

## Rapports sur la santé

# Statut d'immigrant et solitude chez les Canadiens âgés

par Dr Kamrul Islam et Heather Gilmour

Date de diffusion : le 21 juillet 2023



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- |   |                |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques                                    | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur   | 1-514-283-9350 |

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie 2023

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

*This publication is also available in English.*

---

# Statut d'immigrant et solitude chez les Canadiens âgés

par Dr Kamrul Islam et Heather Gilmour

**DOI:** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202300700001-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

La prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens est devenue une préoccupation importante en raison de ses conséquences plus vastes sur la santé et le bien-être. Toutefois, il existe peu d'études canadiennes sur la solitude qui sont désagrégées selon le genre et selon les divers sous-groupes de Canadiens âgés, en particulier les sous-groupes d'immigrants.

### Données et méthodologie

Les données de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020 ont été utilisées pour estimer la prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens âgés au sein d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale composé de 38 941 Canadiens de 65 ans ou plus. Le lien entre le statut d'immigrant et la solitude a été évalué au moyen d'une régression logistique multivariée corrigée en fonction des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et liées à la santé. Les analyses ont été effectuées pour les hommes et les femmes, ensemble et séparément.

### Résultats

En 2019-2020, on estime que 1,1 million de Canadiens âgés (19,2 %) ont connu la solitude et que les femmes étaient beaucoup plus susceptibles de se sentir seules que les hommes. Chez les hommes, les immigrants européens et non européens étaient plus susceptibles de connaître la solitude que la population née au Canada. Chez les femmes, la probabilité de connaître la solitude était plus élevée parmi les immigrantes européennes que parmi les personnes nées au Canada. Tant chez les hommes que chez les femmes, les immigrants arrivés à l'âge adulte (de 18 à 44 ans) et les immigrants de longue date (20 ans ou plus au Canada depuis l'immigration) présentaient un risque de solitude plus élevé que la population née au Canada. Les personnes qui présentaient une multimorbidité ou qui faisaient face à des obstacles à la participation sociale étaient plus susceptibles de se sentir seules.

### Interprétation

Les résultats soulignent l'importance de tenir compte des sous-groupes d'immigrants et du genre dans l'étude de la solitude chez les Canadiens âgés et lors de l'élaboration de politiques et de programmes pour lutter contre la solitude.

### Mots-clés

adultes âgés, solitude, statut d'immigrant, genre, vieillissement

## AUTEURS

Le docteur Kamrul Islam et Heather Gilmour travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

### *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- La prévalence du sentiment de solitude augmente chez les Canadiens. La solitude comporte un large éventail de conséquences négatives sur la santé et le bien-être individuels, y compris un risque plus élevé de mauvaise santé mentale, de morbidité, d'incapacité, de fragilisation et de mortalité.
- Les immigrants sont plus susceptibles de connaître la solitude que la population née au Canada. Toutefois, on en sait peu sur la mesure dans laquelle le risque de solitude varie d'un sous-groupe d'immigrants à l'autre (en fonction du pays d'origine, de l'âge à l'immigration et du temps écoulé depuis l'immigration) par rapport aux personnes nées au Canada.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de connaître la solitude, mais on en sait peu sur les différences selon le genre en matière de solitude chez les sous-groupes d'immigrants canadiens âgés.

### *Ce qu'apporte l'étude*

- On estime que 1 Canadien âgé sur 5 a connu la solitude en 2019-2020. Les femmes étaient considérablement plus susceptibles de se sentir seules que les hommes.
- Chez les hommes, les immigrants européens et non européens étaient plus susceptibles de connaître la solitude que la population née au Canada, tandis que chez les femmes, cela n'était le cas que des immigrantes européennes.
- Les immigrants arrivés au Canada à l'âge adulte (de 18 à 44 ans) étaient plus susceptibles de connaître la solitude que les personnes nées au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes. De même, les hommes et les femmes immigrants de longue date (20 ans ou plus au Canada depuis l'immigration) étaient plus susceptibles de se sentir seuls que la population née au Canada.
- Le risque de solitude était plus élevé chez les personnes qui présentaient une multimorbidité ou qui déclaraient faire face à des obstacles à la participation sociale que chez celles qui ne se trouvaient pas dans cette situation.

La prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens est devenue une préoccupation importante pour les décideurs et les planificateurs de programmes en raison de ses plus grandes conséquences sur la santé et le bien-être. Les personnes esseulées sont plus à risque d'avoir une mauvaise santé mentale et physique, notamment des niveaux plus élevés de stress, de dépression et d'anxiété<sup>1-3</sup>, et un risque plus élevé de morbidité, d'incapacité et de fragilisation<sup>1,4-5</sup>. Par exemple, à l'aide de données longitudinales, Davies et ses collaborateurs<sup>5</sup> ont révélé que les personnes âgées dont le niveau de solitude était moyen ou élevé présentaient un risque relatif de fragilisation plus élevé (1,6 fois et 2,6 fois, respectivement) que celles dont le niveau de solitude était faible. D'autres études ont démontré que le risque de décès est également plus élevé chez les personnes dont la participation sociale est rare<sup>6-7</sup> et qui connaissent la solitude<sup>8-9</sup>.

La solitude est définie comme la perception qu'ont les gens de la suffisance de leur réseau de relations sociales, sur le plan de la quantité ou de la qualité<sup>10</sup>. En 2021, environ 13,0 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré se sentir toujours ou souvent seuls, et les femmes présentaient des niveaux de solitude plus élevés que les hommes (15 % contre 11 %)<sup>3</sup>. Chez les personnes âgées (65 ans et plus), la prévalence du sentiment de solitude augmente avec l'âge<sup>3,5,11-12</sup> et peut être attribuable à des facteurs qui se rapportent plus particulièrement aux personnes âgées, comme les réseaux sociaux plus petits, la diminution des ressources financières, l'augmentation des

problèmes de santé chroniques et une mauvaise santé fonctionnelle.

Des travaux de recherche antérieurs ont permis d'établir des liens entre la solitude et des facteurs de risque modifiables et non modifiables, notamment les caractéristiques démographiques<sup>3,5,13-16</sup> et socioéconomiques<sup>14,16-18</sup>, l'état de santé<sup>14,17,19</sup> et la participation sociale<sup>20</sup>. Un nombre limité d'études a permis de déterminer que, parmi ces facteurs, les immigrants étaient plus susceptibles de connaître la solitude que la population née au Canada<sup>16</sup>, en particulier les adultes âgés<sup>10,21</sup>. Les immigrants peuvent être particulièrement vulnérables à la solitude en raison des perturbations de leur réseau social, des barrières linguistiques et du stress associé au fait de s'installer dans le pays d'accueil<sup>10,22</sup>. Comprendre le lien entre le statut d'immigrant et la solitude chez les Canadiens âgés est particulièrement pertinent, car les immigrants représentent 30 % de la population âgée de 65 ans ou plus, comparativement à 23 % de l'ensemble de la population<sup>23</sup>.

Wu et Penning<sup>21</sup> soulignent l'importance de reconnaître la diversité des expériences des immigrants tout au long de leur vie afin de mieux comprendre les facteurs associés à la solitude. Des études existantes ont indiqué que la solitude chez les immigrants peut différer selon la race ou l'ethnicité<sup>21</sup>, le temps passé dans le pays d'accueil<sup>16,21</sup>, l'âge à l'immigration<sup>21</sup>, la langue maternelle<sup>16</sup>, la similitude de la culture avec celle du pays d'accueil et le réseau social<sup>10</sup>.

Les différences selon le genre en matière de solitude sont bien documentées dans la littérature, mais les études antérieures n'ont pas permis d'examiner les liens entre le statut d'immigrant et la solitude des hommes et des femmes séparément<sup>10,16,21</sup>. La solitude chez les immigrants peut varier considérablement entre les hommes et les femmes en raison de divers facteurs, y compris les différences relatives au statut socioéconomique<sup>24</sup>, aux compétences linguistiques<sup>25</sup>, au sentiment d'appartenance à la communauté locale<sup>26</sup> et à l'état de santé<sup>27</sup>. Par conséquent, l'existence de différences dans la solitude vécue par les hommes et les femmes entre les sous-groupes d'immigrants, comparativement à la population née au Canada, n'est pas bien comprise.

Fondée sur des travaux de recherche antérieurs, la présente étude vise à évaluer la prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens âgés et les facteurs qui y sont associés, en mettant particulièrement l'accent sur les différences entre les sous-groupes d'immigrants en matière de solitude. Plus précisément, l'étude a traité séparément le lien entre la solitude et l'origine des immigrants (européens, non européens), l'âge à l'immigration et le temps écoulé depuis l'immigration. À partir du cadre conceptuel de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé<sup>28</sup> et la perspective de la trajectoire de vie<sup>29-30</sup>, les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et liées à la santé ont été prises en compte dans l'analyse multivariée. Les hommes et les femmes ont été analysés séparément afin d'examiner la mesure dans laquelle les facteurs associés à la solitude varient selon le genre parmi les sous-groupes d'immigrants. De plus, étant donné que la pandémie de COVID-19 a accru la solitude chez les personnes de toutes origines<sup>31</sup> et que la collecte des données s'étendait sur une période pré-pandémie et une période de restriction en lien avec la pandémie, l'association entre la COVID-19 et la solitude a été pris en compte dans cette analyse.

