possible.

Définitions

Indicateur de l'état de santé

Dans la présente recherche, nous utilisons l'auto-évaluation de la santé en tant qu'indicateur de l'état de santé des immigrants². L'indicateur de l'auto-évaluation de la santé sert à mesurer l'opinion des personnes au sujet de leur état de santé général. Il peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental. Les épidémiologistes ont montré que l'état de santé perçu est le reflet exact de la santé d'une personne et un prédicteur valide de la mortalité incidente et de la morbidité chronique (voir Bond 2006; Idler et Benyamini 1997; Huisman et coll. 2007).

Au cours des trois cycles de l'ELIC, on a posé la question suivante aux répondants : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » L'état de santé était ensuite regroupé dans deux catégories en fonction de deux réponses : état de santé excellent, très bon ou bon et état

de santé passable ou mauvais. L'état de santé est la variable dépendante dans nos modèles de régression (panel) logit.

Indicateurs de capital social

Pour déterminer dans quelle mesure le capital social influe sur l'état de santé des nouveaux immigrants, nous avons eu recours aux renseignements recueillis dans le cadre de l'ELIC sur les interactions sociales et la participation à des groupes. Nous avons donc employé les indicateurs de capital social mis au point par Xue (2008), qui s'appuient sur une démarche fondée sur les réseaux pour mesurer le capital social. Contrairement à de nombreuses autres mesures des réseaux sociaux que l'on trouve dans la documentation et qui reposent sur des caractéristiques d'origine ethnique, linguistique ou de voisinage à titre d'indicateurs du capital social (p. ex. Deri 2005; Bertrand et coll. 2000; Chiswick et Miller 1996), cette démarche fondée sur les réseaux met l'accent à la fois sur la structure et sur le contenu des réseaux des individus, en utilisant des mesures directes des réseaux sociaux.

La structure des réseaux comprend divers niveaux de réseaux sociaux. Comme chez Xue (2008), dans la présente recherche, les réseaux sociaux sont classés selon trois types : réseaux de parents, réseaux d'amis et réseaux organisationnels. Le *réseau de parents* inclut les relations avec les membres de la famille et les proches qui vivent au Canada. Le *réseau d'amis* est constitué des liens avec des amis. Le *réseau organisationnel* est défini comme la participation des immigrants aux groupes et aux organismes tels que les organismes communautaires, les groupes religieux, les associations ethniques ou d'immigrants, etc.

À l'intérieur de chaque type de réseau, le contenu des réseaux est défini en fonction de l'ampleur de la participation à la vie sociale et du soutien social comme la taille du réseau, la diversité, la fréquence des contacts et la réciprocité à l'intérieur du réseau. La taille du réseau social est définie par le nombre de personnes ou d'unités avec lesquelles les immigrants entretiennent divers types de relations (famille, amis, organismes). S'il est vrai que l'ELIC ne fournit pas de renseignements au sujet du nombre exact de personnes dans tous les réseaux, il reste que l'on dispose de bons substituts en ce qui concerne la taille de ces réseaux. Par exemple, à partir de renseignements fournis par l'ELIC, nous pouvons obtenir la taille approximative du réseau de parents en comptant le nombre de parents au Canada, en tenant compte de leur type, comme le conjoint, les enfants, les parents, les grands-parents, les frères et les sœurs, les oncles et les tantes, et les cousins. Pour les réseaux d'amis, les sources où les immigrants ont pu se faire de nouveaux amis comme les associations ou clubs ethniques, les activités religieuses, par l'entremise de parents ou d'autres amis, les sports, les passe-temps ou autres clubs, les collègues du conjoint, les cours d'anglais ou de français langue seconde, d'autres genres de cours, etc., sont additionnées en vue d'obtenir une idée approximative de la taille du réseau. Quant aux réseaux organisationnels, l'ELIC fournit une mesure directe du nombre absolu de groupes ou d'organismes auxquels les immigrants ont participé.

La diversité des réseaux sociaux représente l'hétérogénéité sociale et ethnique des membres du réseau, qui est mesurée en fonction du nombre relatif de membres qui appartiennent à la même ethnie ou à une autre ethnie dans les réseaux d'une personne donnée.

La densité des réseaux sociaux se définit comme la fréquence des contacts entre les membres du réseau. À partir de renseignements sur la fréquence des contacts avec les membres des réseaux et de renseignements sur le nombre relatif de membres appartenant à la même ethnie dans les réseaux d'amis et les réseaux organisationnels, nous sommes en mesure de créer des indices relatifs à la diversité et à la densité pour chaque type de réseau, indices qui varient de 0 à 1. Plus l'indice de diversité est élevé, plus le réseau social est diversifié. Plus l'indice de densité est élevé, plus les contacts avec les membres de la famille, les parents ou les amis sont fréquents, et/ou plus les répondants participent à des activités de groupes et d'organismes.

On peut mesurer la réciprocité au sein des réseaux sociaux en fonction de l'aide reçue de ces réseaux, de même que des contributions apportées aux mêmes réseaux. Nous créons plusieurs indicateurs visant à mesurer divers types d'aide qu'un immigrant a reçu d'un type particulier de réseau³. Nous utilisons également une variable pour indiquer le nombre d'organismes ou de groupes auxquels un immigrant a contribué à titre de bénévole.

Les principales variables liées au capital social sont indiquées au tableau A1 en annexe.

Indicateur de revenu

Le revenu familial est un important facteur qui influe considérablement sur l'état de santé des individus (Zhao 2007a). Dans cette recherche, nous regroupons les immigrants dans quatre groupes selon les quartiles de revenu de la famille économique, par ordre croissant : 0-25 p. 100, 25-50 p. 100, 50-75 p. 100 et 75-100 p. 100. On entend par « famille économique » un groupe de deux personnes ou plus vivant ensemble et qui sont apparentées par le sang, par alliance ou par adoption (Statistique Canada 2007).

La situation d'emploi est aussi étroitement liée à l'état de santé des immigrants (Zhao 2007a). La situation d'emploi d'un répondant peut appartenir à l'une ou l'autre des deux catégories suivantes : employé et sans emploi. La situation d'emploi du conjoint d'un répondant peut se ranger sous l'une des trois catégories ci-après : pas de conjoint, conjoint actuellement employé et conjoint actuellement sans emploi, ce qui permet aussi de saisir la situation de famille.

Autres variables sociodémographiques

Les autres variables sociodémographiques ayant potentiellement une incidence sur l'état de santé des nouveaux immigrants et faisant l'objet d'un contrôle dans notre analyse de régression sont notamment l'âge, le sexe, la catégorie d'immigrants, la région source, le niveau d'études au moment de l'établissement, la connaissance des langues officielles et l'incidence de problèmes liés à l'accès au système de soins de santé canadien.

Nous regroupons les immigrants dans cinq catégories : 1) catégorie du regroupement familial ; 2) catégorie des travailleurs qualifiés – demandeurs principaux ; 3) catégorie des travailleurs qualifiés – conjoint et personnes à charge ; 4) catégorie des demandeurs d'asile ; 5) autres immigrants⁴. Les pays d'origine des immigrants sont regroupés en cinq grandes régions : Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest ; Europe sauf le Royaume-Uni et l'Europe de l'Ouest ; Asie et Pacifique ; Afrique et Moyen-Orient ; Caraïbes et Guyane ; et Amérique du Sud et centrale. Le niveau d'instruction au moment de l'établissement est classé sous l'une des quatre catégories suivantes : études secondaires ou moins, certificat d'études professionnelles ou diplôme d'études collégiales/universitaires, baccalauréat, et maîtrise ou troisième cycle.

