

# La santé mentale autoévaluée s'est détériorée après une autre année de pandémie de COVID-19

Diffusé à 8 h 30, heure de l'Est dans *Le Quotidien*, le mardi 7 juin 2022

La pandémie de COVID-19 a entraîné d'importantes répercussions sur la vie des Canadiens depuis mars 2020. Des restrictions ont été mises en œuvre par les autorités sanitaires tout au long de la pandémie pour aider à limiter la propagation du virus, et un resserrement des restrictions a été imposé pendant les périodes où les cas de COVID-19 ont fortement augmenté. Les recommandations en matière de santé publique visant à limiter la propagation de la maladie, comme la limitation des contacts sociaux à divers niveaux et la limitation des voyages non essentiels, l'incertitude en matière d'emploi et la peur du virus lui-même, ont eu des répercussions sur les Canadiens, tant sur le plan social que sur le plan économique. Alors que la pandémie continue d'évoluer, de nouveaux résultats révèlent que la santé mentale autoévaluée (SMA) s'est détériorée de l'automne de 2020 au début de 2022.

Après une deuxième année de pandémie, la présente diffusion fournit une [mise à jour d'une analyse diffusée précédemment sur la santé mentale autoévaluée élevée chez les Canadiens](#), définie comme le fait de déclarer une santé mentale « excellente » ou « très bonne ». La SMA élevée des Canadiens pendant la période allant de septembre 2021 à février 2022 est comparée à celle de la période allant de septembre à décembre 2020, et ce, en utilisant des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les tendances relatives à la SMA observées depuis la période précédant la pandémie chez les Canadiens âgés de 12 ans et plus vivant dans les provinces sont mises en évidence.

## La santé mentale autoévaluée s'est détériorée de la fin de 2020 à la période allant de la fin de 2021 au début de 2022

Au cours des deux dernières années, la pandémie de COVID-19 a entraîné des répercussions négatives sur la santé mentale des Canadiens. Chez les adultes au Canada, la [proportion des personnes qui ont déclaré un taux élevé de SMA était plus faible à l'automne de 2020 qu'avant la pandémie \(2019\)](#). À l'automne de 2021, deux poussées ont été observées dans les nombres de cas et d'hospitalisations de COVID-19, ce qui a entraîné un resserrement des restrictions de santé publique dans l'ensemble du Canada, et a eu davantage de conséquences sur la santé mentale des Canadiens. Les données mises à jour révèlent que le taux de SMA élevée a diminué encore plus au cours de la pandémie. De la période allant de septembre à décembre 2020 jusqu'à celle allant de septembre 2021 à février 2022 (c.-à-d. de la fin de 2021 au début de 2022), la proportion de SMA élevée a diminué, passant de 64 % à 58 % chez les Canadiens âgés de 12 ans et plus.

De plus, la proportion des personnes qui ont déclaré une SMA élevée a diminué tant chez les hommes (passant de 68 % à 62 %) que chez les femmes (de 60 % à 55 %). Les craintes de l'émergence de nouveaux variants de la COVID-19 et les sentiments généraux d'épuisement chez de nombreux Canadiens après deux ans de mesures liées à la pandémie pourraient avoir contribué à la diminution du taux de SMA élevée de la fin de 2020 jusqu'à la fin de 2021 au début de 2022.



**Tableau 1**  
**Santé mentale autoévaluée selon le genre, la région géographique et le groupe d'âge, Canada, sauf les territoires**

	Santé mentale autoévaluée excellente ou très bonne		
	De janvier à décembre 2019	De septembre à décembre 2020	De septembre 2021 à février 2022
	%		
<b>Total, Canada (sauf les territoires)</b>	<b>67,0</b>	<b>64,0<sup>A</sup></b>	<b>58,1<sup>A</sup></b>
<b>Genre</b>			
Hommes	69,7	68,5	61,9 <sup>A</sup>
Femmes	64,5	60,0 <sup>A</sup>	54,8 <sup>A</sup>
<b>Région géographique</b>			
Provinces de l'Atlantique	63,9	62,4	59,6
Québec	72,1	69,8 <sup>A</sup>	64,4 <sup>A</sup>
Ontario	65,9	61,9 <sup>A</sup>	56,1 <sup>A</sup>
Provinces des Prairies	65,8	63,8	57,3 <sup>A</sup>
Colombie-Britannique	64,8	61,3 <sup>A</sup>	54,2 <sup>A</sup>
<b>Groupe d'âge</b>			
12 à 17 ans	73,0	67,1 <sup>A</sup>	61,2 <sup>A</sup>
18 à 34 ans	60,8	57,7 <sup>A</sup>	50,9 <sup>A</sup>
35 à 49 ans	66,6	63,5 <sup>A</sup>	56,1 <sup>A</sup>
50 à 64 ans	69,6	64,9 <sup>A</sup>	59,0 <sup>A</sup>
65 ans et plus	70,8	70,8	67,7 <sup>A</sup>

