

Traitement du diabète : auto-traitement, utilisation des services de santé et recherche d'information chez les immigrants récents de Toronto

I. Hyman, Ph. D. (1, 2); D. Patychuk, M.A. (3); Q. Zaidi, M. Sc., M.S.S. (4); D. Kljucic, M. A. (5); Y. B. Shakya, Ph. D. (1, 6); J. A. Rummens, Ph. D. (7, 8, 9); M. Creatore, M. Sc. (10); B. Vissandjee, Ph. D. (11)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Résumé

Introduction : Notre objectif était d'explorer les pratiques d'auto-traitement, l'utilisation des services de santé et la recherche d'information sur le diabète de type 2 chez les adultes des deux sexes issus de quatre communautés d'immigrants récents de Toronto.

Méthodologie : Un questionnaire structuré a été adapté au contexte canadien et traduit en 4 langues. En tout, 184 participants atteints du diabète de type 2 (130 immigrants récents et 54 sujets nés au Canada) ont été recrutés tant en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier.

Résultats : Les immigrants récents étaient significativement moins nombreux que les sujets nés au Canada à vérifier régulièrement leur glycémie et l'état de leurs pieds et significativement plus nombreux que les sujets nés au Canada à être non-fumeurs, à faire régulièrement de l'activité physique et à réduire leur apport alimentaire en graisses. Les immigrants récents avaient significativement moins souvent recours à un spécialiste, à un autre dispensateur de soins et à un diététiste et déclaraient en moins grand nombre consulter des diététistes, des infirmières et des organisations pour diabétiques comme sources d'information sur le diabète. Des différences importantes ont été observées selon le sexe et le pays d'origine.

Conclusion : Les observations semblent indiquer que les stratégies de prévention et de prise en charge du diabète destinées aux immigrants récents doivent tenir compte des barrières linguistiques, financières, informationnelles et systémiques qui nuisent à l'accès à l'information et aux soins.

Mots-clés : diabète de type 2, auto-traitement, utilisation des services de santé, recherche d'information, immigrants, groupes racisés

Introduction

Environ 5 % de la population canadienne vit avec le diabète de type 2¹, et on

s'attend à ce que cette proportion passe à 11 % d'ici 2020². La prévalence du diabète augmente par ailleurs rapidement chez les immigrants canadiens³, et on note une

variation marquée selon le groupe ethnique et le pays d'origine^{4,5}. Les immigrants et réfugiés récents d'Asie du Sud, d'Amérique latine, des Antilles et de l'Afrique sub-saharienne courent un risque deux à trois fois plus élevé de développer un diabète que leurs homologues d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique du Nord⁶. De plus, dans ce groupe, ce risque élevé s'observe plus tôt dans la vie (c.-à-d. à partir de l'âge de 20 à 40 ans) que chez les immigrants d'Europe et d'Amérique du Nord et les populations nées au Canada⁶.

Des données semblent indiquer que les immigrants récents ne profitent pas toujours des programmes de prise en charge du diabète^{7,8} à cause des barrières informationnelles, financières, linguistiques, culturelles et systémiques qui nuisent à leur accès aux soins de santé et aux soins pour diabétiques^{9,10}. Les pratiques d'auto-traitement et l'utilisation des services de santé pour avoir accès à de l'information sur le diabète et à des soins varient selon les populations ethnoraciales et chez ceux qui s'intègrent à une société hôte^{4,11-14}.

Cet article fait état d'observations concernant les pratiques d'auto-traitement, l'utilisation des services de santé et les

Rattachement des auteurs :

1. Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Cities Centre, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Steps to Equity, Toronto (Ontario), Canada
4. Health Policy and Management, Université York, Toronto (Ontario), Canada
5. Community Health Systems Research Group, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
6. Access Alliance Multicultural Health and Community Services, Toronto (Ontario), Canada
7. Child Health Evaluative Sciences, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
8. Institute of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
9. CERIS - The Ontario Metropolis Centre, Toronto (Ontario), Canada
10. St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario), Canada
11. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Ilene Hyman, Cities Centre, Université de Toronto, 455, av. Spadina, Suite 400, Toronto (Ontario) M5S 2G8; tél. : 416-978-0708; téléc. : 416-978-7162; courriel : i.hyman@utoronto.ca

habitudes de recherche d'information chez des immigrants atteints du diabète au Canada*. Comme il s'est agi d'une étude exploratoire, aucune hypothèse n'a été avancée, mais les études publiées semblent montrer que la recherche d'information sur le diabète et les soins pour diabétiques peuvent constituer un problème chez les immigrants récents. Notre principale question de recherche était notamment la suivante : comment le processus de migration et le fait d'être un nouvel arrivant au Canada influent-ils sur l'auto-traitement et le soin du diabète? Nos observations influent sur l'élaboration d'interventions sanitaires et communautaires visant à améliorer la diffusion d'information, à soutenir les activités d'auto-traitement et à faciliter l'accès aux soins pour diabétiques chez les nouveaux arrivants au Canada.