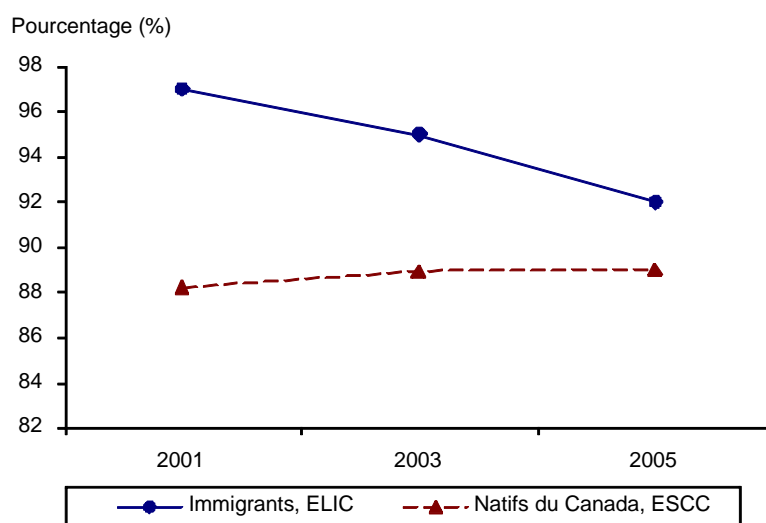
Afin d'analyser l'état de santé selon l'âge, nous avons réparti la population en cinq groupes d'âge : 15-19, 20-34, 35-44, 45-64 et 65 ans et plus. Six catégories de lieux de résidence ont été retenues selon que l'intéressé vit dans l'une des cinq principales RMR ou en dehors de celles-ci⁵. La connaissance des langues officielles (auto-évaluée⁶) est saisie au moyen de deux variables fictives pour l'anglais et le français : parle bien l'anglais (ou le français) (c.-à-d. parle assez bien, bien et très bien l'anglais ou le français en tant que langue maternelle) ou ne parle pas (c.-à-d. parle mal ou est incapable de parler en anglais ou en français).

L'accessibilité au système de soins de santé canadien se classe sous deux catégories, selon que l'intéressé éprouve ou n'éprouve pas de difficulté à avoir accès aux soins de santé. Les problèmes indiqués comprennent notamment : délais d'attente, discrimination, difficulté de trouver un médecin de famille, moyen de transport ou assurance-médicaments, etc.⁷ L'accès aux soins de santé est important parce qu'il influe sur l'état de santé et la qualité de la vie des immigrants. La difficulté d'accéder aux soins de santé peut entraîner une détérioration de l'état de santé puisque le problème risque davantage dans ce cas de devenir chronique (Rivers et Patino 2006).

Analyse descriptive

Les constatations tirées de l'ELIC et de l'ESCC montrent que, immédiatement après l'arrivée au pays, l'état de santé autodéclaré des immigrants est meilleur que celui des personnes nées au Canada. Cette tendance correspond à ce qu'il est convenu d'appeler « l'effet de la bonne santé des immigrants » qui s'explique probablement par les conditions imposées par le programme de sélection des immigrants dans le domaine sanitaire, et vérifiées au moyen d'un examen médical préalable à la migration. Aux termes de l'article 38 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) du Canada adoptée en 2002, « Emporte, sauf pour le résident permanent, interdiction de territoire pour motifs sanitaires l'état de santé de l'étranger a) constituant vraisemblablement un danger pour la santé ou la sécurité publiques; b) risquant d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ». Toutefois, on constate que cet « effet de la bonne santé des immigrants » diminue graduellement au fil du temps passé au Canada.

Figure 1 : Part des immigrants et des personnes nées au Canada se déclarant en bonne santé



Les représentations graphiques de la figure 1 sont normalisées en fonction de l'âge en vue de représenter une personne d'âge moyen au sein de la population canadienne, telle qu'elle est mesurée dans le cadre de l'ESCC

Source : ELIC (2005), ESCC (2000-2005).

Comme le montre la figure 1, l'écart que les immigrants présentent par rapport aux personnes nées au Canada, sur le chapitre de la bonne santé, se rétrécit après les quatre premières années au pays. Nos résultats concordent avec ceux des études effectuées sur l'état de santé des immigrants (p. ex. McDonald et Kennedy 2004; Newbold et Danforth 2003; et Zhao 2007a).

Tableau 2 : État de santé des immigrants lors du premier cycle de l'enquête, par rapport aux résultats obtenus lors du deuxième et du troisième cycle (taille de l'échantillon non pondérée N=7716)

État de santé, premier cycle	État de santé, deuxième cycle		État de santé, troisième cycle	
	Mauvaise santé	Bonne santé	Mauvaise santé	Bonne santé
Mauvaise santé (nombre)	4 706	1 590	1 533	3 174
(%)	100	34	33	67
Bonne santé (nombre)	152 908	6 959	11 121	141 787
(%)	100	5	7	93
Total (nombre)	157 615	8 550	12 654	144 961
(%)	100	5	8	92

Source : ELIC (2005).

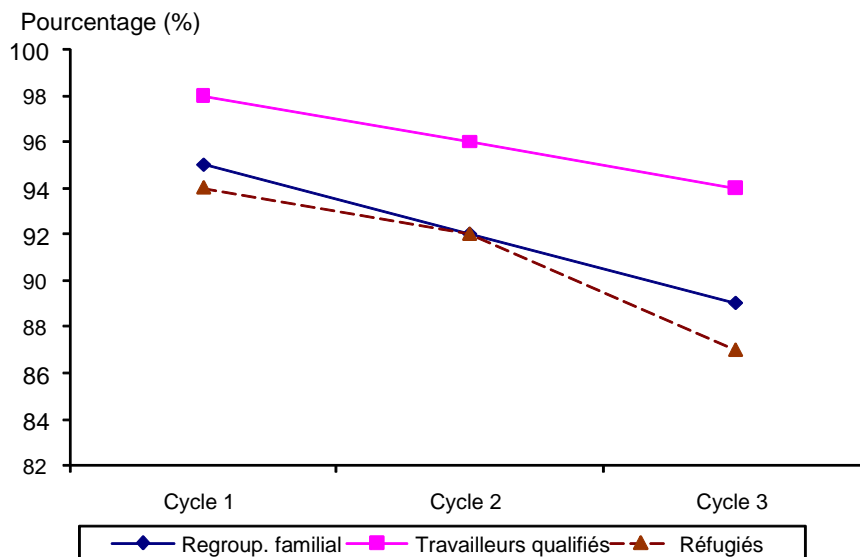
Tableau 3 : État de santé des immigrants lors du deuxième cycle de l'enquête, par rapport aux résultats obtenus lors du troisième cycle (taille de l'échantillon non pondérée N=7714)

État de santé, deuxième cycle	État de santé, troisième cycle	
	Mauvaise santé	Bonne santé
Mauvaise santé (nombre)	8 550	3 644
(%)	100	43
Bonne santé (nombre)	149 043	9 010
(%)	100	6
Total (nombre)	157 593	12 654
(%)	100	8

Source : ELIC (2005).

Les changements dynamiques subis par l'état de santé des immigrants par rapport à la période suivant immédiatement l'établissement sont illustrés aux tableaux 2 et 3. Lors des entrevues du premier cycle de l'enquête, 97 p. 100 des immigrants (152 908) ont déclaré que leur santé était bonne, très bonne ou excellente. Parmi ces immigrants en bonne santé, 5 p. 100 et 7 p. 100 respectivement ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise lors du deuxième et du troisième cycle de l'enquête, tandis que 93 p. 100 sont demeurés en bonne santé au cours du troisième cycle. Par comparaison, chez les immigrants en moins bonne santé au cours du premier cycle de l'enquête, 67 p. 100 ont déclaré que leur santé était bonne, très bonne ou excellente quatre ans après leur établissement. Comme l'illustre le tableau 3, 95 p. 100 des immigrants (149 043) ont déclaré que leur santé était bonne, très bonne ou excellente au cours du deuxième cycle, tandis que 6 p. 100 des immigrants en bonne santé ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise au cours du troisième cycle. Chez les immigrants en moins bonne santé au cours du deuxième cycle de l'enquête, 57 p. 100 ont déclaré que leur santé était bonne au cours du troisième cycle. Compte tenu de tous ces changements, après quatre ans au Canada, 92 p. 100 des immigrants ayant participé à l'ELIC perçoivent leur état de santé comme bon, très bon ou excellent.

Figure 2 : Part des immigrants s'auto-déclarant « en bonne santé » selon la catégorie d'immigrants



Source : ELIC (2005).