<sup>A</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour la période de référence précédente (p moins de 0,05)

**Note(s) :**

Les hommes et les femmes transgenres sont inclus dans les catégories « Hommes » et « Femmes ». Des estimations fiables pour les personnes non binaires n'ont pas pu être produites, en raison d'une taille d'échantillon insuffisante.

Les provinces de l'Atlantique comprennent les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick.

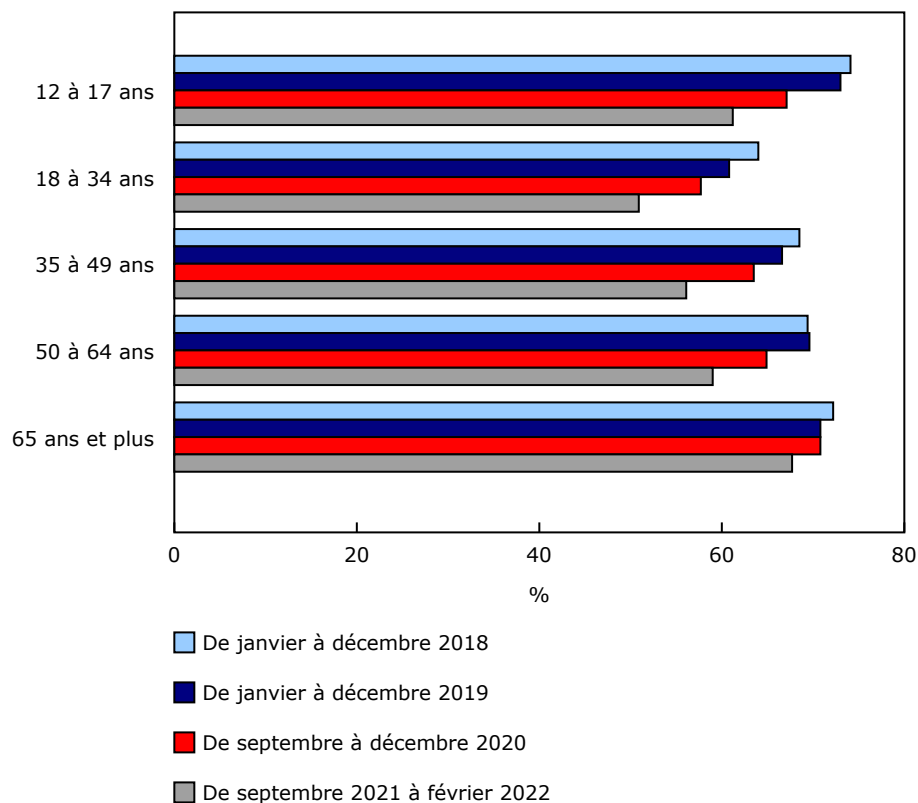
Les provinces des Prairies comprennent les résidents du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta.

**Source(s) :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2019, de septembre à décembre 2020, et de septembre 2021 à février 2022) (3226).

Une détérioration a également été observée au chapitre de la SMA selon le groupe d'âge et la province. Comparativement à l'automne 2020, la proportion de personnes dont la SMA est élevée a diminué de façon semblable chez tous les groupes d'âge lors de la période allant de la fin de 2021 au début de 2022. Les Canadiens âgés de 65 ans et plus ont les niveaux les plus élevés de SMA (68 %) comparativement à tous les autres groupes d'âge au cours de la période allant de la fin de 2021 au début de 2022, alors que les Canadiens âgés de 18 à 34 ans ont les niveaux les plus bas (51 %).

## Graphique 1

### Pourcentage de Canadiens ayant déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale, selon le groupe d'âge et la période, Canada, sauf les territoires



Source(s) : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018, 2019, de septembre à décembre 2020, et de septembre 2021 à février 2022 (3226).