## Méthodologie

### Sources des données

Les données de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) de 2019-2020 ont été utilisées pour étudier la solitude chez les Canadiens âgés. L'ECSA est un supplément transversal de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui a permis de recueillir des renseignements détaillés sur l'état de santé, les services de soins de santé, les dispositions sociales et les déterminants sociaux de la santé. Les personnes vivant dans des réserves et d'autres communautés autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, la population vivant en établissement et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'ECSA de 2019-2020.

Les données ont été recueillies de janvier 2019 à décembre 2020, en marquant une pause de la mi-mars à septembre 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Au total, 41 635 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été

interviewées au moyen d'une combinaison d'interviews en personne et par téléphone. Le taux de réponse à l'ECSA de 2019-2020 a été de 40,1 %, et 90,8 % des répondants ont accepté que leurs réponses soient liées à l'ESCC. L'information détaillée de l'ECSA de 2019-2020 est disponible à l'adresse suivante :

[https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267).

### Échantillon de l'étude

Les questions du module sur la solitude n'ont pas été posées dans le cadre d'interviews par personne interposée et ont été exclues de l'analyse. Après cette exclusion, l'échantillon analytique de la présente étude était de 38 941 répondants âgés de 65 ans ou plus (16 522 hommes et 22 419 femmes), ce qui est représentatif des 5,9 millions de personnes vivant dans la collectivité dans les 10 provinces.

## Définitions

### Solitude

L'échelle de solitude à trois éléments<sup>32</sup> sert à mesurer la solitude d'une personne. Sur une échelle de Likert à trois points (à peu près jamais, parfois et souvent), les répondants ont répondu aux questions suivantes : « À quelle fréquence vous arrive-t-il...

- de ressentir un manque de compagnie?
- d'avoir l'impression d'être tenu à l'écart?
- d'éprouver le sentiment d'être isolé des autres? »

Des scores plus élevés indiquaient une plus grande solitude, tandis que la répartition était asymétrique vers les scores plus faibles. Les scores ont été dichotomisés de sorte que les répondants du quintile supérieur de la distribution de fréquences ont été classés comme éprouvant de la solitude<sup>33</sup>. Par conséquent, les participants qui ont répondu « parfois » à deux éléments ou plus ou « souvent » à un ou plusieurs éléments (donnant une note d'au moins 5) ont été codés comme étant « seuls ».

### Statut d'immigrant

Compte tenu de l'importance de l'origine ethnique, des compétences linguistiques et du contexte culturel dans l'examen de la solitude<sup>10</sup>, l'*origine des immigrants* a été classée en trois catégories selon le pays de naissance : les immigrants européens, les immigrants non européens et la population née au Canada. L'*âge à l'immigration* a été défini comme suit : les immigrants arrivés pendant l'enfance (moins de 18 ans), les immigrants arrivés à l'âge adulte (18 à 44 ans), les immigrants arrivés à un âge plus avancé (45 ans ou plus) et la population née au Canada. Le *temps écoulé depuis l'immigration* a été codé comme suit : les nouveaux immigrants (de 0 à 9 ans au Canada), les immigrants de moyenne date (de 10 à 19 ans au Canada) et les immigrants de longue date (20 ans ou plus au Canada).

Tableau 1

Pourcentage de personnes qui déclarent vivre de la solitude selon le genre et certaines caractéristiques contextuelles, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes et femmes			Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
<b>Globalement</b>	19,2	18,4	20,0	14,6	13,5	15,7	23,0 <sup>†</sup>	21,9	24,2
<b>Origine des immigrants</b>									
Immigrants européens	22,2 <sup>*</sup>	19,5	25,1	16,9	13,3	21,3	26,8 <sup>†*</sup>	23,1	30,9
Immigrants non européens	22,0 <sup>*</sup>	18,9	25,5	19,4 <sup>*</sup>	15,6	23,8	24,7	19,9	30,2
Population née au Canada <sup>**</sup>	18,2	17,4	18,9	13,3	12,3	14,3	22,2 <sup>†</sup>	21,2	23,3
<b>Âge à l'immigration</b>									
Immigrants arrivés dans l'enfance (moins de 18 ans)	21,7	17,7	26,3	16,7 <sup>E</sup>	11,3	23,9	25,9 <sup>†</sup>	20,1	32,6
Immigrants arrivés à l'âge adulte (18 à 44 ans)	23,1 <sup>*</sup>	20,3	26,1	19,2 <sup>*</sup>	15,9	23,0	26,9 <sup>†*</sup>	23,0	31,3
Immigrants arrivés à un âge plus avancé (45 ans ou plus)	17,6 <sup>E</sup>	12,6	24,0	16,0 <sup>E</sup>	9,5	25,9	19,2 <sup>E</sup>	12,3	28,7
Population née au Canada <sup>**</sup>	18,2	17,4	18,9	13,3	12,3	14,3	22,2 <sup>†</sup>	21,2	23,3
<b>Temps écoulé depuis l'immigration</b>									
Nouveaux immigrants (0 à 9 ans)	26,1 <sup>E</sup>	12,7	46,2	F	...	...	F	...	...
Immigrants de moyenne date (10 à 19 ans)	6,9 <sup>TE</sup>	3,6	12,8	F	...	...	F	...	...
Immigrants de longue date (20 ans ou plus)	22,6 <sup>*</sup>	20,3	25,0	18,4 <sup>*</sup>	15,6	21,6	26,6 <sup>†*</sup>	23,2	30,3
Population née au Canada <sup>**</sup>	18,2	17,4	18,9	13,3	12,3	14,3	22,2 <sup>†</sup>	21,2	23,3
<b>Groupe d'âge</b>									
65 à 74 ans <sup>**</sup>	19,0	18,0	20,1	14,7	13,3	16,1	23,0 <sup>†</sup>	21,5	24,5
75 à 84 ans	18,3	16,9	19,9	13,2	11,3	15,2	22,6 <sup>†</sup>	20,6	24,8
85 ans ou plus	22,7 <sup>*</sup>	20,3	25,4	19,1 <sup>*</sup>	15,2	23,7	24,8 <sup>†</sup>	21,7	28,3
<b>État matrimonial</b>									
Marié(e)s ou vivant en union libre	12,5 <sup>*</sup>	11,6	13,5	9,7 <sup>*</sup>	8,6	10,9	16,0 <sup>†*</sup>	14,6	17,6
Veufs ou veuves	30,9	29,0	32,8	33,4 <sup>*</sup>	29,5	37,6	30,2	28,1	32,4
Séparé(e)s ou divorcé(e)s	31,7	29,4	34,2	31,1 <sup>*</sup>	27,3	35,1	32,1	29,2	35,3
Célibataires, jamais marié(e)s <sup>**</sup>	28,5	25,4	31,8	24,6	20,9	28,7	31,5 <sup>†</sup>	26,7	36,7
<b>Niveau de scolarité</b>									
Sans études postsecondaires <sup>**</sup>	19,3	18,2	20,4	14,7	13,1	16,4	22,4 <sup>†</sup>	20,9	23,9
Études postsecondaires	19,1	18,0	20,3	14,6	13,3	16,2	23,6 <sup>†</sup>	22,0	25,3
<b>Quintile de revenu</b>									
Inférieur <sup>**</sup>	25,3	23,2	27,1	21,2	18,1	24,6	27,6 <sup>†</sup>	25,4	29,9
Intermédiaire-inférieur	21,6 <sup>*</sup>	19,9	23,4	16,2 <sup>*</sup>	13,9	18,9	25,4 <sup>†</sup>	23,1	27,8
Intermédiaire	17,8 <sup>*</sup>	16,2	19,6	13,2 <sup>*</sup>	11,2	15,5	21,7 <sup>†*</sup>	19,4	24,2
Intermédiaire-supérieur	16,0 <sup>*</sup>	14,5	17,7	14,0 <sup>*</sup>	11,9	16,4	18,2 <sup>†*</sup>	16,0	20,6
Supérieur	15,3 <sup>*</sup>	13,6	17,2	10,3 <sup>*</sup>	8,5	12,3	21,0 <sup>†*</sup>	18,1	24,2
<b>Multimorbidité</b>									
Oui	21,6 <sup>*</sup>	20,6	22,6	16,1 <sup>*</sup>	14,8	17,5	25,8 <sup>†*</sup>	24,5	27,2
Non <sup>**</sup>	13,1	11,9	14,5	11,2	9,6	13,1	15,1 <sup>†</sup>	13,2	17,1
<b>Obstacle à la participation sociale</b>									
Oui	38,0 <sup>*</sup>	35,9	40,3	29,9 <sup>*</sup>	26,7	33,3	43,1 <sup>†*</sup>	40,4	45,8
Non <sup>**</sup>	13,4	12,6	14,2	10,8	9,8	11,8	15,8 <sup>†</sup>	14,8	16,9
<b>Centre de population</b>									
Rural (moins de 1 000 habitants) <sup>**</sup>	16,5	15,5	17,6	13,3	11,9	14,9	19,7 <sup>†</sup>	18,1	21,3
Petit (1 000 à 29 999 habitants)	17,4	16,1	18,8	12,8	11,2	14,7	21,1 <sup>†</sup>	19,3	22,9
Moyen (30 000 à 99 999 habitants)	17,9	16,2	19,7	11,2	9,3	13,3	22,9 <sup>†*</sup>	20,5	25,5
Grand (100 000 habitants ou plus)	20,9 <sup>*</sup>	19,6	22,2	16,0 <sup>*</sup>	14,4	18,0	24,8 <sup>†*</sup>	23,0	26,8
<b>Moment de l'enquête</b>									
Avant les restrictions liées à la COVID-19	17,6	16,6	18,5	13,8	12,6	15,2	20,7 <sup>†</sup>	19,4	22,0
Pendant la pandémie de COVID-19	21,7 <sup>*</sup>	20,3	23,2	15,8	14,0	17,7	26,8 <sup>†*</sup>	24,8	29,0

... n'ayant pas lieu de figurer

\*\* catégorie de référence

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

† valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Note : Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs).