Méthodologie

L'équipe de recherche a adapté un questionnaire élaboré par le Centre international pour la migration et la santé (CIMS) afin de recueillir de l'information sur les expériences d'immigrants atteints du diabète de type 2. Nous avons ainsi longuement consulté des représentants d'organisations desservant des immigrants, des centres d'éducation sur le diabète et des centres de santé communautaire. Le questionnaire final a été mis à l'essai et traduit en quatre langues : le mandarin, le tamoul, le bengali et l'urdu. Le caractère éthique de l'étude a été approuvé par l'Université de Toronto, l'Hôpital Mount Sinai et le St. Michael's Hospital de Toronto (Ontario).

La taille des échantillons et les critères d'admissibilité pour l'âge et la durée de séjour ont été préétablis par l'Agence de la santé publique du Canada pour garantir une certaine uniformité avec la taille et les critères utilisés par d'autres pays participant à l'étude sur la migration et le diabète du CIMS. La population étudiée était composée d'adultes (entre 35 et 64 ans) ayant immigré récemment au Canada (il y a moins de 10 ans) et

d'adultes nés au Canada qui disaient souffrir d'un diabète de type 2. Cette définition d'*immigrants récents* est utilisée dans d'autres études provinciales et nationales portant sur les immigrants canadiens¹⁵⁻¹⁷. Quatre communautés de nouveaux arrivants ont été ciblées à partir des critères suivants : risque de développer un diabète après la migration; tendances actuelles de l'immigration; présence de barrières sociales, économiques et linguistiques nuisant à l'accès aux soins; relations préexistantes avec l'équipe de recherche qui faciliteraient le recrutement et optimiseraient la participation.

Nous avons fait appel à plusieurs techniques pour recruter les participants. Les données du recensement de 2006 ont permis d'identifier des secteurs de recensement dans la région du Grand Toronto où plus de la moitié de la population parlait l'une des quatre langues sélectionnées. Nous avons ciblé ces quartiers pour nos campagnes d'information sur l'étude, et les participants ont été recrutés au moyen d'affiches dans des immeubles, des magasins et des centres communautaires. Un échantillon de commodité d'immigrants récents a également été recruté par échange d'information dans les centres de santé communautaire, les centres d'éducation sur le diabète et des organisations desservant des immigrants. Pour recruter les participants nés au Canada dans différents quartiers de la ville, nous avons tablé sur des partenariats existants avec les centres de santé communautaire, les centres d'éducation sur le diabète et les cliniques d'hôpitaux pour diabétiques de la ville, de même qu'avec l'Association canadienne du diabète. Les participants intéressés ont d'abord appelé le coordonnateur de la recherche, puis leur admissibilité à l'étude a été vérifiée. D'autres sujets ont été contactés dans les cliniques par le coordonnateur de la recherche ou des pairs chercheurs.

Tous les participants potentiels ont été ensuite contactés par le coordonnateur du projet ou un pair chercheur parlant couramment leur langue qui leur a expliqué les

objectifs de l'étude de même que les risques et avantages d'y participer. Si le sujet potentiel acceptait de participer, une entrevue était planifiée à un moment et à un endroit qui convenaient aux deux parties. Des formulaires de consentement ont été traduits dans chacune des langues retenues pour l'étude. Les entrevues ont été menées dans la langue de choix du participant au moyen d'une technique d'entrevue sur place assistée par ordinateur. Cette méthode de collecte de données a été sélectionnée parce qu'elle peut grandement aider à éliminer ou à réduire au minimum les erreurs humaines, à uniformiser l'administration du questionnaire, à améliorer l'efficacité de la collecte ainsi que la qualité et la validité générales des données. Elle permet également d'utiliser des formes de questionnaire plus complexes et plus souples comportant des instructions « passez à » et des fonctions automatiques à remplir. Comme les répondants ne peuvent pas donner des réponses improbables ou « hors limite », toutes les incohérences peuvent être détectées et résolues durant l'entrevue^{18,19}. Le logiciel SPSS Data Entry Builder 4.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, États-Unis, 2003) a été utilisé pour créer l'entrevue sur place assistée par ordinateur. Deux membres de l'équipe de recherche (AR, DK) ont élaboré cette méthodologie pour la collecte de données de la vague II de la Nouvelle étude sur les enfants et les jeunes Canadiens (NEEJC) et nous l'avons employée (et partagée) dans le cadre de plusieurs projets.