Des recherches antérieures ont révélé que, à la fin de 2021, la population du Québec, comparativement à d'autres régions, a enregistré les proportions les plus élevées de personnes ayant déclaré éprouver un fort sentiment de sens et de but à la vie, ce qui est considéré comme une dimension du bien-être personnel. De même, une proportion plus élevée de personnes vivant au Québec (64 %) avaient une SMA élevée au cours de la période allant de la fin de 2021 au début de 2022, comparativement à la moyenne nationale (58 %), alors qu'une proportion plus faible de personnes vivant en Ontario (56 %) et en Colombie-Britannique (54 %) avaient déclaré une SMA élevée.

Comparativement à l'automne 2020, la proportion de personnes ayant déclaré une SMA élevée a diminué de la fin de 2021 au début de 2022 pour les personnes vivant au Québec (passant de 70 % à 64 %), en Ontario (de 62 % à 56 %), en Colombie-Britannique (de 61 % à 54 %), ainsi que dans les provinces des Prairies (de 64 % à 57 %). Aucune différence significative n'a été observée parmi les personnes vivant dans les provinces de l'Atlantique entre les deux périodes de référence (la proportion passant de 62 % à 60 %).

---

## Aucune différence observée au chapitre de la santé mentale autoévaluée élevée entre les populations des personnes pleinement vaccinées et celles des personnes non pleinement vaccinées

À l'automne 2020, la majorité des personnes vivant au Canada n'étaient pas vaccinées, car la campagne de vaccination en était à ses premiers stades. Cependant, au début du mois de février 2022, 89 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus avaient été entièrement vaccinés (c'est-à-dire qu'ils avaient reçu au moins une dose d'un vaccin à 1 dose ou au moins deux doses d'un vaccin à 2 doses). La pandémie semble avoir eu une incidence sur la santé mentale des Canadiens, peu importe le statut vaccinal. De la fin de 2021 au début de 2022, une proportion semblable de la population pleinement vaccinée âgée de 12 ans et plus a déclaré une SMA élevée (58 %) comparativement à leurs homologues qui n'étaient pas pleinement vaccinés (59 %).

## L'état de santé mentale diffère selon les divers groupes de population

Tout au long de la pandémie, la SMA variait selon le groupe de population. Une étude précédente a révélé que [la population racisée était plus susceptible de travailler dans des secteurs plus à risque d'être touchés par la pandémie](#) (par exemple, les services de restauration et d'hébergement), ce qui a exacerbé les risques sanitaires et économiques, et qui pourrait avoir eu d'autres répercussions sur la santé mentale. De la fin de 2021 au début de 2022, comparativement à la population non racisée, le taux de personnes déclarant une SMA excellente ou très bonne était plus élevé parmi la population sud-asiatique (67 %) et la population philippine (68 %), et plus faible parmi la population latino-américaine (43 %). De l'automne 2020 à la période allant de la fin de 2021 au début de 2022, la proportion de personnes qui ont déclaré une SMA élevée a diminué parmi les groupes désignés comme racisés (passant de 68 % à 60 %), ainsi que parmi les personnes n'appartenant pas aux groupes racisés (de 63 % à 58 %). Si l'on examine certains groupes racisés, on observe une diminution importante du taux de SMA élevée parmi la population latino-américaine (de 68 % à 43 %) et la population chinoise (de 63 % à 55 %), alors qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée chez la population noire (de 67 % à 61 %) entre les deux périodes de référence.

Au cours de la période allant de septembre 2021 à février 2022, une proportion plus élevée d'immigrants récents (65 %) qui ont été admis au Canada il y a moins de 10 ans ont déclaré une SMA élevée comparativement aux immigrants établis (58 %). Au cours de la même période, 61 % des immigrants et des résidents non permanents ont déclaré une SMA élevée, en baisse par rapport à la fin de 2020 (68 %). Une diminution du taux de SMA élevée a également été observée chez la population née au Canada (passant de 62 % à 57 %).