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

## Covariables

La sélection des covariables pour les analyses multivariées a été guidée par la littérature et la disponibilité des données de l'ECSCA et comprenait des variables démographiques, socioéconomiques et relatives à la santé qui sont associées à la

solitude. Parmi les trois catégories de genre disponibles dans l'ECSCA de 2019-2020 (hommes, femmes et diversité de genre), les deux premières catégories ont été utilisées pour la présente analyse et la troisième catégorie a été exclue en raison d'un très petit nombre de cas (inférieur à 10). L'âge a été classé en trois catégories : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans ou plus. L'état

*matrimonial* a été classé comme suit : marié(e)s ou vivant en union libre, veufs ou veuves, séparé(e)s ou divorcé(e)s, célibataires ou jamais marié(e)s.

Le *niveau de scolarité* des répondants a été classé selon qu'ils avaient fait des études postsecondaires ou non. Les quintiles de revenu des ménages ont été définis comme suit : inférieur, intermédiaire-inférieur, intermédiaire, intermédiaire-supérieur, supérieur.

La *multimorbidité* a été définie comme le fait de présenter deux maladies chroniques ou plus diagnostiquées par un professionnel de la santé et qui ont duré ou devraient durer au moins six mois. Ces maladies comprenaient l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'apnée du sommeil, la fibromyalgie, l'arthrite, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou l'hyperlipidémie, les maladies du cœur, l'accident vasculaire cérébral, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer, le syndrome de fatigue chronique, le trouble de l'humeur, le trouble anxieux, les problèmes de dos, les maladies rénales chroniques, les troubles intestinaux, l'incontinence urinaire, la maladie de Parkinson, les cataractes, le glaucome, la rétinopathie diabétique, la

dégénérescence maculaire liée à l'âge et le syndrome de stress post-traumatique.

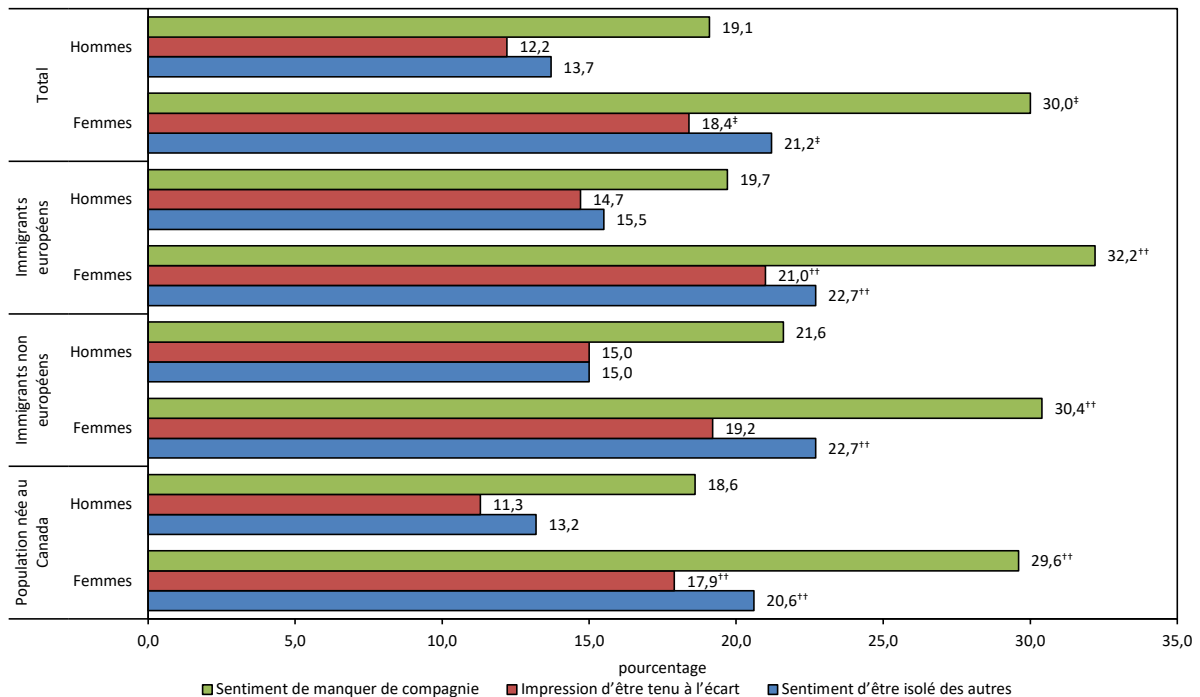
Les *obstacles à la participation sociale* étaient fondés sur la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe? » (oui ou non). Selon la classification des *centres de population* de Statistique Canada<sup>34</sup>, quatre catégories ont été utilisées : les régions rurales (moins de 1 000 personnes), les petits centres de population (de 1 000 à 29 999), les centres de population moyens (30 000 à 99 999) et les grands centres urbains (100 000 ou plus).

Le *moment de l'enquête* était fondé sur la période de collecte de l'enquête et a été codé comme suit : « avant les restrictions liées à la COVID-19 (de janvier à décembre 2019 et de janvier à mars 2020) » et « pendant la pandémie de COVID-19 (de septembre à décembre 2020) ».

**Techniques d'analyse**

Des pourcentages pondérés et des totalisations croisées ont été calculés pour examiner les estimations relatives à la solitude chez les Canadiens âgés. Une régression logistique multivariée

**Figure 1**  
**Pourcentage de Canadiens âgés selon le pays d'origine qui ont déclaré avoir parfois ou souvent ressenti un manque de compagnie, eu l'impression d'être tenus à l'écart et éprouvé le sentiment d'être isolé des autres, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020**



<sup>‡</sup> pour l'ensemble de la population étudiée, valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p < 0,05)

<sup>‡\*</sup> au sein de chaque catégorie de statut d'immigrant, valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p < 0,05)

**Notes :** Parmi les Canadiens âgés, on estime que 1,5 million a déclaré avoir parfois ou souvent ressenti un manque de compagnie (25,0 %), que 0,9 million a eu l'impression d'être tenu à l'écart (15,6 %) et que 1,0 million a éprouvé le sentiment d'être isolé des autres (17,7 %). Les différences relatives aux sentiments de manquer de compagnie, d'être tenu à l'écart et d'être isolé des autres n'étaient pas statistiquement significatives entre les hommes et les femmes immigrants européens et non européens par rapport à leurs homologues respectifs nés au Canada.

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

a été utilisée pour évaluer le lien entre le statut d'immigrant et la solitude, après la prise en compte des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et liées à la santé ainsi que du moment de l'enquête. Des facteurs d'inflation de la variance inférieurs au seuil acceptable de 2,0 indiquent que la multicollinéarité ne pose pas de problème pour les variables comprises dans les analyses multivariées. Les analyses ont été présentées pour les hommes et les femmes, ensemble et séparément. Les sous-groupes d'immigrants examinés comprennent le pays de naissance, l'âge à l'immigration et le temps écoulé depuis l'immigration; ceux-ci ont été évalués au moyen de modèles multivariés distincts. Les rapports de cotes ajustés pour toutes les covariables sont présentés pour le modèle, y compris le pays de naissance. Les modèles relatifs à l'âge à l'immigration et au temps écoulé depuis l'immigration servent de contrôle pour toutes les mêmes covariables (avec des

résultats semblables), mais, par souci de concision, les tableaux ne présentent que les rapports de cotes ajustés pour le sous-groupe d'immigrants et le genre. Les estimations descriptives de la solitude étaient fondées sur l'*analyse des cas disponibles* (nombre de cas inégal selon le statut d'immigrant et les covariables). Les estimations de la régression logistique ont été calculées en fonction d'une *analyse complète des cas*, un nombre égal de cas selon le statut d'immigrant et les covariables obtenu après suppression des cas manquants d'après une liste. Les pourcentages de cas manquants dans les variables sélectionnées étaient très faibles, allant de 0,1 % (état matrimonial) à 1,2 % (niveau de scolarité).