Mesures

En dehors de l'âge, qui a été considéré comme une variable continue, de nombreuses variables sociopersonnelles ont été dichotomisées dans l'enquête, le plus souvent à cause de la petite taille des échantillons : sexe (homme, femme), état civil actuel (marié/vivant en couple, non marié), niveau de scolarité (pas de diplôme universitaire, diplôme universitaire ou plus), emploi (occupe un emploi, n'occupe pas d'emploi), type d'emploi (permanent, temporaire) et poste reflétant le niveau de scolarité et les qualifications

* En 2008, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a commandé une enquête dans deux grands centres urbains canadiens (Toronto et Montréal) pour étudier les expériences d'immigrants récents (arrivés il y a moins de 10 ans au Canada) atteints du diabète de type 2. Cette recherche faisait partie d'une étude internationale de collaboration sur la migration et le diabète coordonnée par le Centre international pour la migration et la santé à Genève, Suisse.

(oui, non). Le revenu a été calculé à partir de l'estimation des revenus du ménage provenant de toutes les sources et du nombre de personnes dépendant de ces revenus²⁰, et il a été par la suite dichotomisé : faible revenu (oui, non). Nous avons déterminé l'appartenance à un « groupe racisé »[†] en demandant aux participants à quel groupe ethnique ou racial ils s'identifiaient le plus; les réponses ont été dichotomisées (groupe racisé, non racisé) selon la déclaration des répondants.

Les variables liées aux pratiques d'auto-traitement se basaient sur les comportements qui, selon les études publiées, sont importants pour l'auto-traitement en général²². Ainsi, les participants à l'enquête ont été invités à répondre à des questions sur la fréquence de leurs contrôles glycémiques (« À quelle fréquence procédez-vous habituellement à un contrôle de votre taux de sucre ou de glucose sanguin par vous-même ou par l'entremise d'un membre de la famille ou d'un ami? Oui chaque jour/chaque semaine, non »); sur la fréquence à laquelle ils vérifient si leurs pieds présentent des plaies ou des irritations (« À quelle fréquence la présence de plaies ou d'irritations au niveau des pieds est-elle vérifiée par vous-même, un membre de votre famille ou des amis? Chaque jour/chaque semaine, non »); leur consommation de tabac (« Actuellement, fumez-vous la cigarette? Oui, non »); leur niveau d'activité physique (« Pratiquez-vous habituellement de l'activité physique pendant au moins 30 minutes par jour? Oui, non ») et leur alimentation (« Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous essayé de réduire votre apport alimentaire en glucides (pâtes, pain)? Fortement ou modérément, seulement un peu ou pas du tout »).

Parmi les questions sur l'utilisation des services de santé, certaines portaient sur

les examens des yeux (« Avez-vous déjà passé un examen des yeux pour le diabète au cours duquel une dilatation des pupilles a été effectuée? Oui, non »), sur le contrôle des plaies ou des irritations (« Au cours des 12 derniers mois, un professionnel de la santé a-t-il vérifié si vos pieds présentaient des plaies ou des irritations? Oui, non ») et sur des indicateurs sanguins (« Au cours des 12 derniers mois, un professionnel de la santé a-t-il effectué un dosage de votre hémoglobine A1C? Combien de fois? Tous les 3 mois, moins que tous les trois mois »)[‡].

Un certain nombre de questions portaient sur les pratiques de recherche d'information, notamment : « Qui vous fournit l'information sur la façon de traiter votre diabète (médecin, diététiste, infirmière, famille ou amis, association pour diabétiques, Internet)? » Les participants pouvaient indiquer plus d'une source. Le questionnaire comportait également une série de questions sur les barrières qui nuisaient à l'accès aux soins de santé, notamment l'incapacité à trouver un médecin qui acceptait de nouveaux patients, les longues durées d'attente pour consulter un médecin de famille ou un spécialiste, le fait de ne pas savoir où obtenir des soins de santé, les barrières linguistiques, les services de garde pour les enfants, les problèmes de transport, la possibilité de s'absenter du travail, les questions de genre et les coûts non couverts par l'assurance-maladie.

Analyses statistiques

Des analyses bidimensionnelles (tests *t* de Student, tests du khi carré) ont été utilisées pour comparer les immigrants récents et les sujets nés au Canada et explorer les variations possibles selon le pays d'origine et le sexe à l'intérieur du groupe des immigrants récents. La signification statistique a été établie à $p < 0,05$.

Résultats

Les données d'enquête ont été recueillies auprès de 184 participants atteints du diabète de type 2 au moyen d'un échantillonnage de commodité. De ce nombre, 130 étaient des immigrants récents du Sri Lanka ($n = 30$), du Bangladesh ($n = 35$), du Pakistan ($n = 35$) ou de Chine ($n = 30$); 54 étaient nés au Canada. Dans le groupe des immigrants récents, 58 (45 %) étaient des hommes et 72 (55 %) étaient des femmes, comparativement à 28 hommes (52 %) et 26 femmes (48 %) dans le groupe des sujets nés au Canada. Tous les participants dans le groupe des immigrants récents appartenaient à un groupe racisé. Environ 76 % des sujets nés au Canada n'appartenaient pas à un groupe racisé, soit une proportion identique à celle signalée dans la population torontoise née au Canada²³.