Des recherches antérieures ont mis en évidence [l'incidence des traumatismes directs ou intergénérationnels liés aux pratiques coloniales, comme le système des pensionnats, sur la santé mentale des populations autochtones](#) (en anglais seulement). De la fin de 2021 au début de 2022, parmi la population autochtone vivant dans les provinces, 44 % ont déclaré une SMA élevée, ce qui était inférieur au taux observé chez la population non autochtone (59 %). Au cours de cette période, 44 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve et 42 % des Métis ont déclaré une SMA élevée, ce qui, dans les deux cas, était un taux plus faible que celui affiché par la population non autochtone. De l'automne 2020 à la période allant de la fin de 2021 au début de 2022, la proportion de personnes qui ont déclaré une SMA élevée a diminué tant pour la population autochtone (passant de 53 % à 44 %) que pour la population non autochtone (de 64 % à 59 %).

Les personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles ont connu [des taux plus élevés de maladie mentale ou de détresse](#) comparativement aux personnes hétérosexuelles, selon des recherches antérieures. De la fin de 2021 au début de 2022, le taux de SMA élevée demeurait plus faible parmi la population LGBTQ2+; environ le tiers (35 %) avaient déclaré une SMA élevée, alors que le pourcentage pour la population non LGBTQ2+ était de 59 %. Au cours de la même période, aucun changement significatif n'a été constaté dans la proportion de la population LGBTQ2+ déclarant une SMA élevée comparativement à l'automne 2020.

Une étude antérieure a également révélé que [les personnes atteintes d'un trouble de santé physique étaient moins susceptibles de déclarer avoir santé mentale excellente à très bonne](#). Au cours de la période allant de septembre 2021 à février 2022, une plus faible proportion de personnes vivant avec au moins un état de santé

sous-jacent ont déclaré une SMA élevée (57 %) comparativement à l'automne 2020 (62 %). Au cours de la même période, une diminution a également été observée chez les personnes qui n'avaient pas de maladie sous-jacente (59 %), par rapport à la fin de 2020 (65 %).

**Tableau 2**  
**Santé mentale autoévaluée des Canadiens âgés de 12 ans et plus, selon le groupe de population, Canada, sauf les territoires**

	Santé mentale autoévaluée excellente ou très bonne		
	De janvier à décembre 2019	De septembre à décembre 2020	De septembre 2021 à février 2022
	%		
<b>Total, Canada (sauf les territoires)</b>	<b>67,0</b>	<b>64,0<sup>A</sup></b>	<b>58,1<sup>A</sup></b>
<b>Population racisée</b>			
Groupe racisé	68,0	68,2*	59,8 <sup>A</sup>
Sud-Asiatiques	73,4*	70,8*	67,4*
Chinois	60,8*	63,4	54,6 <sup>A</sup>
Noirs	66,6	67,2	60,7
Philippins	79,2*	74,6*	67,8*
Latino-Américains	68,6	67,8	43,0* <sup>A</sup>
Arabes	70,1	73,7*	62,4
Asiatiques du Sud-Est	62,4	61,5	51,5
Asiatiques occidentaux	61,6	64,8	54,3 <sup>E</sup>
Coréens	66,3	63,8 <sup>E</sup>	57,7 <sup>E</sup>
Japonais	68,1	65,7	62,1
Groupe racisé non indiqué ailleurs/plusieurs groupes racisés	56,3*	64,1	50,8
Pas un groupe racisé (catégorie de référence)	66,9	62,8 <sup>A</sup>	57,5 <sup>A</sup>
<b>Statut d'immigration</b>			
Immigrants ou résidents non permanents <sup>1</sup>	69,2*	67,7*	60,5* <sup>A</sup>
Ont immigré il y a moins de 10 ans	73,9*	73,6*	64,8* <sup>A</sup>
Ont immigré il y a au moins 10 ans	66,6	66,0*	58,3 <sup>A</sup>
Nés au Canada (catégorie de référence)	66,4	62,7 <sup>A</sup>	57,2 <sup>A</sup>
<b>Identité autochtone</b>			
Peuples autochtones <sup>2</sup>	53,9*	53,2*	44,4* <sup>A</sup>
Membres des Premières Nations vivant hors réserve	49,1*	47,4*	44,2*
Métis	58,1*	59,2	42,3* <sup>A</sup>
Inuits <sup>2</sup>	60,4	73,6 <sup>E</sup>	74,7 <sup>E</sup>
Personnes non autochtones (catégorie de référence)	67,7	64,4 <sup>A</sup>	58,6 <sup>A</sup>
<b>Statut LGBTQ2+</b>			
Population LGBTQ2+ <sup>3</sup>	45,1*	39,6*	35,2*
Lesbiennes ou gais	58,2*	52,8*	52,3
Bisexuels	37,1*	29,4*	23,6 <sup>E*</sup>
Personnes transgenres ou non binaires	29,8 <sup>E*</sup>	F	25,7 <sup>E*</sup>
Personnes qui ne sont pas LGBTQ2+ (catégorie de référence)	67,7	64,7 <sup>A</sup>	59,0 <sup>A</sup>
<b>Problèmes de santé sous-jacents</b>			
A au moins un problème de santé sous-jacent <sup>4</sup>	64,0*	61,8* <sup>A</sup>	56,7* <sup>A</sup>
N'a aucun problème de santé sous-jacent (catégorie de référence)	68,7	65,2 <sup>A</sup>	59,0 <sup>A</sup>