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour les analyses afin de s'assurer que les estimations étaient représentatives de la population. Des poids bootstrap ont été appliqués

**Tableau 2**  
**Rapports de cotes corrigés du sentiment de solitude selon le pays d'origine, en tenant compte de certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020**

Caractéristiques	Hommes et femmes		Hommes			Femmes			
	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de à	
<b>Origine des immigrants</b>									
Immigrants européens	1,3 *	1,1	1,6	1,4 *	1,0	1,9	1,3 *	1,0	1,6
Immigrants non européens	1,5 *	1,2	1,8	1,9 *	1,4	2,7	1,2	0,9	1,6
Population née au Canada**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Genre</b>									
Hommes**	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Femmes	1,2 *	1,1	1,4	...	...	...	...	...	...
<b>Groupe d'âge</b>									
65 à 74 ans**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
75 à 84 ans	0,8 *	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	0,8 *	0,6	0,9
85 ans ou plus	0,8 *	0,7	1,0	1,0	0,7	1,5	0,7 *	0,6	0,9
<b>État matrimonial</b>									
Marié(e)s ou vivant en union libre	0,4 *	0,3	0,5	0,3 *	0,2	0,4	0,4 *	0,3	0,5
Veufs ou veuves	1,1	0,9	1,4	1,5 *	1,1	2,2	1,1	0,8	1,4
Séparé(e)s ou divorcé(e)s	1,1	0,9	1,3	1,2	0,9	1,6	1,0	0,7	1,2
Célibataires, jamais marié(e)s**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Niveau de scolarité</b>									
Sans études postsecondaires**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Études postsecondaires	1,0	0,9	1,2	1,0	0,8	1,3	1,0	0,9	1,2
<b>Quintile de revenu</b>									
Inférieur**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Intermédiaire-inférieur	1,0	0,9	1,2	1,0	0,7	1,3	1,0	0,9	1,2
Intermédiaire	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,2	0,9	0,7	1,1
Intermédiaire-supérieur	0,8 *	0,7	1,0	1,0	0,7	1,3	0,7 *	0,6	0,9
Supérieur	0,8 *	0,7	1,0	0,7 *	0,5	1,0	0,9	0,7	1,2
<b>Multimorbidité</b>									
Oui	1,6 *	1,4	1,9	1,5 *	1,2	1,8	1,8 *	1,5	2,2
Non**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Obstacle à la participation sociale</b>									
Oui	3,8 *	3,4	4,3	3,6 *	2,9	4,5	3,9 *	3,4	4,5
Non**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Centre de population</b>									
Rural (moins de 1 000 habitants)**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Petit (1 000 à 29 999 habitants)	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	1,1	1,0	0,8	1,2
Moyen (30 000 à 99 999 habitants)	0,9	0,7	1,0	0,7 *	0,5	0,9	1,0	0,8	1,2
Grand (100 000 habitants ou plus)	1,0	0,9	1,2	1,0	0,8	1,2	1,1	0,9	1,3
<b>Moment de l'enquête</b>									
Avant les restrictions liées à la COVID-19**	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Pendant la pandémie de COVID-19	1,2 *	1,0	1,3	1,1	0,9	1,3	1,2 *	1,0	1,4

... n'ayant pas lieu de figurer

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

\*\* catégorie de référence

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.



(1 000 itérations) pour l'estimation des erreurs-types, du coefficient de variation et des intervalles de confiance afin de tenir compte du plan complexe de l'ECSCA<sup>35</sup>. Le seuil de signification alpha a été établi à 0,05. Les analyses ont été effectuées dans SAS 9.4 et dans SUDAAN 11.0.3.

## Résultats

### Caractéristiques de la population étudiée

Le quart de la population étudiée (25,7 %) était composée d'immigrants (12,8 % européens et 12,9 % non européens), 23,0 % des Canadiens âgés étaient des immigrants de longue date (arrivés il y a 20 ans ou plus) et 16,0 % des Canadiens âgés étaient des immigrants arrivés au Canada à l'âge adulte. La majorité de la population étudiée (61,5 %) était âgée de 65 à 74 ans, environ les deux tiers (63,6 %) étaient mariés ou vivaient en union libre, 57,0 % avaient fait des études postsecondaires, 71,3 % présentaient une multimorbidité et environ le quart (23,3 %) avaient déclaré des obstacles à la participation sociale. Plus de la moitié d'entre eux (54,6 %) vivaient dans de grands centres de population. La majorité d'entre eux (61,6 %) ont été interviewés avant la mise en place des restrictions liées à la COVID-19 et les autres (38,4 %) ont été interviewés pendant la pandémie (annexe A).

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être nées au Canada, d'être âgées de 85 ans ou plus, d'être veuves, séparées ou divorcées, de faire partie des quintiles de revenu inférieurs et de déclarer une multimorbidité et des obstacles à la participation sociale. Elles étaient moins susceptibles d'être des immigrantes non européennes, d'être des immigrantes ayant migré à l'âge adulte, d'être des immigrantes de longue date ou d'avoir fait des études postsecondaires (annexe A).

### Prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens âgés

Selon l'ECSCA de 2019-2020, on estime que 1,1 million de Canadiens âgés (19,2 %) ont connu la solitude. Les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de s'être senties seules (23,0 % par rapport à 14,6 %) (tableau 1). Dans l'ensemble, les immigrants européens et non européens étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer avoir connu la solitude que la population née au Canada, tout comme les immigrants arrivés à l'âge adulte ou ceux de longue date.

Les estimations selon le genre ont révélé que chez les hommes, la prévalence du sentiment de solitude était beaucoup plus élevée chez les immigrants non européens (19,4 %) que chez ceux nés au Canada (13,3 %). En revanche, chez les femmes, la prévalence du sentiment de solitude était beaucoup plus élevée chez les immigrantes européennes (26,8 %) qu'au sein de la population née au Canada (22,2 %). Les femmes étaient nettement plus susceptibles que les hommes de connaître la solitude, qu'elles soient nées au Canada ou qu'elles fassent partie de plusieurs sous-groupes d'immigrants, à savoir les immigrantes européennes, les immigrantes arrivées pendant l'enfance (moins de 18 ans), les immigrantes arrivées à l'âge adulte (de 18 à 44 ans) et les immigrantes de longue date (tableau 1).

Comme le montre la figure 1, les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la proportion de personnes qui ont répondu « parfois » ou « toujours » aux trois questions de l'échelle de solitude étaient semblables pour l'ensemble de la population étudiée. De plus, dans les trois catégories d'origine des immigrants, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de donner chacune des réponses ci-dessus, à une exception près : les immigrants non européens qui ont

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés du sentiment de solitude selon l'âge à l'immigration, en tenant compte de certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes et femmes		Hommes			Femmes			
	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
<b>Âge à l'immigration</b>									
Immigrants arrivés dans l'enfance (moins de 18 ans)	1,3	1,0	1,6	1,4	0,8	2,3	1,2	0,9	1,6
Immigrants arrivés à l'âge adulte (18 à 44 ans)	1,6 *	1,3	1,9	1,8 *	1,3	2,3	1,4 *	1,1	1,8
Immigrants arrivés à un âge plus avancé (45 ans ou plus)	1,0	0,6	1,6	1,5	0,7	3,2	0,7	0,4	1,3
Population née au Canada <sup>††</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Genre</b>									
Hommes <sup>††</sup>	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Femmes	1,2 *	1,1	1,4	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

†† catégorie de référence

**Note :** Tous les modèles sont également corrigés en fonction de l'âge du répondant, de son état matrimonial, de son niveau de scolarité, du quintile de revenu de son ménage, de la présence de multimorbidité et d'obstacles à la participation sociale, du centre de population et du moment de l'enquête; les résultats pour ces covariables sont identiques à ceux du tableau 2.

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

déclaré avoir l'impression d'être tenus à l'écart (figure 1). De même, tant chez les immigrants arrivés à l'âge adulte que chez les immigrants de longue date, les femmes ont choisi beaucoup plus souvent chacune des réponses ci-dessus (annexes B et C).

Plusieurs autres covariables ont été associées de façon significative à la solitude. Dans l'ensemble de la population étudiée, les personnes âgées de 85 ans ou plus étaient beaucoup plus susceptibles de se sentir seules (22,7 %) que celles âgées de 65 à 74 ans (19,0 %). Toutefois, les hommes (mais pas les femmes) du groupe d'âge le plus âgé étaient plus susceptibles de se sentir seuls que ceux du groupe d'âge le plus jeune. Les hommes et les femmes qui étaient mariés ou vivaient en union libre étaient moins susceptibles de se sentir seuls que ceux qui étaient célibataires ou n'avaient jamais été mariés. La multimorbidité et les obstacles à la participation sociale étaient associés de façon significative à la solitude tant chez les hommes que chez les femmes. Les femmes étaient également plus susceptibles de se sentir seules pendant la pandémie de COVID-19 (26,8 %) qu'avant la mise en place des restrictions liées à la COVID-19 (20,7 %) (tableau 1).