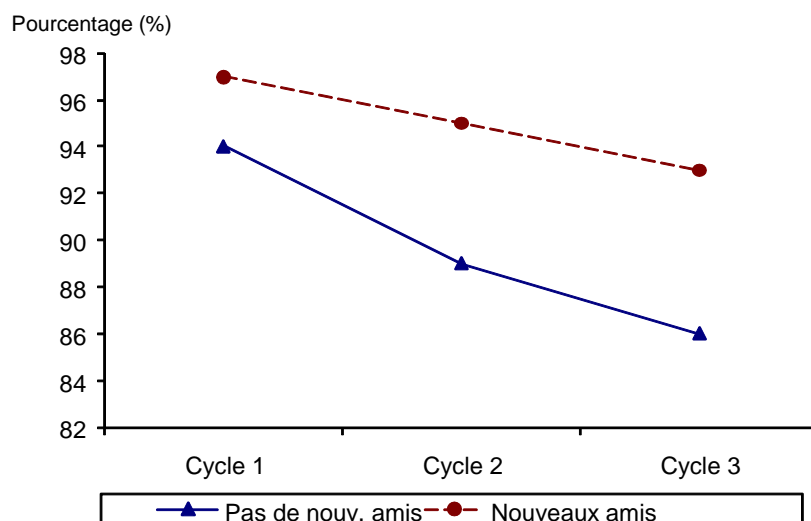
Comme l'illustre la figure 2, lorsque l'on considère l'état de santé des immigrants selon la catégorie d'immigrants, on constate des disparités évidentes entre les sous-groupes. Au cours de chacun des cycles de l'enquête, ce sont les travailleurs qualifiés qui enregistrent la plus forte proportion d'immigrants en bonne santé, suivis par les immigrants de la catégorie du regroupement familial, et par les réfugiés. Les réfugiés sont

ceux qui sont les plus susceptibles de déclarer que leur état de santé initial est passable ou mauvais parce qu'ils arrivent souvent de zones de conflit où l'infrastructure publique des soins de santé est déficiente et qu'ils sont les plus à risque de souffrir de malnutrition et de maladies infectieuses.

Beaucoup de réfugiés ont souffert de traumatismes physiques ou émotionnels et ont vécu dans des conditions malsaines avant leur migration. Après l'arrivée au Canada, la majorité des réfugiés sont admissibles à un soutien du revenu et à d'autres services immédiats et essentiels dispensés par le Programme d'aide au rétablissement (PAR), services qui sont offerts durant une période maximale d'un an. Dans le cadre, plus particulièrement, du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), les réfugiés réinstallés sont admissibles à des prestations de maladie jusqu'à ce que le régime provincial de soins de santé prenne la relève. Ceux qui bénéficient d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial reçoivent une protection additionnelle durant un an. La protection offerte par le PFSI peut être prolongée jusqu'à 24 mois pour les bénéficiaires ayant des besoins particuliers. Grâce au soutien du revenu offert par le PAR et aux autres mesures d'aide, les réfugiés ayant participé à l'ELIC ont pu dès le deuxième cycle de l'enquête rétrécir l'écart entre les proportions d'immigrants se déclarant en bonne santé par rapport aux autres catégories. Toutefois, après cette période initiale, il se peut que les réfugiés aient dû affronter d'autres obstacles sur le plan financier et culturel, ce qui a eu des répercussions négatives sur leur état de santé, situation qui pourrait expliquer l'accentuation de l'écart au bout de quatre ans après l'établissement.

Les réseaux d'amis des nouveaux immigrants au Canada représentent une source extrêmement importante de soutien et d'assistance (van Kemenade et coll. 2006). La figure 3 montre l'état de santé des nouveaux immigrants en fonction de la présence de nouveaux amis. Les immigrants qui se sont fait de nouveaux amis après leur arrivée au Canada sont plus susceptibles de déclarer un meilleur état de santé au cours des trois cycles de l'enquête. Ce résultat pourrait très bien s'expliquer par le fait que l'amitié favorise le sentiment d'appartenance et apaise la solitude. Le sentiment d'appartenance peut être considéré comme un résultat possible sur le plan affectif (Ueno 2004). Les réseaux d'amis peuvent également avoir une incidence sur les résultats de l'établissement des immigrants et sur leur intégration dans la société canadienne, notamment sur le logement, l'emploi, l'éducation ainsi que sur l'utilisation des services de soins de santé (Xue 2008; Zhao 2007a; van Kemenade et coll. 2006), lesquels peuvent aussi influencer sur la santé physique et affective.

Figure 3 : Part des immigrants s'auto-déclarant en « bonne santé » selon le fait qu'ils ont des amis ou non

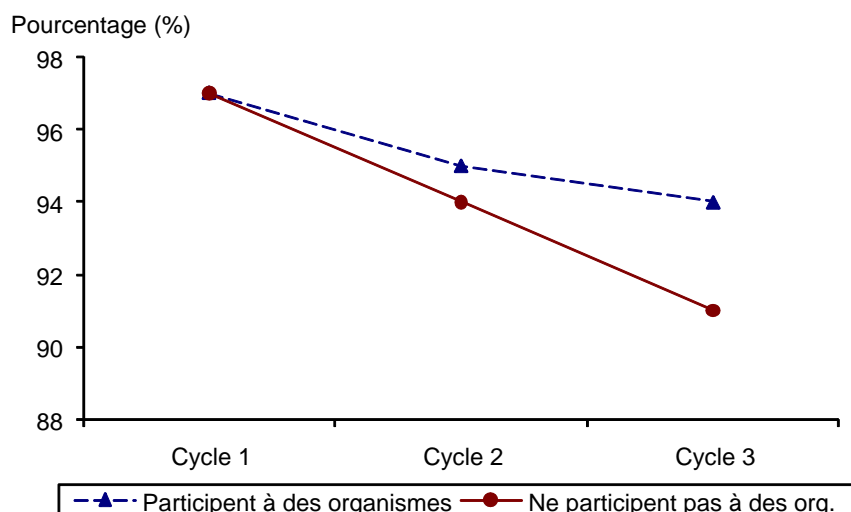


Source : ELIC (2005).

Les réseaux organisationnels comme les organismes communautaires, les groupes religieux ainsi que les associations ethniques et d'immigrants sont d'importantes sources d'aide pour les nouveaux immigrants. Les

constatations de l'ELIC montrent que le pourcentage d'immigrants qui participent à des activités de groupe ou organisées s'accroît au fil du temps passé au Canada (Zhao 2007a). Une bonne intégration sociale entraîne généralement un bon soutien social (Franke 2006); ce soutien social peut également se révéler bénéfique pour l'état de santé des immigrants. Comme le montre la figure 4, six mois après leur arrivée, il n'y a pratiquement aucune différence du point de vue de l'état de santé entre les immigrants qui participent à des activités de groupe ou organisées et ceux qui ne participent à aucune activité de ce genre. Par comparaison, deux ans après leur arrivée, la proportion des immigrants en bonne santé est plus forte parmi ceux qui participent à des activités de groupe ou organisées que parmi ceux qui n'y participent pas. Après quatre ans, l'écart se creuse jusqu'à atteindre trois pour cent.

Figure 4 : Part des immigrants s'auto-déclarant « en bonne santé » en fonction de la participation à des organisations



Source : ELIC (2005).

Modèles économétriques

Comme nous l'avons déjà mentionné, les données de l'ELIC sont longitudinales, c'est-à-dire qu'elles sont constituées d'un très grand nombre de fichiers de micro-données transversales – qui comprennent des milliers d'individus et couvrent trois périodes. Pour pouvoir modéliser la probabilité de se déclarer en bonne santé chez les immigrants, tout en prenant en considération l'hétérogénéité individuelle, des modèles de données recueillies au moyen d'un panel sont appliqués à notre analyse de régression en contrôlant le stock individuel de capital social et les autres variables socio-démographiques. Le principal avantage du modèle de données recueillies au moyen d'un panel est la possibilité de modéliser les différences de comportement d'un individu à l'autre. Les techniques de modélisation de données recueillies au moyen d'un panel se concentrent sur l'hétérogénéité à travers les unités plutôt que sur l'autocorrélation de séries chronologiques. Le cadre de travail de base des modèles binaires de données recueillies au moyen d'un panel est un modèle à équation unique :

$$y_{it}^* = X'_{it} \beta + Z'_i \gamma + v_i \alpha + \varepsilon_{it}, \quad i = 1, \dots, n; t = 1, \dots, T_i$$

$$y_{it} = \begin{cases} 1 & \text{si } y_{it}^* > 0 \\ 0 & \text{autrement} \end{cases}$$

Ici, y^* est une variable latente de la probabilité qu'un immigrant déclare être en bonne santé. X est une collection de variables indépendantes temporalisées k dénotée par le vecteur $\mathbf{x}' = (x_1, x_2, \dots, x_k)$. Z est une collection de m variables indépendantes fixes dans le temps dénotée par le vecteur $\mathbf{z}' = (z_1, z_2, \dots, z_m)$. Les deux collections X et Z sont observables. Les variables descriptives comprennent également un ensemble de variables fictives pour chacun des cycles du panel afin de saisir les effets temporels. ε est un terme d'erreur dont la moyenne est zéro et dont la distribution logistique normalisée comporte une variance de $\pi^2 / 3$. L'indice inférieur i est un indice pour les unités transversales, et t est un indice pour les périodes ($T = 3$). L'effet individuel latent $v_i \alpha$ saisissant l'hétérogénéité entre les individus qui détermine la probabilité d'une bonne santé comprend notamment un ensemble de facteurs individuels particuliers qui sont non observables, tels que la différence individuelle au chapitre de la personnalité ou des capacités, les caractéristiques du groupe ou de la famille, et les comportements en matière de santé. On suppose que v_i et ε_{it} ne sont pas corrélés entre eux.