Le tableau 1 résume les caractéristiques des participants à l'étude. Les immigrants récents étaient trois fois plus nombreux à être mariés que les répondants nés au Canada, mais occupaient moins souvent un emploi permanent ou un emploi qui reflétait leur formation et leur expérience. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes pour ce qui est de l'âge moyen, du niveau de scolarité ou de l'emploi. La proportion de personnes à faible revenu était élevée chez les immigrants récents (36 %) de même que chez les sujets nés au Canada (42 %), mais la différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative. Certaines différences significatives ont cependant été relevées dans le groupe des immigrants récents selon le sexe et le pays d'origine. Par exemple, les immigrantes récentes avaient un niveau de scolarité plus faible et étaient moins nombreuses à travailler et à occuper un emploi permanent que leurs homologues de sexe masculin.

[†] L'équipe de recherche a adopté le terme *appartenance à un groupe racisé* (par opposition à *appartenance à une minorité visible*) dans ce projet pour rendre compte du fait que la *racisation* est un processus social par lequel certains groupes en viennent à être désignés comme différents et sont par conséquent soumis à un traitement différent et inégal²¹. À la différence du terme *minorités visibles*, que la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* du Canada définit comme les personnes « qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche », le terme *groupes racisés* indique clairement que la race n'est pas un fait biologique objectif, mais plutôt un construit social et culturel qui peut exposer des individus à des attitudes préjudiciables et à un traitement discriminatoire.

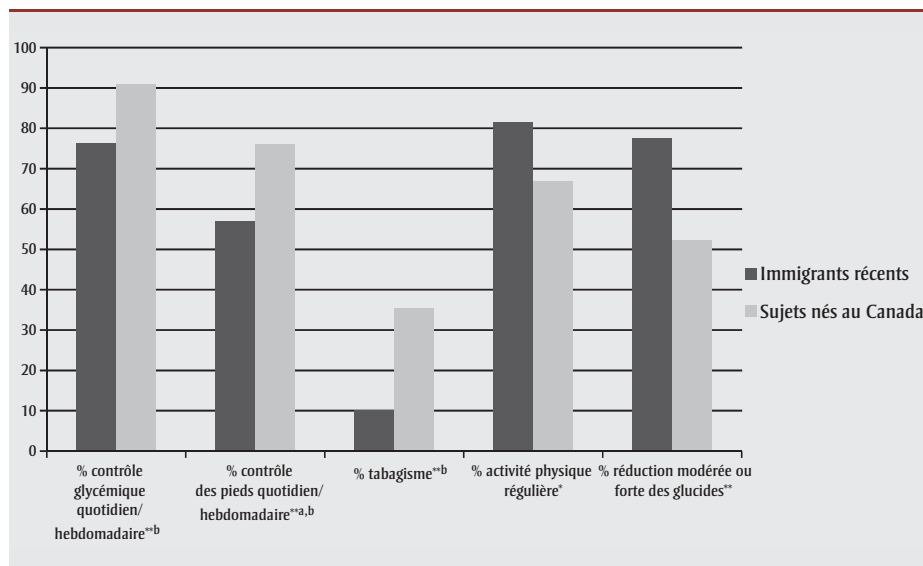
[‡] Les fréquences indiquées représentent les intervalles minimaux recommandés pour les diabétiques. Si un problème comme une rétinopathie est détecté, l'examen des yeux devrait être plus fréquent.

TABLEAU 1
Caractéristiques personnelles des immigrants récents et des sujets nés au Canada

	Immigrants récents (N = 130)	Adultes nés au Canada (N = 54)	Valeur p	Différences significatives	
				selon le sexe (p < 0,05)	selon le pays d'origine (p < 0,05)
Âge moyen (ans)	51,2	52,3	NS		Oui
État civil					
Mariés (%)	89,2	24,1	< 0,001		
Niveau de scolarité					
Universitaire ou plus (%)	52,3	35,2	NS	Oui	Oui
Emploi					
Chômeurs (%)	33,8	29,6	NS	Oui	
Type d'emploi					
Permanent (%)	60,0	94,4	< 0,01	Oui	
Poste qui reflète les qualifications					
Non (%)	41,3	0	< 0,01		
Revenu					
Faible revenu (%)	36,3	41,9	NS		
Race					
Racisés (%)	100	24,1			

Abréviation : NS, non significatif.