## Résultats multivariés

### *Origine des immigrants et solitude*

Dans l'ensemble de la population étudiée, les immigrants européens et non européens présentaient une cote de solitude (1,3 et 1,5, respectivement) plus élevée que la population née au Canada, même en tenant compte des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, de l'état de santé et du moment de l'enquête. Les femmes étaient 1,2 fois plus susceptibles de connaître la solitude que les hommes (IC à 95 % : 1,1 à 1,4) (tableau 2).

L'analyse comparative entre les hommes et les femmes a révélé que chez les hommes, tant les immigrants européens que non européens étaient plus susceptibles de déclarer de la solitude (1,4 et 1,9, respectivement) que ceux nés au Canada. Chez les femmes, les immigrantes européennes étaient 1,3 fois plus susceptibles de déclarer avoir connu la solitude que la population née au Canada (IC à 95 % : 1,0 à 1,6) dans les modèles entièrement corrigés.

### *Âge à l'immigration et solitude*

Dans l'ensemble de la population étudiée, les immigrants arrivés au pays à l'âge adulte étaient 1,6 fois plus susceptibles de connaître la solitude (IC à 95 % : 1,3 à 1,9) que les personnes nées au Canada après correction pour tenir compte des autres facteurs qui influencent la solitude. Tant chez les hommes que chez les femmes, les immigrants arrivés à l'âge adulte étaient plus à risque de vivre de la solitude que leurs pairs nés au Canada (tableau 3).

### *Temps écoulé depuis l'immigration et solitude*

Dans l'ensemble de la population étudiée, les immigrants de moyenne date étaient 0,3 fois moins susceptibles de connaître la solitude (IC à 95 % : 0,2 à 0,7) que les personnes nées au

Canada. En revanche, la probabilité de connaître la solitude était 1,4 fois plus élevée chez les immigrants de longue date (IC à 95 % : 1,2 à 1,7) qu'au sein de la population née au Canada. La probabilité plus faible de connaître la solitude chez les immigrants de moyenne date que chez les personnes nées au Canada était significative pour les femmes, mais pas pour les hommes. En revanche, le risque plus élevé de connaître la solitude chez les immigrants de longue date était significatif tant chez les hommes que chez les femmes, par rapport à leurs homologues respectifs nés au Canada (tableau 4).

### *Résultats multivariés relatifs aux covariables*

Dans l'ensemble de la population étudiée, contrairement au résultat bivarié, les cohortes plus âgées (de 75 à 84 ans et de 85 ans ou plus) étaient moins susceptibles de déclarer avoir connu la solitude que celle de 65 à 74 ans lorsque les covariables de contrôle étaient prises en compte. Dans le cadre de l'analyse comparative entre les hommes et les femmes, la plus faible probabilité de solitude chez les cohortes plus âgées était significative seulement chez les femmes. Les hommes et les femmes mariés ou vivant en union libre étaient moins susceptibles de se sentir seuls que ceux qui étaient célibataires ou n'avaient jamais été mariés. En revanche, le risque de solitude était plus grand chez les hommes veufs que chez les hommes célibataires ou jamais mariés (tableau 2).

Dans l'ensemble, les risques de connaître la solitude étaient plus élevés chez les personnes qui présentaient une multimorbidité ou qui faisaient face à des obstacles à la participation sociale, tant chez les hommes que chez les femmes. Enfin, les femmes étaient plus susceptibles de se sentir seules pendant la pandémie de COVID-19 (de septembre à décembre 2020) qu'avant la mise en place des restrictions liées à la COVID-19 (de janvier 2019 à mars 2020). Les résultats multivariés relatifs aux covariables des tableaux 3 et 4 (non présentées) étaient également semblables à ceux du tableau 2.

## Discussion

Selon l'ECSA de 2019-2020, on estime que 1,1 million de Canadiens âgés (19,2 %) ont connu la solitude. Cela concorde avec les résultats d'une étude antérieure qui s'est appuyée sur une échelle semblable pour mesurer la solitude chez les Canadiens âgés<sup>33</sup>. Dans la présente étude, parmi les facteurs démographiques, socioéconomiques et liés à la santé pris en compte, l'accent a été mis particulièrement sur les différences selon les sous-groupes d'immigrants et leur genre.

Étant donné que les immigrants ne forment pas un groupe homogène, ils ont été catégorisés en fonction de leur pays de naissance, de leur âge à l'immigration et du temps écoulé depuis l'immigration et examinés dans des modèles distincts. La présente étude a permis de déceler un risque de solitude beaucoup plus élevé tant chez les hommes que chez les femmes pour les immigrants européens, chez les hommes immigrants non européens ainsi que chez les hommes et les femmes arrivés à l'âge adulte ou depuis longtemps. Le risque plus élevé de

solitude chez les immigrants par rapport à la population née au Canada relevé dans l'étude concorde avec les résultats d'études précédentes<sup>10,21</sup>.

Parmi les facteurs non examinés dans la présente étude qui pourraient expliquer le risque plus élevé de solitude chez les immigrants figurent l'insatisfaction à l'égard de la fréquence des communications avec des parents et des amis, le faible sentiment d'appartenance à la collectivité locale et le fait d'avoir moins d'amis ayant la même langue maternelle<sup>10</sup>. De plus, des niveaux plus faibles de soutien social chez les immigrants peuvent entraîner des niveaux plus élevés de solitude, comparativement à la population née au Canada<sup>33,36</sup>. Les immigrants sont plus susceptibles de présenter des niveaux de soutien social plus faibles en raison de perturbations de leur réseau social et de défis liés à l'établissement de liens d'amitié dans un nouveau pays<sup>10,37</sup>. De plus, les sentiments de discrimination perçue du fait d'être un immigrant ou d'appartenir à une minorité ethnique<sup>38</sup>, un risque plus élevé de mauvaise santé mentale<sup>39</sup> et un taux de satisfaction à l'égard de la vie plus faible<sup>24,40</sup> que la population du pays d'accueil peuvent constituer l'un des facteurs potentiels.

La présente étude visait à mieux comprendre les différences selon le genre dans l'association entre les sous-groupes d'immigrants et la solitude au Canada. Dans l'analyse à variables multiples, la différence de solitude entre les immigrants non européens et la population née au Canada n'était pas significative pour les femmes. L'association étant presque significative, il est possible que la taille de l'échantillon ait limité l'efficacité statistique. Par ailleurs, cela peut être lié au fort sentiment de responsabilité filiale chez les immigrants non européens, en particulier chez les Asiatiques. La *piété filiale* (respect des aînés) est une valeur commune chez les immigrants asiatiques, qui considèrent normal de prendre soin de leurs parents<sup>41-42</sup>. Pour cette raison, il se pourrait que les soins et le soutien accrus reçus de la part des enfants rendent les

immigrantes âgées non européennes moins vulnérables à la solitude. Plus de la moitié des immigrants non européens (55,6 %) parmi les Canadiens âgés étaient des immigrants asiatiques.

Le constat concernant le risque plus élevé de solitude chez les immigrants arrivés au Canada à l'âge adulte, comparativement aux personnes nées au Canada, fait écho à la théorie du parcours de vie, qui laisse entendre que la même transition peut avoir une incidence différente sur la santé et le bien-être selon le moment où cela se produit au cours de la vie d'une personne. Par exemple, migrer vers un autre pays à l'âge adulte (18 à 44 ans) peut être plus stressant que de migrer pendant l'enfance (0 à 17 ans) ou pendant la force de l'âge jusqu'à plus tard dans la vie (45 ans ou plus). L'incidence cumulative du stress associé au fait de s'installer dans un nouveau pays, de s'établir sur le marché du travail, de développer un réseau social et de surmonter les barrières linguistiques et culturelles dans le pays d'accueil, peut entraîner une plus grande solitude chez les immigrants arrivés à l'âge adulte. En revanche, les immigrants arrivés pendant l'enfance reçoivent leur éducation dans le pays d'accueil tout en vivant avec leur famille et sont mieux placés pour développer leurs réseaux sociaux, ce qui peut les rendre moins vulnérables à la solitude plus tard dans la vie. De même, les immigrants arrivés à un âge plus avancé (45 ans ou plus) peuvent également être moins vulnérables à la solitude s'ils ont été admis en tant qu'immigrants de la catégorie du regroupement familial, ce qui peut protéger contre la solitude plus tard dans la vie<sup>43</sup>.

La plus faible probabilité de solitude chez les immigrants de moyenne date et la plus forte probabilité de solitude chez les immigrants de longue date, comparativement à la population née au Canada, confirme la validité de l'*hypothèse de l'immigrant en bonne santé*, selon laquelle les immigrants sont en meilleure santé physique et mentale que la population du pays d'accueil au moment de leur immigration, mais leur

**Tableau 4**  
Rapports de cotes ajustés du sentiment de solitude selon le temps écoulé depuis l'immigration, en tenant compte de certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes et femmes			Hommes			Femmes		
	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à
<b>Temps écoulé depuis l'immigration</b>									
Nouveaux immigrants (0 à 9 ans)	1,8	0,5	6,1	5,1	0,8	34,0	0,9	0,2	3,4
Immigrants de moyenne date (10 à 19 ans)	0,3 *	0,2	0,7	0,5	0,2	1,4	0,2 *	0,1	0,7
Immigrants de longue date (20 ans ou plus)	1,4 *	1,2	1,7	1,6 *	1,3	2,1	1,3 *	1,1	1,6
Population née au Canada <sup>††</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Genre</b>									
Hommes <sup>††</sup>	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Femmes	1,2 *	1,1	1,4	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

†† catégorie de référence

**Note :** Tous les modèles sont également corrigés en fonction de l'âge du répondant, de son état matrimonial, de son niveau de scolarité, du quintile de revenu de son ménage, de la présence de multimorbidité et d'obstacles à la participation sociale, du centre de population et du moment de l'enquête; les résultats pour ces covariables sont identiques à ceux du tableau 2.