Pour faire l'estimation du modèle de données recueillies au moyen d'un panel, la question primordiale est de déterminer si les effets individuels v_i sont corrélés avec les variables explicatives X et Z (Greene 2002; Jones 2007). Par comparaison avec le modèle à effets aléatoires, l'approche des équations d'estimations généralisées (GEE) proposée par Liang et Zeger (1986) ainsi que par Zeger, Liang, et Albert (1988) peut être utilisée pour estimer les effets selon le modèle moyen de population. Le modèle GEE est une extension de l'approche du modèle linéaire généralisé (GLM) pour l'analyse de données longitudinales à l'aide d'une estimation par quasi-vraisemblance. Le modèle GEE comporte des solutions cohérentes et asymptotiquement normales, et ce, malgré des erreurs de spécification dans la structure de corrélation, parce que l'hypothèse de l'indépendance des effets individuels non observés par rapport aux variables explicatives n'est pas requise dans le modèle (Hu et coll. 1998). L'approche GEE assouplit l'hypothèse de la stricte indépendance de l'estimation des effets aléatoires et prend en considération la dépendance des unités entre elles. De plus, des variables fixes dans le temps comme la catégorie d'immigrants, le groupe ethnique, et la région d'origine peuvent être incluses dans la régression comme faisant partie de X , ce qui est impossible dans le cas du modèle avec effets fixes. Le modèle GEE est approprié lorsque les inférences au sujet de la moyenne d'une population sont le principal centre d'intérêt. Dans la présente recherche, l'écart moyen entre les groupes possédant un stock divers de capital social est ce qui nous intéresse principalement, et non l'écart pour un immigrant en particulier. De ce fait, nous présentons nos résultats en adoptant le cadre de travail du modèle GEE dans le présent document⁸.

Résultats de la régression et discussion

Le tableau 4 montre les moyennes et l'écart-type pour les variables de l'enquête utilisées dans nos modèles empiriques pour tous les immigrants. Les variables temporalisées et les variables fixes dans le temps sont présentées séparément dans le tableau. Les résultats de la régression issue des modèles GEE sont présentés au tableau 5.

Tableau 4 : Moyenne des variables de l'enquête dans l'estimation de la spécification finale, tous les immigrants

	N=7656 n=22320	
	Moyenne pondérée	Écart-type
En bonne santé	0,946	0,002
Variables fixes dans le temps		
Catégorie d'immigrants		
Catégorie du regroupement familial	0,266	0,003
Demandeurs principaux - travailleurs qualifiés	0,349	0,004
Demandeurs principaux - conjoint et personnes à charge	0,257	0,003
Réfugiés	0,063	0,001
Autres immigrants	0,066	0,002
Genre		
Masculin	0,497	0,004
Féminin	0,503	0,004
Lieu de naissance		
Asie et Pacifique	0,598	0,004
Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest	0,052	0,002
Caraïbes et Guyane, Amérique du Sud et centrale	0,059	0,002
Europe sauf le Royaume-Uni et l'Europe de l'Ouest	0,111	0,002
Afrique et Moyen-Orient	0,181	0,003
Niveau d'études à l'arrivée		
Études secondaires ou moins	0,250	0,003
Certificat d'études professionnelles, collégiales, universitaires partielles	0,199	0,003
Diplôme d'études universitaires	0,361	0,004
Maîtrise et 3e cycle	0,190	0,003
Variables temporalisées		
Groupe d'âge		
15-19	0,051	0,002
20-34	0,431	0,004
35-44	0,315	0,003
45-64	0,169	0,003
65+	0,035	0,001
Éprouvant de la difficulté à avoir accès aux services de santé	0,178	0,003
RMR de résidence		
Toronto	0,439	0,004
Vancouver	0,147	0,002
Montréal	0,136	0,003
Calgary	0,052	0,001
Ottawa	0,033	0,001
Autres villes	0,193	0,003
Compétences linguistiques auto-évaluées		
Anglais	0,832	0,003
Ne parle pas l'anglais	0,168	0,003
Français	0,158	0,003
Ne parle pas le français	0,842	0,003
Revenu familial		
Quartile de revenu 0-25 %	0,251	0,003
Quartile de revenu 25 %-50 %	0,252	0,003
Quartile de revenu 50 %-75 %	0,248	0,003
Quartile de revenu 75 %-100 %	0,250	0,003
Emploi		
Employé	0,580	0,004

Sans emploi	0,420	0,004
Pas de conjoint	0,390	0,004
Conjoint employé	0,325	0,003
Conjoint sans emploi	0,286	0,003
Variables liées au capital social		
A des parents au Canada à son arrivée	0,547	0,004
Nombre de parents au Canada	0,807	0,007
Fréquence des contacts avec les parrains membres de la famille	0,278	0,003
A des amis au Canada à son arrivée	0,574	0,004
S'est fait de nouveaux amis	0,891	0,002
Nombre de sources pour se faire des amis	2,629	0,012
Fréquence des contacts avec les amis	0,766	0,002
Diversité des amis sur le plan ethnique	0,465	0,002
Nombre d'organismes auxquels le répondant participe	0,339	0,005
Diversité ethnique du réseau organisationnel	0,016	0,000
Fréquence des activités au sein des organismes	0,160	0,002
Nombre d'organismes pour lesquels le répondant a fait du bénévolat	0,178	0,004
Période		
Premier cycle	0,336	0,003
Deuxième cycle	0,331	0,003
Troisième cycle	0,333	0,003

Source : ELIC (2005).

Examinons d'abord les résultats de la régression pour tous les immigrants ayant répondu à l'ELIC (voir le tableau 5).

La colonne 1 présente les résultats de la régression de la spécification sans les variables liées au capital social. Les effets estimés des variables démographiques (p. ex. âge et sexe) sont conformes aux explications théoriques et aux conclusions des études empiriques existantes. Les hommes sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que les femmes. Les immigrants des groupes d'âge plus élevés sont plus susceptibles d'évaluer leur état de santé de passable à mauvais. Les effets marginaux relatifs au groupe d'âge de 15-19 ans (groupe de référence) diminuent à mesure que l'âge augmente. Les immigrants les plus âgés (65 ans et plus) sont moins susceptibles d'évaluer leur état de santé comme bon que les 15-19 ans. Toutefois, le lieu de naissance n'a pas d'incidence importante sur l'état de santé des nouveaux immigrants.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'analyse descriptive, l'état de santé varie selon les diverses catégories d'immigrants. Les résultats de la régression confirment que l'état de santé est très différent entre les catégories d'immigrants, les autres caractéristiques ayant été contrôlées. Comparativement aux immigrants de la catégorie du regroupement familial, les demandeurs principaux admis à titre de travailleurs qualifiés sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé, tandis que les réfugiés sont plus enclins à se déclarer en mauvaise santé.

Pour ce qui est de la perception des variables liées à la connaissance des langues officielles, l'état de santé varie considérablement d'un groupe à l'autre. Par rapport à ceux qui déclarent n'avoir aucune connaissance des deux langues officielles, le fait de parler l'anglais est associé à une plus grande probabilité de se déclarer en bonne santé. Toutefois, la connaissance du français n'a pas d'effet significatif sur l'état de santé déclaré. L'effet du niveau d'instruction à l'arrivée est également jugé non significatif sur le plan statistique au cours des quatre premières années.

Pour ce qui est des variables relatives à l'accessibilité au système de soins de santé canadien, les immigrants ayant éprouvé de la difficulté à avoir accès aux services de santé sont plus susceptibles de considérer leur santé comme passable ou mauvaise. Cette situation témoigne du fait que la capacité des immigrants de réussir à trouver et à utiliser les services de santé (y compris la prévention) peut amener les intéressés à considérer favorablement leur état de santé.