FIGURE 1
Pratiques d'auto-traitement du diabète chez les immigrants récents et les sujets nés au Canada



^a Différences significatives selon le sexe

^b Différences significatives selon le pays d'origine

*p < 0,05

**p < 0,001

La figure 1 présente les données sur cinq variables pour l'auto-traitement du diabète dans les deux groupes. Les immigrants récents étaient moins nombreux que les sujets nés au Canada à contrôler

régulièrement leur glycémie (76,2 % contre 90,8 %, p < 0,001) et l'état de leurs pieds (57,0 % contre 75,9 %, p < 0,001). Davantage d'immigrants récents que de sujets nés à l'étranger étaient non-

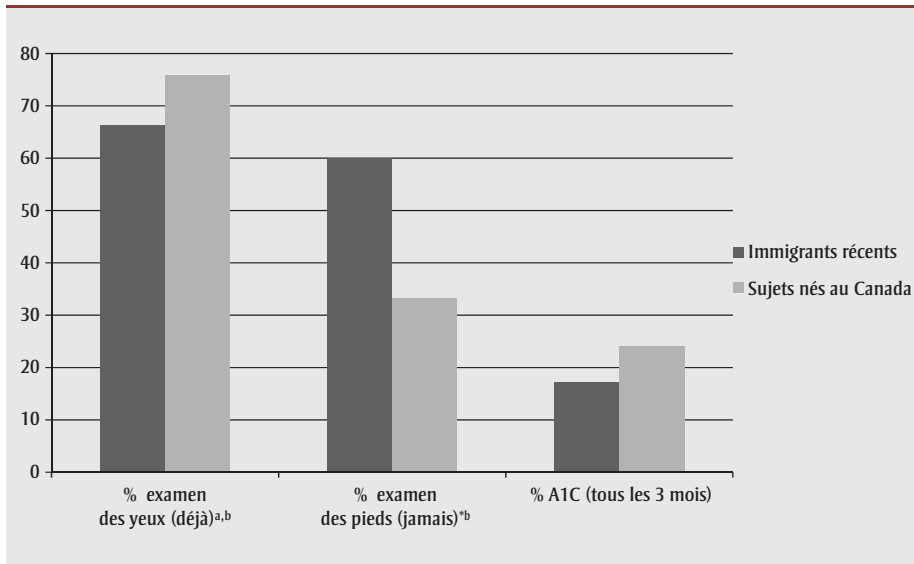
fumeurs (10,0 % contre 35,2 %, p < 0,001), faisaient régulièrement de l'activité physique (81,5 % contre 66,7 %, p < 0,05) et essayaient modérément ou fortement de réduire leur apport alimentaire en glucides (76,2 % contre 51,9 %, p < 0,001). Des différences statistiquement significatives ont également été observées selon le sexe et le pays d'origine. Les immigrantes récentes étaient significativement moins nombreuses que leurs homologues masculins à fumer, alors que les immigrants récents du Pakistan étaient plus nombreux à contrôler leur glycémie et l'état de leurs pieds et à faire régulièrement de l'activité physique que les immigrants récents d'autres pays (données non illustrées).

La figure 2 résume les données sur le recours aux services d'un professionnel de la santé pour soigner le diabète. Des proportions similaires d'immigrants récents et de sujets nés au Canada avaient déjà subi un examen des yeux (66,2 % contre 75,9 %) et faisaient vérifier leur taux d'hémoglobine A1C tous les trois mois (17,1 % contre 24 %). Les immigrants récents étaient cependant plus nombreux à n'avoir jamais subi un examen des pieds que les membres de notre échantillon nés au Canada (60,0 % contre 33,3 %, p < 0,001).

Le tableau 2 présente des données sur les sources habituelles d'information sur le diabète et de soins pour le diabète, selon les répondants. Bien que les deux groupes aient indiqué consulter des médecins généralistes ou des médecins de famille comme source habituelle de soins, les immigrants récents étaient significativement moins nombreux à consulter un spécialiste (24,6 % contre 40,7 %, p < 0,05), d'autres dispensateurs de soins (0,8 % contre 7 %, p < 0,05) ou un diététiste (19,2 % contre 38,9 %, p < 0,01). Certaines différences significatives ont été relevées selon le sexe et le pays d'origine. Les immigrantes récentes avaient plus souvent recours à un diététiste que leurs homologues masculins (données non illustrées).

Bien que les deux groupes aient signalé que les médecins constituaient leur principale source d'information sur le

FIGURE 2
Utilisation des services de santé pour le soin du diabète par les immigrants récents et les sujets nés au Canada



Abréviation : A1C, hémoglobine A1C.

^a Différence significative selon le sexe.

^b Différences significatives selon le pays d'origine.

* $p < 0,001$

TABLEAU 2
Sources d'information et de soins de santé pour le diabète chez les immigrants récents et les sujets nés au Canada

	Immigrants récents (N = 130)	Sujets nés au Canada (N = 54)	Valeur p	Différences significatives	
				selon le sexe	selon le pays d'origine
Source habituelle de soins (%)					
MG ou MF	95,4	85,3	< 0,1		
Spécialiste	24,6	40,7	< 0,05		Oui
Travailleur social	2,3	1,9	NS		
Autre dispensateur de soins	0,8	7,4	< 0,05		
Diététiste	19,2	38,9	< 0,01	Oui	Oui
Infirmière éducatrice	12,3	22,2	NS		
Principale source d'information (%)					
MD	89,2	96,3	NS		
Diététiste	24,6	40,7	< 0,05		
Infirmière	11,5	24,1	< 0,05		
Travailleur social	5,4	0	NS		
Famille	46,9	27,8	< 0,05		Oui
Amis	39,2	13,0	< 0,001	Oui	Oui
Associations pour diabétiques	2,3	24,1	< 0,001		
Internet	28,5	29,6	NS		Oui