A valeur significativement différente de l'estimation pour la période de référence précédente (p moins de 0,05)

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

1. Les catégories « Ont immigré il y a moins de 10 ans » et « Ont immigré il y a au moins 10 ans » excluent les résidents non permanents.

2. L'ESCC ne recueille pas de données sur les réserves. Par conséquent, les résultats pour les Premières Nations excluent les personnes qui vivent dans les réserves. De plus, les personnes qui vivent dans les territoires, y compris une grande proportion de membres des Premières Nations, de Métis et d'Inuits, sont exclues, ainsi que la majorité des Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat – la patrie inuite.

3. L'orientation sexuelle est autodéclarée et n'est demandée qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus; par conséquent, les personnes LGBTQ2+ et non LGBTQ2+ ne représentent que les personnes âgées de 15 ans et plus. Les estimations sur les personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles ne sont pas désagrégées selon l'identité de genre, et les estimations sur les personnes transgenres ou non binaires ne sont pas désagrégées selon l'orientation sexuelle. Les données désagrégées pour les personnes qui sont pansexuelles ou qui ont une autre orientation sexuelle n'étaient pas disponibles.

4. Les problèmes de santé sous-jacents comprennent l'obésité, l'hypertension, le cancer, les maladies du cœur, le diabète, la démence chez les personnes de 40 ans et plus, ou les séquelles d'un accident vasculaire cérébral. La population sans problème de santé sous-jacent est calculée en tenant compte des catégories de non-réponse (« refus », « je ne sais pas », « sans objet » et « non déclaré »).

Source(s) : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2019, de septembre à décembre 2020, et de septembre 2021 à février 2022) (3226).

## Note aux lecteurs

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête annuelle qui a été rajustée pendant la pandémie afin de produire des estimations plus opportunes en lien avec la COVID-19. La présente analyse est fondée sur les données provisoires de l'ESCC recueillies du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 7 février 2022. [Des recherches antérieures reposant sur les données de l'ESCC ont examiné les changements dans la santé mentale autoévaluée](#) lors de la première année de la pandémie. Veuillez noter que le fichier de données de l'ESCC utilisé pour l'analyse précédente n'incluait pas le suréchantillon pour les aînés dans les estimations de septembre à décembre 2020, et en raison de la repondération des données de l'enquête avec l'intégration de ce suréchantillon, les estimations seront légèrement différentes dans cet article.

La pandémie de COVID-19 a entraîné des répercussions importantes sur les opérations de collecte des données pour l'ESCC de 2020 et de 2021. L'impossibilité de mener des interviews en personne et les problèmes liés à la capacité de collecte ont entraîné une baisse importante des taux de réponse en 2020 et en 2021. Comme cela a été le cas pour les cycles précédents de l'ESCC, les poids d'enquête ont été ajustés afin de minimiser tout biais potentiel qui pourrait découler de la non-réponse à l'enquête; les ajustements et l'étalonnage de la non-réponse au moyen de renseignements auxiliaires accessibles ont été appliqués. En dépit de ces modifications et validations rigoureuses, le taux de non-réponse plus élevé augmente le risque d'un biais résiduel et augmente l'ampleur avec laquelle un tel biais pourrait influencer les estimations produites en utilisant les données de l'enquête. L'échantillon comprenant environ 25 000 répondants, observé de septembre 2021 au début de février 2022, est représentatif de la population canadienne vivant dans les provinces. L'échantillonnage et la collecte pour la période utilisée dans cette analyse n'ont pas une couverture suffisante pour représenter l'ensemble de la population des territoires. La présente analyse comprend uniquement les répondants sans personne interposée.