Si l'on examine les quartiles de revenu des familles, on constate d'importants écarts au chapitre de l'état de santé entre les groupes. En effet, les immigrants qui se situent dans le quartile de revenu familial inférieur sont plus susceptibles de déclarer qu'ils sont en mauvaise santé. De plus, la situation d'emploi des répondants et de leur conjoint a un lien positif avec la santé des immigrants.

Si l'on inclut des indicateurs temporels dans les régressions, nous corroborons la présence de « l'effet de la bonne santé des immigrants » – par comparaison avec la situation au cours du premier cycle, les immigrants sont moins susceptibles de se déclarer en bonne santé au cours du deuxième et du troisième cycle de l'enquête (les probabilités sont, respectivement, de 3 p. 100 et de 4,5 p. 100, ce qui est inférieur aux résultats obtenus lors du premier cycle)⁹.

Les colonnes 2 à 4 du tableau 5 estiment les modèles avec des variables de capital social. Dans un premier temps, la colonne 2 n'ajoute que des indicateurs généraux des réseaux existants, incluant les parents et les amis au Canada dès l'arrivée, et le développement de nouveaux réseaux après l'arrivée saisi par la question demandant au répondant s'il s'est fait de nouveaux amis au Canada. L'ajout de ces indicateurs ne change pas beaucoup les autres effets. De plus, le fait d'avoir noué de nouvelles amitiés au Canada présente une relation positive avec l'état de santé des immigrants. Afin d'examiner plus en profondeur les éléments qui jouent un rôle parmi les réseaux, la colonne 3 inclut tous les indicateurs de contenu des réseaux dans le modèle. Les résultats confirment ce que la colonne 2 indique – les réseaux d'amis ont une incidence, et plus particulièrement la fréquence des contacts et la diversité ethnique des réseaux. La colonne 4 présente la spécification finale avec les effets du capital social.

Pour ce qui est des variables liées au capital social, nos résultats indiquent que les réseaux d'amis ont un effet significatif sur l'état de santé autodéclaré des répondants. Tant la fréquence des contacts avec les amis que la diversité ethnique de ces amis ont des effets significatifs et positifs sur la santé des immigrants.

Les immigrants qui entretiennent des réseaux d'amis diversifiés et qui ont de fréquents contacts avec leurs amis sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé. Il importe toutefois de noter que, d'après nos constatations, les réseaux familiaux et de parents ou les réseaux de groupes et d'organismes ne produisent pas d'effets significatifs sur la santé de tous les immigrants.

Tableau 5 : Estimations fondées sur des modèles moyens de population (modèle GEE) de la probabilité d'être en bonne santé pour tous les immigrants au cours des quatre premières années au Canada

	1	2	3	4
	Aucun indicateur de capital social	Capital social (1)	Capital social (2)	Capital social (3)
	Effets marginaux (dy/dx)	Effets marginaux (dy/dx)	Effets marginaux (dy/dx)	Effets marginaux (dy/dx)
Catégorie d'immigrants				
[Catégorie du regroupement familial				
Demandeurs principaux - travailleurs qualifiés	0,011**	0,008*	0,008	0,009**
Demandeurs principaux - conjoint et personnes à charge	0,003	0,000	0,000	0,002
Réfugiés	-0,015**	-0,018***	-0,018***	-0,016***
Autres immigrants	0,013***	0,011**	0,011**	0,012***
Genre				
[Féminin]				
Masculin	0,016***	0,016***	0,015***	0,015***
Groupe d'âge				
[15-19]				
20-34	-0,005	-0,004	-0,004	-0,003
35-44	-0,025**	-0,024**	-0,023**	-0,021**
45-64	-0,058***	-0,053***	-0,053***	-0,05***
65+	-0,094***	-0,085***	-0,082***	-0,078***
Lieu de naissance				
[Asie et Pacifique]				
Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest	0,017***	0,016***	0,014**	0,014**
Caraïbes et Guyane, Amérique du Sud et centrale	0,008	0,008	0,007	0,006
Europe sauf Royaume-Uni et Europe de l'Ouest	0,001	0,001	-0,001	0,000
Afrique et Moyen-Orient	0,003	0,004	0,003	0,002
Difficulté à avoir accès aux services de soins de santé				

[Pas de difficulté à avoir accès aux services de soins de santé]				
Difficulté à avoir accès aux services de soins de santé	-0,039***	-0,039***	-0,038***	-0,039***
Région métropolitaine de recensement (RMR) de résidence				
[Autres villes]				
Toronto	-0,005	-0,005	-0,004	-0,004
Vancouver	-0,019***	-0,019***	-0,017***	-0,017***
Montréal	-0,002	-0,002	-0,002	-0,002
Calgary	-0,012	-0,011	-0,011	-0,011
Ottawa	0,003	0,003	0,004	0,004
Langues officielles				
[Ne parle pas anglais]				
Anglais	0,028***	0,027***	0,024***	0,024***
[Ne parle pas français]				
Français	0,007	0,007	0,007	0,006
Situation économique				
[Quartile de revenu 0 %-25 %]				
Quartile de revenu 25 %-50 %	0,006**	0,006**	0,006**	0,006**
Quartile de revenu 50 %-75 %	0,01***	0,01***	0,01***	0,01***
Quartile de revenu 75 %-100 %	0,011***	0,011***	0,011***	0,012***
Situation d'emploi				
[Sans emploi]				
Employé	0,012***	0,012***	0,012***	0,011***
Situation d'emploi du conjoint				
[Pas de conjoint]				
Conjoint employé	0,007**	0,007**	0,007**	0,007**
Conjoint sans emploi	0,004	0,004	0,004	0,004
Niveau d'instruction à l'arrivée				
[Études secondaires ou moins]				
Certificat d'études professionnelles, collégiales, universitaires partielles	0,000	0,000	0,000	0,000
Diplôme d'études universitaires	0,004	0,004	0,004	0,004
Maîtrise ou 3 ^e cycle	0,003	0,002	0,003	0,002
Capital social				
Famille et parents				
A des parents au Canada à son arrivée		-0,005*		
Nombre de parents			-0,001	
Fréquence des contacts avec les parrains de la famille			-0,002	
Amis				
A des amis au Canada à son arrivée		-0,003		
S'est fait de nouveaux amis		0,014***		
Nombre d'amis			0,000	
Fréquence des contacts avec les amis			0,015***	0,015***
Diversité ethnique des amis			0,013**	0,013***
Groupes et réseaux organisationnels				
Nombre de groupes ou d'organismes auxquels le répondant participe			-0,003	
Fréquence des activités avec les organismes			0,008	
Diversité ethnique des réseaux organisationnels			-0,001	
Nombre d'organismes pour lesquels le répondant a fait du bénévolat			0,002	
Effet temporel				
[Premier cycle]				
Deuxième cycle	-0,028***	-0,03***	-0,03***	-0,03***
Troisième cycle	-0,042***	-0,042***	-0,046***	-0,045***
Nbre d'observations	22377	22375	22049	22320
Nbre d'individus	7656	7656	7652	7656

Notes : * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01; effets marginaux pour les variables fictives sont pour les changements discrets de 0 à 1; les catégories de référence sont entre crochets.

Source : ELIC (2005).

Résultats de la régression pour les immigrants de la catégorie du regroupement familial

Pour pouvoir analyser comment le capital social influe sur l'état de santé des sous-groupes d'immigrants, nous présentons également les résultats de la régression de notre modèle GEE pour le groupe de référence des immigrants de la catégorie du regroupement familial (voir le tableau 6).

Dignes de mention, les résultats de la régression montrent que les réseaux familiaux et de parents, les réseaux d'amis et les réseaux de groupes et d'organismes ont tous des effets significatifs sur l'état de santé des nouveaux immigrants de la catégorie du regroupement familial.

Contrairement aux résultats obtenus avec le modèle pour tous les immigrants, pour chacun des trois réseaux, les effets de la fréquence des contacts avec les membres des réseaux ou unités sont tous significatifs sur le plan statistique. Comparativement à ceux qui n'ont pas de contacts réguliers avec des amis ou qui ne prennent pas part régulièrement à des activités organisées, les immigrants de la catégorie du regroupement familial qui ont des interactions avec des amis ou des groupes chaque jour sont plus susceptibles de déclarer qu'ils sont en bonne santé.