Abréviations : MD, médecin; MF, médecin de famille; MG, médecin généraliste; NS, non significatif.

diabète, les immigrants récents étaient significativement moins nombreux que les sujets nés au Canada à consulter des diététistes (24,6 % contre 40,7 %, $p < 0,05$), des infirmières (11,5 % contre 24,1 %, $p < 0,05$) et des associations

pour diabétiques (2,3 % contre 24,1 %, $p < 0,001$) pour obtenir de l'information. Ils consultaient en beaucoup plus grand nombre les membres de leur famille (46,9 % contre 27,8 %, $p < 0,05$) et leurs amis (39,2 % contre 13,0 %, $p < 0,001$). Il n'existait aucune différence statistiquement significative entre les groupes dans l'utilisation de l'Internet pour se renseigner sur le diabète (28,5 % contre 29,6 %).

Une proportion significativement plus forte d'immigrants récents ont dit avoir plus de difficulté à avoir accès aux soins de santé que les sujets nés au Canada, soulignant les longs délais d'attente pour voir des médecins ou des spécialistes, l'absence d'information pour savoir où se diriger, les barrières linguistiques, les problèmes liés à la garde des enfants, la difficulté à se trouver un médecin du même sexe et les coûts non couverts par l'assurance (données non illustrées). Plusieurs de ces barrières avaient un impact plus important chez les immigrantes récentes que chez leurs homologues de sexe masculin.

Analyse

Il s'agit de la première enquête canadienne à recueillir de l'information sur les expériences des immigrants récents atteints du diabète au moyen de questionnaires dans leur langue respective. Nous avons délibérément échantillonné des populations de nouveaux arrivants à risque élevé et, avec nos stratégies de recrutement, nous avons fini probablement par suréchantillonner les personnes issues de milieux défavorisés. Telle n'était pas notre intention, mais ce résultat témoigne simplement des réalités économiques auxquelles font face les immigrants récents. Comme la proportion de personnes à faible revenu était aussi élevée (plus du tiers) chez les immigrants récents que chez les sujets nés au Canada, nos analyses ont permis de distinguer certaines différences, outre le revenu absolu, dans les caractéristiques personnelles, les pratiques d'auto-traitement, l'utilisation des services de santé et la recherche d'information.

Un certain nombre de différences ont été observées entre les adultes diabétiques

qui venaient d'immigrer et ceux qui étaient nés au Canada, notamment dans le type d'emploi et le niveau de chômage. Ces différences concordent avec les écarts dans l'emploi entre les immigrants récents et les sujets nés au Canada documentés dans les études publiées²⁴. En outre, les Canadiens racisés (immigrants et nés au Canada) sont plus nombreux à ne pas avoir d'emploi et occupent moins souvent un emploi permanent que les Canadiens non racisés^{21,25}. Ce statut précaire peut avoir des répercussions négatives sur l'accès aux soins de santé, notamment parce qu'il empêche ces personnes d'avoir accès à des services assurés^{26,27}. Le taux élevé de chômage chez les sujets nés au Canada (29,6 %) par rapport à l'ensemble de la population canadienne est probablement dû au fait que la population dans notre étude était composée de personnes atteintes du diabète, une maladie qui semble avoir des répercussions négatives importantes sur les probabilités d'emploi²⁸. De plus, le diabète est plus répandu dans les populations à faible revenu.

Les différences dans les pratiques d'auto-traitement entre les immigrants récents et les sujets nés au Canada étaient moins évidentes. Les immigrants récents étaient moins nombreux à contrôler régulièrement leur glycémie ou l'état de leurs pieds que les sujets nés au Canada. Il semblerait donc que les immigrants récents aient moins facilement accès à de l'information sur le traitement optimal du diabète. Dans notre étude, les immigrants récents atteints de diabète étaient moins nombreux que les sujets nés au Canada à consommer du tabac et étaient plus nombreux à faire de l'activité physique et à avoir une alimentation saine, des pratiques positives qui doivent être encouragées et appuyées comme partie intégrante du traitement du diabète. D'autres recherches montrent cependant que bien que la proportion de fumeurs soit significativement plus faible chez les nouveaux immigrants que chez les sujets nés au Canada, les premiers sont moins physiquement actifs²⁹⁻³².

Nous avons identifié des barrières informationnelles et systémiques qui nuisent à l'accès aux soins de santé des immi-

grants récents atteints du diabète, notamment ceux d'origine non européenne. Plusieurs autres études ont montré que les Canadiens racisés, comme le sont la plupart des immigrants récents, ont moins souvent recours à des services de prévention, à des services pour les maladies chroniques et aux services de spécialistes que les sujets nés au Canada^{9,33-34}.