La santé mentale autoévaluée (SMA) élevée désigne les personnes qui ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, en général.

La population entièrement vaccinée désigne les répondants qui ont déclaré avoir reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 qui nécessitait une dose, ou qui ont déclaré avoir reçu au moins deux doses d'un vaccin qui nécessitait deux doses. La population qui n'est pas entièrement vaccinée désigne les répondants qui ont déclaré n'avoir reçu aucune dose de vaccin ou ceux qui ont déclaré avoir reçu seulement une dose d'un vaccin qui nécessitait deux doses.

Dans la présente diffusion (y compris le tableau 2), le concept de population « racisée » est mesuré au moyen de la variable « minorité visible ». Cette dernière désigne les personnes appartenant à un groupe de minorités visibles, comme défini par la Loi sur l'équité en matière d'emploi, laquelle définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population des minorités visibles est principalement composée des groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais.

Le terme « immigrants récents » désigne les immigrants qui ont été admis au Canada il y a moins de 10 ans. Le terme « immigrants établis » désigne les immigrants qui ont été admis au Canada il y a au moins 10 ans. Les répondants qui sont citoyens canadiens par naturalisation sont considérés comme des immigrants.

Le statut d'Autochtone est fondé sur la réponse autodéclarée à la question « Êtes-vous un Autochtone, c'est-à-dire membre d'une Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)? » Le terme « Première Nation » comprend les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. L'ESCC ne permet pas de recueillir des données sur les réserves, ce qui implique que les résultats présentés pour les Premières Nations excluent les personnes qui vivent dans les réserves. De plus, les personnes qui vivent dans les territoires, y compris une grande proportion de membres des Premières Nations, de Métis et d'Inuits, sont exclues, ainsi que la majorité des Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat – la patrie inuite. Par conséquent, ces exclusions peuvent avoir une incidence sur les estimations pour les Autochtones.

Les personnes LGBTQ2+ au Canada comprennent les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou bispituelles, ainsi que les personnes ayant déclaré une autre identité de la diversité sexuelle ou de genre.

Les répondants ont été inclus dans la population LGBTQ2+ en fonction de renseignements autodéclarés provenant de leur orientation sexuelle, du sexe assigné à la naissance et de leur genre actuel. L'analyse des personnes LGBTQ2+ exclut les répondants âgés de moins de 15 ans.

Les estimations sur les personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles ne sont pas désagrégées en fonction de l'identité de genre, et les estimations sur les personnes transgenres ou non binaires ne sont pas désagrégées en fonction de l'orientation sexuelle. Les données désagrégées pour les personnes qui sont pansexuelles ou qui ont une autre orientation sexuelle n'étaient pas disponibles.

Les problèmes de santé sous-jacents comprennent l'obésité, l'hypertension, avoir actuellement le cancer, les maladies du cœur, le diabète, la démence chez les personnes de 40 ans et plus, ou les séquelles d'un accident vasculaire cérébral. La population ne souffrant pas de problème de santé sous-jacent est calculée en tenant compte des catégories de non-réponse (« refus », « je ne sais pas », « sans objet » et « non déclaré »).

Dans la présente diffusion, lorsque deux estimations sont présentées comme étant différentes, cela signifie que la différence est statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % (valeur de p inférieure à 5 %).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les définitions et les méthodes d'enquête, veuillez consulter la page d'information sur l'enquête de Statistique Canada : [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes](#).

**Tableaux disponibles :** [13-10-0806-01](#) et [13-10-0809-01](#).

**Définitions, source de données et méthodes :** numéro d'enquête **3226**.

Le produit de visualisation « [La santé des Canadiens et la COVID-19 : tableau de bord interactif](#) », qui fait partie de *Statistique Canada – Produits de visualisation des données* ([71-607-X](#)), est maintenant accessible.

Pour obtenir plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec nous au 514-283-8300 ou composez sans frais le 1-800-263-1136 ([infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)), ou communiquez avec les Relations avec les médias ([statcan.mediahotline-ligneinfomedias.statcan@statcan.gc.ca](mailto:statcan.mediahotline-ligneinfomedias.statcan@statcan.gc.ca)).