Toutefois, la fréquence des contacts avec les membres de la famille qui les parrainent est associée à une plus faible probabilité de déclarer un bon état de santé. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'une forte proportion des immigrants de la catégorie du regroupement familial sont des parents et des grands-parents immigrants (PGP) parrainés, qui ont tendance à être beaucoup plus âgés que l'immigrant moyen de la catégorie du regroupement familial¹⁰. L'ELIC montre que la majorité des PGP demeuraient avec les membres de leur famille les parrainant au cours des premières années suivant leur arrivée, et les PGP âgés sont plus susceptibles de demeurer avec ceux qui les parrainent (Zhao 2007b). De plus, un nombre important de PGP (37 p. 100, après six mois, et 34 p. 100 après deux ans) qui demeurent avec les membres de leur famille les parrainant exécutent des travaux non rémunérés pour ces derniers, comme l'entretien de la maison et la prestation de soins aux membres de la famille, ce qui est susceptible d'avoir une incidence négative sur leur santé. Une autre explication possible de cette constatation pourrait se trouver dans les potentialités négatives du capital social. Comme nous l'avons mentionné dans l'analyse de la documentation, le capital social n'est pas intrinsèquement positif; il se pourrait que la fréquence des contacts avec les membres de la famille soit associée à des demandes croissantes de temps, de ressources et d'énergie de la part de ces réseaux. Peut-être que ces demandes excessives ont une incidence négative sur la santé des nouveaux immigrants.

Les résultats de la régression montrent aussi que la taille du réseau social et sa diversité n'ont pas d'effet significatif sur la santé des immigrants de la catégorie du regroupement familial.

Tableau 6 : Effets du capital social sur la probabilité d'être en bonne santé au cours des quatre premières années au Canada, immigrants de la catégorie du regroupement familial

	Effets marginaux (dy/dx)	Écart-type
Capital social		
Fréquence des contacts avec les parrains de la famille	-0,018**	0,008
Fréquence des contacts avec les amis	0,027***	0,009
Fréquence des activités avec les organismes	0,031***	0,010
Effet temporel		
[Premier cycle]		
Deuxième cycle	-0,044***	0,009
Troisième cycle	-0,068***	0,013
Nbre d'observations	5621	
Nbre d'individus	1985	

Notes : * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01. Les catégories de référence sont entre crochets; les effets marginaux pour les variables fictives concernent les changements discrets de 0 à 1; la régression fondée sur les modèles moyens de population (modèles GEE) est utilisée. La régression comprend également les contrôles pour le sexe, le groupe d'âge, le lieu de naissance, l'incidence de la difficulté à avoir accès au système de soins de santé canadien, la RMR de résidence, la connaissance des langues officielles, le revenu familial, la situation d'emploi du répondant et de son conjoint ainsi que le niveau d'études.

Source : ELIC (2005).

Conclusion

À partir des trois cycles de l'ELIC, nous avons étudié l'évolution de l'état de santé des nouveaux immigrants au moyen d'analyses descriptives et de la régression. Nos analyses descriptives à partir de l'ELIC et de l'ESCC tendent à corroborer vigoureusement l'existence de « l'effet de la bonne santé des immigrants », ce qui donne à penser que l'état de santé autodéclaré des immigrants au cours des quatre premières années suivant leur arrivée est meilleur que celui des personnes nées au Canada. Toutefois, tant les résultats des analyses descriptives que ceux des analyses de la régression montrent que la proportion d'immigrants se déclarant en bonne santé diminue au fil du temps.

Nos constatations semblent également indiquer que l'état de santé des sous-groupes de nouveaux immigrants présente des écarts. Ainsi, les demandeurs principaux du groupe des travailleurs qualifiés sont plus susceptibles d'être en excellente, en très bonne ou en bonne santé, tandis que les réfugiés sont plus susceptibles de considérer leur état de santé comme passable ou mauvais.

Lorsqu'on se penche sur les effets de certaines variables liées au capital social, notre étude montre que les réseaux d'amis jouent un rôle très important dans la santé des nouveaux immigrants. La densité et la diversité ethnique des réseaux d'amis ont des effets significatifs et positifs sur l'état de santé autodéclaré des immigrants. Pour les immigrants de la catégorie du regroupement familial, à part les réseaux d'amis, les réseaux de groupes et d'organismes produisent également un effet significatif et positif sur l'état de santé au cours des quatre premières années suivant leur arrivée. L'existence au Canada de liens familiaux a un impact positif beaucoup plus important sur l'état de santé des immigrants de la catégorie du regroupement familial que sur celui des autres catégories d'immigrants.

Incidence sur les politiques

Les conclusions de l'ELIC indiquent que le capital social joue un rôle important dans le maintien de la bonne santé des immigrants au cours des premières années suivant leur arrivée. Par conséquent, des recherches sur le capital social pourraient très utilement orienter les politiques sur la santé des immigrants. Les programmes du gouvernement du Canada, comme le Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants (PEAI), les Cours de langue pour les immigrants (CLIC) et le Programme d'accueil, peuvent jouer un rôle important en accroissant le capital social des immigrants et avoir ainsi une incidence sur l'état de santé. Ces programmes peuvent soutenir et favoriser l'installation et l'intégration des nouveaux immigrants dans la société canadienne en facilitant la formation de liens et la transition vers des réseaux et des organismes communautaires.

Il ressort de la présente recherche que la difficulté d'obtenir des soins de santé, en raison notamment des barrières linguistiques, a un effet non négligeable sur l'état de santé des immigrants. Pour aider les immigrants à surmonter ces difficultés et à obtenir les renseignements dont ils ont besoin pour prendre en main leur santé et celle de leur famille, des activités communautaires multiculturelles en matière de santé pourraient être organisées pour compléter les programmes gouvernementaux. La Foire de la santé multiculturelle (Multicultural Health Fair), créée par l'Affiliation of Multicultural Societies and Services Agencies (AMSSA) en 2005, est un événement communautaire gratuit qui réunit des représentants et des bénévoles de diverses communautés ethniques de la région de Vancouver en vue de fournir des renseignements en matière de santé aux nouveaux immigrants (AMSSA 2008). De telles activités sont bénéfiques parce qu'elles offrent l'occasion de créer des liens et d'échanger des renseignements, des expériences et des connaissances tout en renforçant le capital social communautaire.

Les gouvernements peuvent également favoriser l'élaboration de politiques et de programmes qui facilitent la création de liens entre les organismes et les agences qui s'occupent de la santé de la population immigrante. En Colombie-Britannique, le « projet de cartographie » des services disponibles en est un bon exemple. La cartographie des services disponibles dans les collectivités est utile aux immigrants et est également une source de renseignements pour les décideurs et les fournisseurs de services sur un vaste éventail de questions de santé ayant une incidence sur les populations diversifiées demeurant dans la province. Dans le domaine de la santé publique, ce projet encourage par ailleurs la création d'un modèle axé sur la collectivité en établissant

des liens avec les divers organismes de santé et agences de services communautaires qui s'occupent actuellement de la santé publique ou qui pourraient être amenés à s'en occuper. Ces réseaux inter-institutionnels pourraient « améliorer l'efficacité des programmes existants et entraîner la création de nouveaux programmes », ce qui déboucherait sur l'« intensification de la circulation et du partage des ressources tangibles (argent, matériel, équipement) ou intangibles (information, expertise) » [Traduction] (PRP 2005a, 24).

Enfin, d'autres recherches sur les effets du capital social sur la santé des immigrants sont nécessaires pour créer une base de données probantes plus rigoureuse à l'appui de l'élaboration des politiques et des programmes. Une analyse plus poussée d'ensembles de données comme celles issues de l'Enquête sociale générale (ESG) et de l'ELIC est une première étape importante. Dans l'avenir, l'élaboration et le financement d'ensembles de données sur la santé des immigrants ou l'addition d'un échantillon plus vaste d'immigrants aux ensembles de données existants en matière de santé pourraient également se révéler profitables.