Il est possible que les différences dans la gravité du diabète d'un groupe à l'autre puissent expliquer les différences dans l'auto-traitement et l'utilisation des services de santé. Dans les deux groupes, cependant, les taux de diabète maîtrisé et de diabète gestationnel étaient similaires. Les taux d'obésité (d'après l'IMC et le tour de taille) étaient significativement plus élevés dans le groupe né au Canada que dans le groupe des immigrants récents; or ce dernier groupe faisait état d'un plus grand nombre de problèmes associés au diabète que les sujets nés au Canada. Des analyses multidimensionnelles devraient être effectuées pour examiner plus en détail les facteurs individuels et les autres facteurs de risque associés aux pratiques d'auto-traitement, à l'accès aux soins pour diabétiques et à la recherche d'information, ainsi que les variations possibles selon le sexe et le pays d'origine.

Il se peut également que nos résultats reflètent des différences dans l'appartenance à des groupes racisés plutôt qu'à des groupes de nouveaux arrivants vu que tous les immigrants récents dans notre étude étaient racisés. Le statut de nouvel arrivant, l'appartenance à un groupe racisé, le pays d'origine, le sexe et d'autres déterminants sociaux sont tous des prédicteurs importants de l'auto-traitement et de l'accès à l'information sur le diabète et aux soins qui se recoupent et dont les soignants et les décideurs doivent tenir compte pour élaborer des modèles de soins aux diabétiques qui soient culturellement et contextuellement adaptés.

Ces questions seront abordées plus en détail dans la deuxième phase de notre recherche, au cours de laquelle nous examinerons les conséquences du diabète

chez des membres de la communauté antillaise noire atteints du diabète de type 2 nouvellement arrivés, non nouvellement arrivés et nés au Canada.

Conclusion

Bien que nos résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble de la population d'immigrants nouvellement arrivés à cause de la petite taille de l'échantillon et de l'échantillonnage non aléatoire, ces observations influent grandement sur l'organisation et sur l'application de stratégies de prévention et de traitement du diabète chez les nouveaux arrivants, en particulier chez ceux qui sont marginalisés sur le plan économique et courent un risque plus grand de développer le diabète. Les stratégies de prévention du diabète doivent continuer de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, en particulier la situation précaire d'emploi, qui peut contribuer aux inégalités dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins. Les politiques et stratégies de prestation de services de santé doivent prendre en considération les besoins et les obstacles particuliers auxquels font face les communautés de nouveaux arrivants, qui doivent être considérées comme une population prioritaire à laquelle il faut offrir des appuis financiers, linguistiques et des mesures ciblées selon le genre. Les immigrants récents comptent beaucoup sur leur famille et leurs amis pour se renseigner sur le diabète, d'où l'importance primordiale de la sensibilisation et du renforcement communautaires en ce qui a trait au diabète. Les réseaux communautaires d'échange d'information et les systèmes de soutien communautaire structurés et non structurés devraient être considérés comme la base des stratégies de prévention du diabète et de promotion de la santé.

Références

1. Sanmartin C, Gilmore J. Diabète – prévalence et pratiques en matière de soins. Rapports sur la santé. 2008;19(3):63-68.
2. Association canadienne du diabète; Diabète Québec. Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question — tracer une nouvelle voie. Toronto (Ont.):