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

avantage sur le plan de la santé commence à se dissiper à mesure qu'augmente la durée de leur séjour dans le pays d'accueil<sup>44-45</sup>. Les différences en matière de solitude entre les sous-groupes d'immigrants par rapport aux personnes nées au Canada peuvent être liées à d'autres facteurs non compris dans le modèle, comme la connaissance de la langue, le pays d'origine et la race. Conformément aux résultats de la présente étude, Wu et Penning<sup>21</sup> ont également relevé un effet non linéaire de la durée du séjour au Canada sur la solitude chez les immigrants; il y avait un lien négatif avec la durée plus courte et un lien positif avec une durée plus longue.

La solitude était plus répandue chez les femmes que chez les hommes, ce qui correspond à la plupart des études précédentes<sup>46-48</sup>, mais pas toutes<sup>17,49-50</sup>. Du point de vue du parcours de vie, le risque plus élevé de solitude chez les femmes à la fin de leur vie peut également être attribué à l'effet cumulatif des trajectoires de vie, y compris l'occurrence et le moment des transitions familiales (p. ex. le début de la vie commune, la parentalité, la stabilité conjugale)<sup>51-53</sup> et les difficultés éprouvées de l'enfance à l'âge mûr, comme l'absence de relations sociales adéquates, les difficultés économiques<sup>54-55</sup> et le fardeau de prendre soin d'un conjoint handicapé<sup>56</sup>.

Le lien entre la solitude et la multimorbidité est également bien documenté dans la littérature, tant chez les hommes que chez les femmes<sup>57-59</sup>. Selon Stickley et Koyanagi<sup>58</sup>, le lien entre la solitude et la multimorbidité est grandement influencé par des événements stressants de la vie, l'anxiété et la dépression. De plus, la présence de certains problèmes de santé chroniques (p. ex. l'incontinence urinaire) peut également constituer un obstacle à une plus grande participation sociale, ce qui peut accroître la solitude chez les personnes âgées<sup>14</sup>.

Conformément à des travaux de recherche précédents<sup>11,21,33,60</sup>, un lien a été observé dans la présente étude entre un risque plus élevé de solitude chez les Canadiens âgés et des obstacles à la participation sociale, tant chez les hommes que chez les femmes. Gilmour<sup>33</sup>, par exemple, a remarqué que la participation fréquente à des activités sociales était associée à une plus faible prévalence du sentiment de solitude chez les Canadiens âgés. Dans cette étude, parmi les obstacles à la participation à des activités sociales figuraient les problèmes de santé, les responsabilités personnelles et familiales, l'absence de compagnie, le coût, l'absence d'activités dans la région et les problèmes de transport.

Enfin, le risque plus élevé de solitude chez les femmes au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, comparativement à la période avant la mise en place des restrictions liées à la COVID-19, concorde avec les preuves croissantes de différences selon le genre dans la solitude pendant la pandémie<sup>15,31</sup>. Le risque plus élevé de solitude chez les femmes pendant la pandémie peut également être associé à leur plus grande inquiétude au sujet de la pandémie<sup>15</sup>, à la charge accrue de leur rôle de soignante<sup>61</sup> et à leur plus grand respect des restrictions liées à la distanciation physique<sup>62</sup>.

## Points forts et limites

La présente étude comporte un certain nombre de points forts, y compris l'utilisation d'une source de données canadiennes récente et représentative à l'échelle nationale composée d'un vaste échantillon de Canadiens âgés, ce qui permet l'inclusion d'un large éventail de covariables. L'analyse du pays de naissance, de l'âge à l'immigration et du temps écoulé depuis l'immigration a permis de mieux comprendre les différences relatives à la solitude parmi les sous-groupes d'immigrants, comparativement à la population née au Canada. Des analyses ont été menées séparément pour les hommes et les femmes afin de mieux mettre en lumière la différence selon le genre en ce qui concerne les facteurs associés à la solitude chez les sous-groupes d'immigrants. L'étude fournit de nouvelles données probantes sur les répercussions de la COVID-19 sur la solitude chez les Canadiens âgés. L'effet d'interaction entre le statut d'immigrant et le moment de l'enquête sur la solitude a été testé dans l'analyse, mais aucune différence significative n'a été constatée.

Néanmoins, la présente étude comporte certaines limites. Premièrement, l'ECSA de 2019-2020 exclut l'information sur les Canadiens âgés vivant en établissements institutionnels comme les établissements de soins de longue durée et de soins infirmiers qui peuvent être plus susceptibles de connaître la solitude. Deuxièmement, la collecte des données de l'ECSA de 2019-2020 a été interrompue en raison de la pandémie de COVID-19 et l'impossibilité de mener des interviews en personne pendant la pandémie a entraîné une baisse des taux de réponse. Des facteurs de pondération ont été utilisés dans les analyses pour réduire au minimum tout biais potentiel pouvant être causé par de faibles taux de réponse. Toutefois, l'augmentation des taux de non-réponse peut avoir une incidence sur les estimations (p. ex. l'augmentation de la variance totale) produites à l'aide des données d'enquête<sup>63</sup>. Troisièmement, malgré la taille considérable de l'échantillon, il n'a pas été possible de procéder à d'autres analyses désagrégées de la solitude parmi les sous-groupes d'immigrants selon l'âge et le genre. De même, il n'a pas été possible de ventiler les données en fonction de groupes de population d'intérêt, notamment selon l'orientation sexuelle ou la diversité de genre. Quatrièmement, les données sur le type d'immigrant (les immigrants de la catégorie économique, les immigrants de la catégorie du regroupement familial ou les réfugiés) n'étaient pas disponibles. Enfin, il n'a pas été possible de catégoriser davantage les immigrants provenant de pays dont la culture ou la langue est semblable à celle du Canada (p. ex. Royaume-Uni, Irlande, France, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande) en raison du nombre relativement faible de répondants de chaque pays. La variable relative aux compétences linguistiques n'a pas été incluse dans l'analyse en raison de la taille insuffisante de l'échantillon dans certaines catégories, comme celle des personnes ne parlant ni le français ni l'anglais. La situation des particuliers ne faisait pas partie de l'analyse en raison d'une corrélation plus élevée avec l'état matrimonial.

## Conclusion

Selon l'ECSA de 2019-2020, environ 1 Canadien âgé sur 5 a connu la solitude et les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Les immigrants en particulier étaient plus susceptibles de connaître la solitude que les personnes nées au Canada et le risque varie considérablement selon le statut d'immigrant. Comprendre quels groupes de Canadiens âgés sont les plus susceptibles de connaître la solitude peut aider à élaborer des programmes visant à réduire les conséquences négatives de la

solitude sur la santé. Les résultats de la présente étude soulignent l'importance de tenir compte du pays d'origine, de l'âge à l'immigration, du temps écoulé depuis l'immigration et du genre pour évaluer la solitude chez les Canadiens âgés. De plus, les personnes qui présentaient une multimorbidité et celles qui faisaient face à des obstacles à la participation sociale présentaient un plus grand risque de solitude, ce qui indique des domaines à cibler pour les interventions.