Références

- Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies. 2008. « Favoriser une vie saine dans les communautés multiculturelles : la Foire de la santé multiculturelle ». Vancouver, AMSSA.
- Berkman, L., and T. Glass. 2000. "Social Integration, Social Networks, Social Support and Health." In *Social Epidemiology*, edited by L. Berkman and I. Kawachi. New York: Oxford University Press.
- Bertrand, M., Luttmer, E. and S. Mullainathan. 2000. "Network Effects and Welfare Cultures." *Quarterly Journal of Economics* 115: 1019-55.
- Bond, J. 2006. "Self-Rated Health Status as a Predictor of Death, Functional and Cognitive Impairment: A Longitudinal Cohort Study." *European Journal of Aging* 3: 193-206.
- Bourdieu, P., et L. J. D. Wacquant. 1992. *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Paris, Éditions du Seuil
- Chiswick, B.R., and P.W. Miller. 1996. "Ethnic Networks and Language Proficiency among Immigrants." *Journal of Population Economics* 9 (1): 19-35.
- Citoyenneté et Immigration Canada. 2007. *Faits et chiffres*. Ottawa, CIC.
- Deri, C. 2005. "Social Networks and Health Service Utilization." *Journal of Health Economics* 24: 1076-107.
- Dunn, J. and I. Dyck (1998) "Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey" Research on Immigration and Integration in the Metropolis Working Paper Series No. 98-20. Burnaby, BC: Vancouver.
- Fisher, K.J., F. Li, Y. Michael, and M. Cleveland. 2004. "Neighbourhood Influences on Physical Activity among Older Adults: A Multi-level Analysis", *Journal of Aging and Physical Activity* 11: 49-67
- Franke, S. 2006. « Comprendre le capital social et son importance sur le plan de la recherche et des politiques de santé ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* 12 : 6-9.
- Helliwell, J. 2003. "Well-Being and Social Capital: Does Suicide Pose a Puzzle?" NBER Working Papers from National Bureau of Economic Research Inc.
<http://econpapers.repec.org/paper/nbrnberwo/10896.htm> (accessed 10 January 2009).
- Hendryx, M., M. Ahern, N. Lovrich, and A. McCurdy. 2002. "Access to Health Care and Community Social Capital." *Health Services Research* 37 (1): 85-101.
- Hu, F., J. Goldberg, D. Hedeker, B. Flay, and M.A. Pentz. 1998. "Comparison of Population-Averaged and Subject-Specific Approaches for Analyzing Repeated Binary Outcomes." *American Journal of Epidemiology* 147 (7): 694-703.
- Huisman, M., F. van Lenthe, and J. Mackenbach. 2007. "The Predictive Ability of Self-Assessed Health for Mortality in Different Educational Groups." *International Journal of Epidemiology* 36 (6): 1207-13.
- Idler, E.L., and S. Kasl. 1995. "Self-Ratings of Health: Do They Also Predict Change in Functional Ability?" *Journal of Gerontology* 50B (6): S344-S353.
- Idler, E.L., and Y. Benyamini. 1997. "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies." *Journal of Health and Social Behaviour* 38 (1): 21-37.
- Idler, E., S. Hudson, and H. Leventhal. 1999. "The Meanings of Self-Ratings of Health: A Qualitative and Quantitative Approach." *Research on Aging* 21 (3): 458-76.
- Jones, A. 2008. *Applied Econometrics for Health Economists*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Kawachi, I. 2006. "Commentary: Social Capital and Health: Making the Connections One Step at a Time." *International Journal of Epidemiology* 35: 989-93.

- Kawachi, I., B. Kennedy and R. Glass. 1999. "Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis", *American Journal of Public Health* 89 (8): 1187-1193.
- Kawachi I., D. Kim, A. Coutts and S.V. Subramanian. 2004. "Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital", *International Journal of Epidemiology* 33 (4): 682-690.
- Kim, D., S.V Subramanian, and I. Kawachi. 2008. "Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature." In *Social Capital and Health*, edited by I. Kawachi, S. Subramanian, and D. Kim. New York: Springer.
- Lavis, J., and G. Stoddart. 1999. "Social Cohesion and Health." CHEPA Working Papers Series 99-09. Hamilton, ON: McMaster University.
- Liang, K., and S. Zeger. 1986. "Longitudinal Data Analysis Using Generalized Linear Models." *Biometrika* 73: 13-22.
- MacKian S. 2002. "Complex Cultures: Rereading the Story about Health and Social Capital." *Critical Social Policy* 22 (2): 203-25.
- McDonald, J.T., and S. Kennedy. 2004. "Insights into the Health Immigrant Effect: Health Incidence and Health Service Use of Immigrants to Canada." *Social Science and Medicine* 19 (8): 1613-27.
- Mohan, G., and J. Mohan. 2002. "Placing Social Capital." *Progress of Human Geography* 26 (2): 191-210.
- Newbold, B. 2009. "The Short-Term Health of Canada's New Immigrant Arrivals: Evidence from the LSIC." *Ethnicity and Health* 14 (3): 315-36.
- Newbold, B., and J. Danforth. 2003. "Health Status and Canada's Immigrant Population." *Social Science and Medicine* 57: 1981-995.
- Ooka, E., and B. Wellman. 2003. "Does Social Capital Pay Off More within or between Ethnic Groups? Analyzing Job Searches in Five Toronto Ethnic Groups." In *Inside the Mosaic*, edited by E. Fong, 199-226. Toronto: University of Toronto Press.
- Ooka, E., and B. Wellman. 2006. "Does Social Capital Pay Off More within or between Ethnic Groups? Analyzing Job Searches in Five Toronto Ethnic Groups." In *Inside the Mosaic*, edited by E. Fong, 199-226. Toronto: University of Toronto Press.
- Pérez, C. 2002. « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants ». *Rapports sur la santé* 13 (supplément) : 99-111.
- Portes, A. 1998. "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology." *Annual Review of Sociology* 24: 1-24.
- PRP. 2005a. « Quelle est l'incidence du capital social sur la santé des Canadiens? » Projet de recherche sur les politiques : Le capital social comme instrument de politique publique. Ottawa, gouvernement du Canada.
- 2005b. « La mesure du capital social : document de référence pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques », Projet de recherche sur les politiques. Ottawa, gouvernement du Canada.
- Putnam, R. 1995. "Bowling Alone: America's Declining Social Capital." *Journal of Democracy* 6: 65-78.
- 2000. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- 2001. « Social Capital: Measurement and Consequences ». *Revue canadienne de recherche sur les politiques* = *Canadian Journal of Policy Research* 2 (1) : 41-51.
- 2007. "E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-First Century." *Scandinavian Political Studies* 30 (2): 137-74.
- Rivers, P.A., and F.G. Patino. 2006. "Barriers to Health Care Access for Latino Immigrants in the USA." *International Journal of Social Economics* 33 (3): 207-20.

- Rose, R. 2000. "How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians." *Social Science and Medicine* 51: 1421-35.
- Staber, U. 2006. "Social Capital Processes in Cross Cultural Management." *International Journal of Cross Cultural Management* 6 (2): 189-202.
- Statistique Canada. 2006. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Guide de l'utilisateur*. Ottawa, Statistique Canada.
- Statistique Canada. 2007. *Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, vague 3 – Guide de l'utilisateur des microdonnées*. Ottawa, Statistique Canada.
- Subramanian, S.V., and I. Kawachi. 2004. "Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?" *Epidemiologic Reviews* 26: 78-91.
- Ueno, K. 2004. "Emotional Consequences of Racial Concordance in Friendship Network and School Context." Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, 14 August.
- Van Kemenade, S., J. Roy, et L. Bouchard. 2006. « Réseaux sociaux et populations vulnérables : résultats de l'Enquête sociale générale ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* 12 : 16-20.
- Wen, M., D. Browning, and K. Cagney. 2003. "Poverty, Affluence, and Income Inequality: Neighborhood Economic Structure and Its Implications for Health." *Social Science and Medicine* 57 (5): 843-60.
- Wooldridge, J. 2005. "Simple Solutions to the Initial Conditions Problem in Dynamic, Nonlinear Panel Data Models with Unobserved Heterogeneity." *Journal of Applied Econometrics* 1: 39-54.
- Xue, L. 2008. "Social Capital and Labour Market Outcomes of Recent Immigrants to Canada: Employment Entry, Wages and Duration of Access to the First Job in Intended Occupation." Ph.D. dissertation, University of Ottawa.
- Zeger, S.L., K. Liang, and P.S. Albert. 1998. "Models of Longitudinal Data: A Generalized Estimating Equation Approach." *Biometrics* 44: 1049-60.
- Zhao, J. 2007a. "Socio-Economic Determinants of Health and Health Care Utilization of Recent Immigrants in Canada." Prepared for Citizenship and Immigration Canada.
- 2007b. "Sponsored Parents and Grandparents: A Comprehensive Picture." Prepared for Citizenship and Immigration Canada.