- Association canadienne du diabète; 2005 [consultation en avril 2011]. PDF (2,72 Mo) téléchargeable à partir du lien : http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/WEB_FR_CDA_Report.pdf
3. Agence de santé publique du Canada. Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : synthèse de la recherche et des collaborations. Ottawa (Ont.): Agence de santé publique du Canada; 2005 [consultation en mai 2011]. PDF (427 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/bnds-bsnd/pdf/bsnd-bnds-vol_1-fra.pdf
 4. Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2008;32:S214.
 5. Misra A, Ganda O. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 2007;23(9):696-708.
 6. Creatore MI, Moineddin R, Booth G, Manuel DH, DesMeules M, McDermott S et collab. Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ*. 2010;182(8):781-9.
 7. Raphael D, Anstice S, Raine K, McGannon KR, Rizvi SK, Yu Vanessa. The social determinants of the incidence and management of type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our services? *Leadership Health Serv*. 2003;16:10-20.
 8. Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Grace SL, Stewart DE. Patient factors associated with attrition from a self-management education programme. *J Eval Clin Pract*. 2007;13(6):913-9.
 9. Hyman I. Immigration et santé. La série de documents de travail sur les politiques de santé. Document de travail n° 01-05. Ottawa (ON): Santé Canada; sept. 2001
 10. Vissandjee B, Hyman I. Preventing and managing diabetes: at the intersection of gender, ethnicity and migration. In: O. Hankivsky, ed. *Intersectionality and Health Research in Canada*. Vancouver (BC): UBC Press; 2011.
 11. Shah BR. Utilization of physician services for diabetic patients from ethnic minorities. *J Public Health*. 2008;30(3):327-31.
 12. Gary TL, McGuire M, McCauley J, Brancati FL. Racial comparisons of health care and glycemic control for African American and white diabetic adults in an urban managed care organization. *Dis Manag*. 2004;7(1):25-34.
 13. Mah CA, Soumerai SB, Adams AS, Ross-Degnan D. Racial differences in impact of coverage on diabetes self-monitoring in a health maintenance organization. *Med Care*. 2006;44(5):392-7.
 14. Robbins JM, Vaccarino V, Zhang H, Kasl SV. Excess type 2 diabetes in African-American women and men aged 40-74 and socioeconomic status: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(11):839-45.
 15. Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. *Rapports sur la santé* 1996;7:37-50.
 16. Vissandjee B, DesMeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating ethnicity and immigration as determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health*. 2004 [consultation en janv. 2006];4(Suppl 1):S32. Consultable en ligne à la page : <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/s1/s32>
 17. Hyman I, Jackson, B. L'effet immigrant en santé : un phénomène temporaire? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. 2010 [consultation le 20 juil. 2011];17:17-21. PDF (6,6 Mo) téléchargeable à partir du lien : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/pdf/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr-fra.pdf
 18. Randolph JJ, Virnes M, Jormanainen I, Eronen PJ. The effects of a computer-assisted interview tool on data quality. *Educ Technol Soc*. 2006;9(3):195-205.
 19. Hallfors D, Khatapoush S, Kadushin C, Watson K, Saxe L. A comparison of paper vs. computer-assisted self interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys. *Eval Program Plann*. 2000;23(2):149-55.
 20. Toronto Public Health. Rapid risk factor surveillance survey. 2005 Toronto indicators report. Appendix C. Definitions of income classifications. Toronto (Ont.): Toronto Public Health; 2005 [consultation le 20 juil. 2011]. PDF (24 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.toronto.ca/health/hsi/pdf/rfss2005appendix_c.pdf
 21. Galabuzi GE. *Canada's economic apartheid: the social exclusion of racialized groups in the new century*. Toronto (Ont.): Canadian Scholar's Press. 2006.
 22. Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2008;32:S22.
 23. Khandor E, Koch A. The global city: newcomer health in Toronto. Toronto (Ont.): Toronto Public Health; 2011 Nov. Joint publication of Access Alliance Multicultural Health and Community Services.
 24. Statistique Canada. Étude : qualité de l'emploi des immigrants sur le marché canadien. *Le Quotidien*. 23 nov. 2009.
 25. Pendakur K, Pendakur R. Minority earnings disparity across the distribution. *Can Public Pol*. 2007;33(1):41-61.
 26. Wilson RM, Landolt P, Shakya YB, Galabuzi GE, Zahoornissa Z, Pham D et collab. Working rough, living poor: Employment and income insecurities faced by racialized groups in Black Creek and their impact on health. Toronto (Ont.): Access Alliance Multicultural Health and Community Services; 2011.
 27. Lewchuk W, deWolff A, King A, Polanyi M. The hidden costs of precarious employment: health and the employment relationship. In L. Vosko, ed. *Precarious employment: understanding labour market insecurity in Canada*. Montreal (QC): McGill Queens Press; 2006. p. 141-62.
 28. Latif E. The impact of diabetes on employment in Canada. *Health Econ*. 2009;18:577-89.
 29. Chiu M, Austin PC, Manuel DG, & Tu JV. Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health surveys between 1996 and 2007. *CMAJ*. 2010; 182(8): E301-E310

-
30. Ng E, Wilkins R, Gendron F, Berthelot JM. L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population. En santé aujourd'hui, en santé demain ? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Numéro 2. Ottawa (Ont.): Statistique Canada; 2005 [consultation en mai 2010]. [Statistique Canada, n° 82-618-MWF2005002 au catalogue]. Consultable en ligne à la page : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-618-m/82-618-m2005002-fra.htm>
 31. McDonald JT. The health behaviours of immigrants and native-born people in Canada. Atlantic Metropolis Centre-Working Paper Series. Working Paper No. 01-06. Halifax (NS): Atlantic Metropolis Centre; 2006 [consultation en mai 2010]. PDF téléchargeable à partir du lien (requiert une autorisation) : <http://www.atlantic.metropolis.net/WorkingPapers/McDonald-WP1.pdf>
 32. Tremblay MS, Bryan SN, Perez CE, Ardern CI, Katzmarzyk PT. Physical activity and immigrant status: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Can J Public Health*. 2006;97(4):277-82.
 33. Glazier RH, Tepper J, Agha MM, Moineddin R. Primary care in disadvantaged populations. Dans: Jaakkimainen L, Glazier RH, Booth G. Neighbourhood environments and resources for healthy living – A focus on diabetes in Toronto. Toronto (Ont.): Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2006:328. p. 122-40.
 34. Quan H, Fong A, De Coster C, Wang J, Musto R, Noseworthy TW et collab. Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ*. 2006;174(6):787-91.