## Annexe A

### Répartition en pourcentage pondéré des répondants selon certaines caractéristiques contextuelles, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes et femmes				Hommes				Femmes			
	Nombre		Intervalle de confiance à 95 %		Nombre		Intervalle de confiance à 95 %		Nombre		Intervalle de confiance à 95 %	
	(en milliers)	%	de	à	(en milliers)	%	de	à	(en milliers)	%	de	à
<b>Origine des immigrants</b>												
Immigrants européens	753	12,8	12,1	13,6	352	13,1	12,0	14,2	401	12,6	11,7	13,6
Immigrants non européens	757	12,9	11,9	13,9	380	14,1	12,7	15,6	377	11,9 <sup>‡</sup>	10,6	13,2
Population née au Canada	4 366	74,3	73,2	75,4	1 963	72,8	71,3	74,4	2 403	75,5 <sup>‡</sup>	74,1	76,9
<b>Âge à l'immigration</b>												
Immigrants arrivés dans l'enfance (moins de 18 ans)	307	5,2	4,8	5,8	141	5,3	4,5	6,1	166	5,3	4,6	6,0
Immigrants arrivés à l'âge adulte (18 à 44 ans)	932	16,0	15,2	16,9	462	17,3	16,0	18,6	470	15,0 <sup>‡</sup>	13,8	16,2
Immigrants arrivés à un âge plus avancé (45 ans ou plus)	216	3,7	3,2	4,3	111	4,1	3,4	5,0	106	3,4	2,6	4,2
Population née au Canada	4 366	75,0	73,9	76,1	1 963	73,3	71,8	74,9	2 403	76,4 <sup>‡</sup>	75,0	77,8
<b>Temps écoulé depuis l'immigration</b>												
Nouveaux immigrants (0 à 9 ans)	49	0,8 <sup>E</sup>	0,6	1,2	23	0,9 <sup>E</sup>	0,5	1,4	26	0,8 <sup>‡</sup>	0,5	1,4
Immigrants de moyenne date (10 à 19 ans)	68	1,2	0,9	1,6	39	1,5 <sup>E</sup>	1,0	2,2	29	0,9 <sup>‡</sup>	0,6	1,4
Immigrants de longue date (20 ans ou plus)	1 339	23,0	22,0	24,0	651	24,3	22,9	25,9	687	21,8 <sup>‡</sup>	20,5	23,2
Population née au Canada	4 366	75,0	73,9	76,1	1 963	73,3	71,8	74,9	2 403	76,4 <sup>‡</sup>	75,0	77,8
<b>Groupe d'âge</b>												
65 à 74 ans	3 622	61,5	61,0	61,9	1 728	64,0	63,4	64,5	1 894	59,4 <sup>‡</sup>	58,8	59,9
75 à 84 ans	1 719	29,2	28,9	29,5	772	28,6	28,1	29,1	947	29,7 <sup>‡</sup>	29,2	30,2
85 ans ou plus	550	9,3	9,0	9,7	201	7,4	7,0	7,9	349	10,9 <sup>‡</sup>	10,5	11,4
<b>État matrimonial</b>												
Marié(e)s ou vivant en union libre	3 744	63,6	62,7	64,5	2 054	76,1	75,0	77,2	1 690	53,0 <sup>‡</sup>	51,7	54,4
Veufs ou veuves	1 070	18,2	17,5	18,9	216	8,0	7,3	8,7	854	26,8 <sup>‡</sup>	25,8	27,8
Séparé(e)s ou divorcé(e)s	658	11,2	10,6	11,7	248	9,2	8,5	9,9	410	12,9 <sup>‡</sup>	12,1	13,6
Célibataires, jamais marié(e)s	414	7,0	6,5	7,6	181	6,7	6,1	7,3	233	7,3	6,6	8,1
<b>Niveau de scolarité</b>												
Sans études postsecondaires	2 482	43,0	42,0	44,0	999	37,7	36,3	39,2	1 483	47,4 <sup>‡</sup>	46,2	48,7
Études postsecondaires	3 292	57,0	56,0	58,0	1 648	62,3	60,8	63,7	1 644	52,6 <sup>‡</sup>	51,3	53,8
<b>Quintile de revenu</b>												
Inférieur	1 170	19,9	19,1	20,7	451	16,7	15,5	17,9	719	22,6 <sup>‡</sup>	21,5	23,6
Intermédiaire-inférieur	1 164	19,8	19,0	20,5	477	17,7	16,6	18,7	687	21,5 <sup>‡</sup>	20,5	22,6
Intermédiaire	1 170	19,9	19,1	20,7	527	19,5	18,4	20,6	643	20,2 <sup>‡</sup>	19,1	21,3
Intermédiaire-supérieur	1 198	20,3	19,5	21,1	620	23,0	21,7	24,2	578	18,1 <sup>‡</sup>	17,1	19,1
Supérieur	1 189	20,2	19,3	21,1	626	23,2	21,9	24,5	563	17,6 <sup>‡</sup>	16,6	18,7
<b>Multimorbidité</b>												
Oui	4 202	71,3	70,4	72,2	1 839	68,1	66,6	69,6	2 363	74,1 <sup>‡</sup>	72,9	75,2
Non	1 688	28,7	27,8	29,6	861	31,9	30,4	33,4	827	25,9 <sup>‡</sup>	24,8	27,1
<b>Obstacle à la participation sociale</b>												
Oui	1 368	23,3	22,4	24,2	523	19,4	18,2	20,7	845	26,6 <sup>‡</sup>	25,4	27,8
Non	4 506	76,7	75,8	77,6	2 171	80,6	79,3	81,8	2 335	73,4 <sup>‡</sup>	72,2	74,6
<b>Centre de population</b>												
Rural (moins de 1 000 habitants)	1 230	20,9	20,1	21,7	605	22,4	21,3	23,6	625	19,6 <sup>‡</sup>	18,7	20,6
Petit (1 000 à 29 999 habitants)	843	14,3	13,6	15,1	371	13,7	12,8	14,7	472	14,8	13,9	15,7
Moyen (30 000 à 99 999 habitants)	604	10,2	9,6	11,0	259	9,6	8,7	10,5	345	10,8 <sup>‡</sup>	10,0	11,7
Grand (100 000 habitants ou plus)	3 214	54,6	53,5	55,6	1 466	54,3	52,8	55,8	1 748	54,8	53,5	56,1
<b>Moment de l'enquête</b>												
Avant les restrictions liées à la COVID-19	3 631	61,6	61,3	62,0	1 663	61,6	60,7	62,4	1 968	61,7	61,0	62,4
Pendant la pandémie de COVID-19	2 260	38,4	38,0	38,7	1 038	38,4	37,6	39,3	1 222	38,3	37,6	39,0

<sup>‡</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

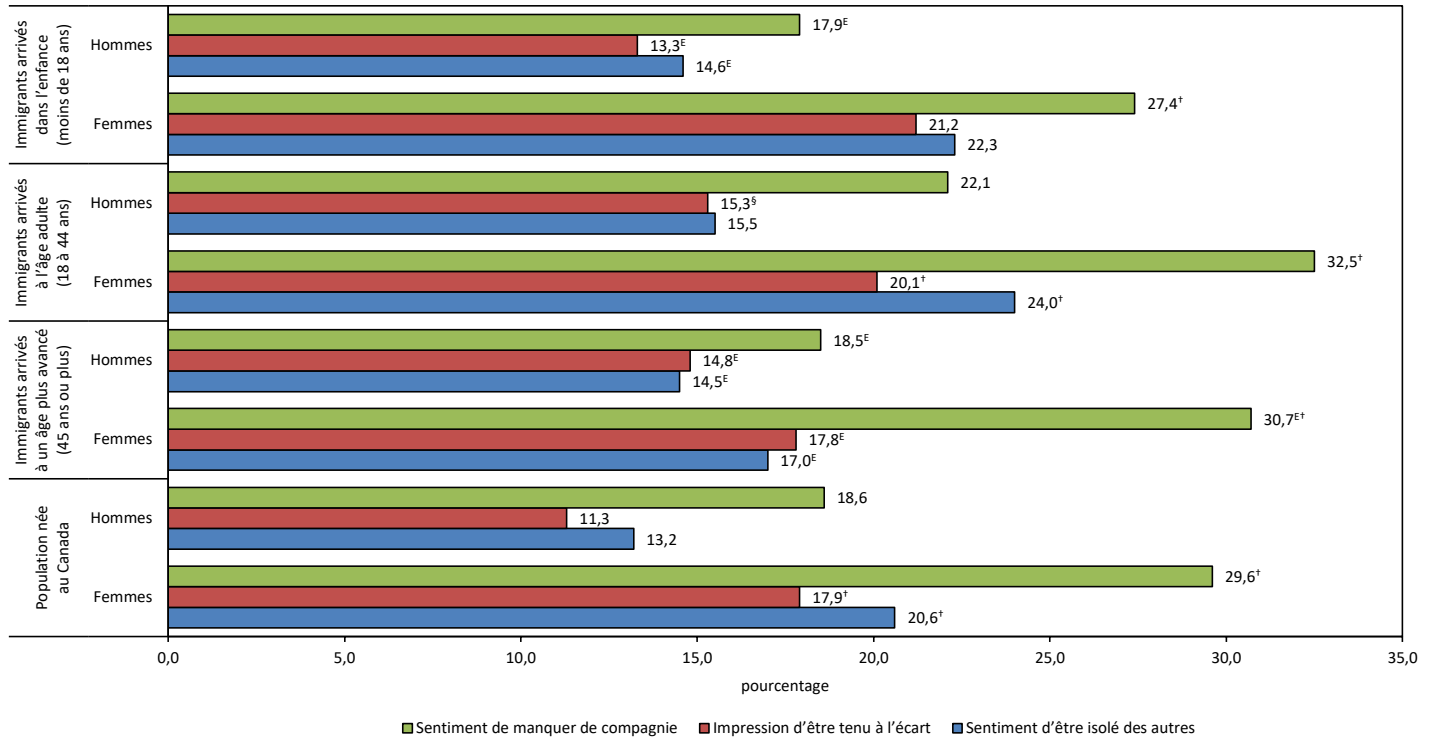
<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

**Note :** Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs).

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Annexe B

Pourcentage de Canadiens âgés selon l'âge à l'immigration qui ont déclaré avoir parfois ou souvent ressenti un manque de compagnie, eu l'impression d'être tenus à l'écart et éprouvé le sentiment d'être isolé des autres, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020