Annexe

Tableau A1 : Variables liées au capital social

Famille et parents

A des parents au Canada à son arrivée	1 si le RL ¹ avait des parents au Canada à son arrivée, 0 autrement.
Nombre de parents au Canada	Nombre de types de parents (conjoint, enfants, parents, grands-parents, frères ou sœurs, etc.) au Canada, de 0 à 11.
Fréquence des contacts avec les parrains de la famille	Fréquence des contacts avec les parrains de la famille (0-1) : 0--- Pas de parrain ou n'a pas vu ses parrains ni parlé avec eux depuis son arrivée; Entre 0 et 1 --- Voir ses parrains ou leur parler suivant des fréquences variables; plus l'indice est élevé, plus les contacts du RL sont fréquents avec les parrains. 1--- Voir ses parrains ou leur parler tous les jours.

Amis

A des amis au Canada à son arrivée	1 si le RL avait des amis au Canada à son arrivée, 0 autrement.
S'est fait de nouveaux amis	1 si le RL s'est fait de nouveaux amis, 0 autrement.
Nombre de sources pour se faire de nouveaux amis	Nombre de sources pour se faire de nouveaux amis, à part le milieu de travail, de 0 à 14.
Diversité ethnique des amis	Diversité ethnique du réseau d'amis (0-1) : 0--- Pas d'amis ou tous les amis appartiennent aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL; Entre 0 et 1 --- Quelques amis appartiennent aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL; plus l'indice est élevé, plus le réseau d'amis est diversifié sur le plan ethnique. 1--- Aucun des amis n'appartient aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL.
Fréquence des contacts avec les amis	Fréquence des contacts avec les amis (0-1) : 0--- Pas d'amis ou n'a pas vu d'amis ou parlé à des amis depuis son arrivée; Entre 0 et 1 --- Voir des amis ou leur parler suivant des fréquences variables; plus l'indice est élevé, plus les contacts avec les amis du RL sont fréquents. 1--- Voir des amis ou leur parler tous les jours.

Réseaux de groupes et organisationnels

Nombre d'organismes auxquels le répondant a participé	Nombre d'organismes ou de groupes auxquels le RL a participé. De 0 à 13.
Diversité ethnique des réseaux organisationnels	Diversité ethnique du réseau organisationnel (0-1) : 0--- N'a participé à aucun organisme ou tous les membres de tous les organismes appartiennent aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL; Entre 0 et 1 --- Quelques membres des organismes appartiennent aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL; plus l'indice est élevé, plus le réseau organisationnel est diversifié sur le plan ethnique. 1--- Aucun des membres des organismes n'appartient aux mêmes groupes ethniques ou culturels que le RL.
Fréquence des activités avec les organismes	Fréquence des activités des organismes (0-1) : 0--- N'a participé à aucun organisme; Entre 0 et 1 --- A participé à des activités organisées suivant des fréquences variables; plus l'indice est élevé, plus le RL participe fréquemment à des activités. 1--- A participé à des activités tous les jours.
Nombre d'organismes pour lesquels le RL a fait du bénévolat	Nombre d'organismes ou de groupes pour lesquels le RL a fait du bénévolat, 0 autrement.

¹ RL : répondant à l'étude longitudinale.

Source : Xue (2008); Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (2005).

Notes

Tous nos remerciements à Santé Canada et Citoyenneté et Immigration Canada pour leur appui à ce projet. Nous aimerions remercier tout particulièrement le Dr. Charles D. Mallory de Santé Canada, Martha Justus, Jessie-Lynn MacDonald, et Colleen Dempsey de Citoyenneté et Immigration Canada pour leurs commentaires et leurs judicieux conseils. Le présent document a été présenté lors de la 8^e Conférence internationale sur l'économie de la santé, les politiques et la gestion à Athènes, en Grèce, en juin 2009. Nos remerciements vont également à Arthur Sweetman et à l'autre examinateur anonyme pour leurs précieux commentaires et suggestions. Les opinions exprimées dans ce chapitre sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou de Citoyenneté et Immigration Canada. Les auteurs sont entièrement responsables des erreurs.

¹ Les personnes ayant présenté et obtenu le droit d'établissement au Canada même sont exclues de l'enquête. Les personnes ayant présenté une demande d'asile au Canada même sont également exclues de l'enquête. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la sélection de l'échantillon pour l'ELIC et de la conception et du cadre de l'enquête, veuillez consulter *l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, 3^e cycle – Guide de l'utilisateur de micro-données*, Statistique Canada, 2007.

² L'auto-évaluation de la santé est un indicateur couramment utilisé pour mesurer l'état de santé, mais qui comporte néanmoins ses limites. Nous ignorons quelles données tirées de l'enquête sont le résultat de l'auto-évaluation et la mesure dans laquelle ces données pourraient être inexactes en raison d'une erreur de déclaration (Perez 2002). Un des sujets de préoccupation est que la notion de ce qui constitue une bonne santé peut varier non seulement en fonction de l'âge, mais aussi de la durée de résidence dans le nouveau pays. L'une des faiblesses de l'ELIC tient aux renseignements limités qu'elle contient sur la santé, de sorte que nous n'avons guère le choix d'utiliser l'auto-évaluation de la santé.

³ Dans les analyses de régression suivantes, ce ne sont pas tous les indicateurs de réciprocité au sein des réseaux qui sont inclus. En effet, en raison de la faible variabilité, les indicateurs correspondant au nombre de types d'aide reçue de la part d'un certain genre de réseau ne sont pas inclus.

⁴ Par autres immigrants, on entend majoritairement les immigrants de la catégorie des gens d'affaires et un très petit nombre d'immigrants qui sont arrivés au pays dans des catégories qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus.

⁵ Les cinq principales RMR sont Toronto, Vancouver, Montréal, Ottawa et Calgary.

⁶ Il est important de mentionner qu'étant donné que nous avons affaire à des données d'enquête, comme pour la majorité des autres variables de l'ELIC, la connaissance des langues officielles est auto-évaluée.

⁷ L'incidence d'éprouver de la difficulté à avoir accès au système canadien de soins de santé pourrait être déterminée de manière endogène au moyen de variables liées aux réseaux sociaux, etc. Pour aborder cette question, nous comparons les estimations logit de l'ensemble de la population du modèle GEE avec les estimations à variables instrumentales, où l'incidence de la difficulté à avoir accès au système de soins de santé est traitée de manière endogène, et le niveau d'instruction au moment de l'établissement est utilisé à titre d'instrument. Nous faisons valoir que les variables de l'instruction sont corrélées avec l'incidence de déclarer la difficulté à avoir accès à des services de soins de santé, mais pas avec l'état de santé des immigrants. La statistique du test d'exogénéité de Wald tirée des résultats des variables instrumentales n'est pas significative, ce qui donne à penser que l'on ne dispose pas de renseignements suffisants pour rejeter l'hypothèse de différence nulle de l'absence d'endogénéité. Conscients que les instruments n'étaient peut-être pas adéquats, nous avons également exécuté une régression simultanée probit à deux variables, soit que l'immigrant déclarait être en bonne santé et soit que l'immigrant déclarait éprouver de la difficulté à avoir accès aux services de soins de santé, en se fondant sur les autres covariables. Les résultats des effets du capital social sur la santé sont assez semblables à ceux que nous présentons au tableau 5. Pour obtenir les résultats obtenus tant avec la méthode des variables instrumentales que ceux de la régression probit à deux variables, il suffit d'en faire la demande aux auteurs.

⁸ Dans le présent document, nous présentons uniquement les résultats obtenus à l'aide des modèles GEE, les résultats obtenus à l'aide de modèles à effets aléatoires et de modèles à effets fixes peuvent être fournis sur demande.

⁹ Pour analyser les effets temporels, nous neutralisons deux types de variables temporelles : 1) nombre de semaines passées au Canada depuis l'arrivée (variable continue), et 2) variables relatives au cycle d'enquête (variables fictives). Les deux méthodes nous fournissent des résultats de régression semblables : l'état de santé autodéclaré par le répondant est considérablement et négativement associé au temps additionnel passé au Canada. Ce résultat est conforme à nos constatations découlant de l'analyse descriptive, à savoir que la santé des nouveaux immigrants se détériore au fil du temps. Au tableau 5, nous ne présentons que les résultats obtenus à l'aide des modèles dont les indicateurs sont liés au cycle d'enquête.

¹⁰ Dans l'ELIC, les PGP (parents et grands-parents) représentent 34 p. 100 des immigrants de la catégorie de la famille. En 2001, l'âge moyen à l'arrivée des immigrants de la catégorie du regroupement familial était de 34 ans, tandis que l'âge moyen à l'arrivée des immigrants du groupe des PGP était de 52 ans – les calculs sont fondés sur des extractions de données effectuées le 31 mars 2009 dans le système de données sur les immigrants de CIC.