<sup>†</sup> au sein de chaque catégorie de statut d'immigrant, valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

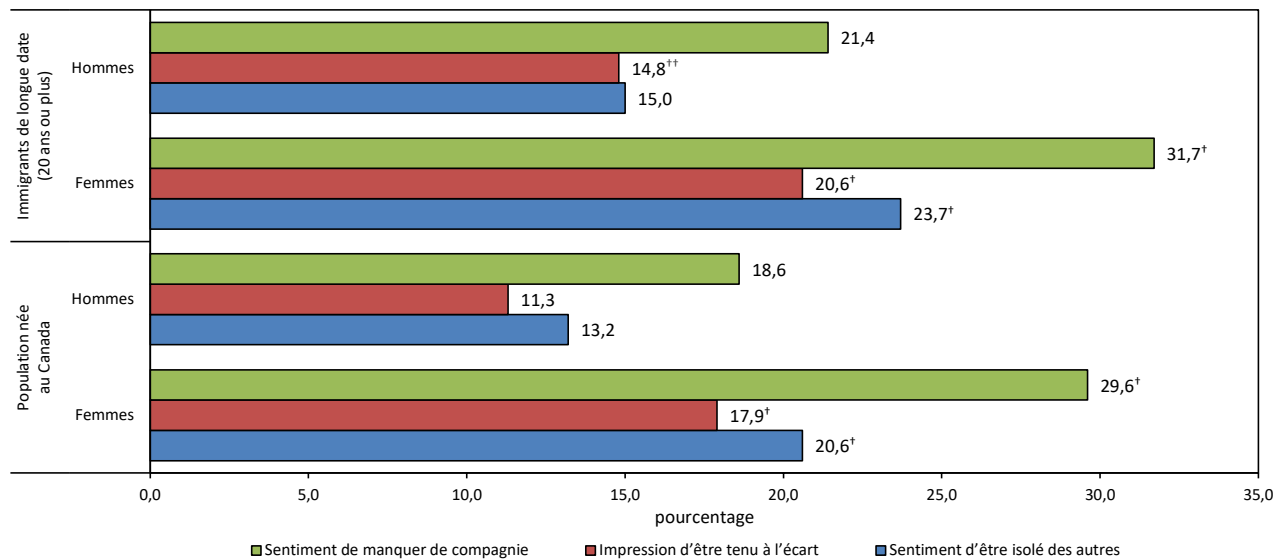
<sup>‡</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes nés au Canada

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Annexe C

Pourcentage de Canadiens âgés selon le temps écoulé depuis l'immigration qui ont déclaré avoir parfois ou souvent ressenti un manque de compagnie, eu l'impression d'être tenus à l'écart et éprouvé le sentiment d'être isolé des autres, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020



<sup>†</sup> au sein de chaque catégorie de statut d'immigrant, valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p < 0,05)

<sup>††</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes nés au Canada

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

# Références

- Hawkey, L. C. et Cacioppo, J. T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), p. 218 à 227. DOI : <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O et coll. 2021. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), p. 48 à 57. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7).
- Statistique Canada. 2021. *La solitude au Canada* [infographie]. Produit n° 11-627-M au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021090-fra.htm>
- Cohen-Mansfield, J., et Parpura-Gill, A. 2007. Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2). DOI : <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>.
- Davies, K., Maharani, A., Chandola, T. et coll. 2021. The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(2), p. 70 à 77. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30038-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30038-6).
- Gilmour, H. et Ramage-Morin, P. 2020. « Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 31 n° 8, DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000300003-fra>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. et Layton, J. B. 2010. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002082>.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M. et coll. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. DOI : <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N. et coll. 2018. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(1), e0190033. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>.
- De Jong Gierveld, J., Van der Pas, S. et Keating, N. 2015. Loneliness of older immigrant groups in Canada : effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(3). DOI : <https://doi.org/10.1007/s10823-015-9265-x>.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H et Lerman, Y. 2016. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), p. 557 à 576. DOI : <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>.
- Perlman, D. 2004. European and Canadian Studies of Loneliness among Seniors. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 23(2), p. 181 à 188. DOI : <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0025>.
- Abshire, D. A., Graves, J. M., Amiri, S. et coll. 2022. Differences in loneliness across the rural-urban continuum among adults living in Washington State. *The Journal of Rural Health*, 38(1), p. 187 à 193. DOI : <https://doi.org/10.1111/jrh.12535>.
- Ramage-Morin, P. L. et Gilmour, H. 2018. Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, 29(10), p. 3 à 11. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2013010/article/11872-fra.pdf?st=pljZnyme>
- Reppas-Rindlisbacher, C., Mahar, A., Siddhpuria, S et coll. Gender differences in mental health symptoms among Canadian older adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Canadian Geriatrics Journal*, 22(1). DOI : <https://doi.org/10.5770/cgj.25.532>.
- Stick, M., Hou, F. et Kaida, L. 2021. La solitude autodéclarée chez les immigrants récents, les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada. *Rapports économiques et sociaux*, 1(7), p. 1 à 4. DOI : <https://doi.org/10.25318/36280001202100700001-fra>
- De Jong Gierveld, J., Keating, N. et Fast, J. E. 2015. Determinants of Loneliness among Older Adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 34(2), p. 125 à 136. DOI : <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>.
- McQuaid, R. J., Cox, S. M. L., Ogunlana, A. et coll. 2021. The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Research*, 296, 113648. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113648>.
- Petite, T., Mallow, J., Barnes, E et coll. 2015. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *The Open Psychology Journal*, 8 (Suppl 2), p. 113 à 132. DOI : <https://doi.org/10.2174/1874350101508010113>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A, Tunstall, H. et coll. 2016. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, octobre, p. 24 à 31. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>
- Wu, Z., Penning, M. 2015. Immigration and loneliness in later life. *Ageing and Society*, 35(1), p. 64 à 95. DOI : <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000470>.
- Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T. et coll. 2019. Social isolation and loneliness among immigrant and refugee seniors in Canada: a scoping review. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 15(3). DOI : <https://doi.org/10.1108/ijmhsc-10-2018-0067>.
- Statistique Canada. 2022. Tableau : 98-10-0300-01 Statut d'immigrant et période d'immigration selon la langue maternelle : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement y compris les parties [tableau de données]. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810030001&reque st\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810030001&reque st_locale=fr).
- Yang, Q. P. 2004. Generational Differences in Educational Attainment among Asian Americans. *Journal of Asian American Studies*, 7(1), février, p. 51 à 71. DOI : <https://doi.org/10.1353/jaas.2005.0009>.
- Van Der Slik, F. W., Van Hout, R. W., J. J. Schepens. 2015. The Gender Gap in Second Language Acquisition: Gender Differences in the Acquisition of Dutch among Immigrants from 88 Countries with 49 Mother Tongues. *PLoS One*, 10(5), e0127578. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142056>.



26. Painter, C. V. 2013. *Le sentiment d'appartenance : revue de la littérature*. Citoyenneté et Immigration Canada, p. 1 à 54. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/recherche-stats/r48a-2012appartenance-fra.pdf>
27. Read, J. G. et Reynolds, M. M. 2012. Gender Differences in Immigrant Health: The Case of Mexican and Middle Eastern Immigrants. *Journal of Health and Social Behavior* 53(1), mars, p. 99 à 123. DOI : <https://doi.org/10.1177/0022146511431267>
28. Solar, O. et Irwin, A. 2021. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Document de travail 2 sur les déterminants sociaux de la santé (politiques et pratiques)*, OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>.
29. Elder, G. H. (1994). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), p. 4 à 15. DOI : <https://doi.org/10.2307/2786971>.
30. Elder, G. H. 1998. The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), p. 1 à 12. DOI : <https://doi.org/10.2307/1132065>.
31. Wister, A. V. et Kadowaki, L. 2021. Isolement social chez les aînés pendant la pandémie. Produit n° SSD-226-03-22F au catalogue de EDSC. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/corporate/seniors/forum/covid-19-social-isolation/covid-19-social-isolation-fr.pdf>
32. Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. et coll. 2004. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26. DOI : <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
33. Gilmour, H. 2012. Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, 2(4), p. 1 à 13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2012004/article/11720-fra.pdf?st=89uz8i8Q>
34. Statistique Canada. 2017. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Centre de population (CTRPOP). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo049a-fra.cfm>
35. Rust, K. F. et Rao, J. N. K. 1996. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), p. 283 à 310. DOI : <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>.
36. Zhang, X. et Dong, S. 2022. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616>.
37. Wong, S., Yoo, G. et Stewart, A. 2005. Examining the Types of Social Support and the Actual Sources of Support in Older Chinese and Korean Immigrants. *The International Journal of Aging and Human Development*, 61(2), p. 105 à 121. DOI : <https://doi.org/10.2190/AJ62-QQKT-YJ47-B1T8>.
38. Brondolo, E., Rahim, R., Grimaldi, S. J. et coll. 2015. Place of birth effects on self-reported discrimination: Variations by type of discrimination. *International Journal of Intercultural Relations*, 49, 212-2022. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2015.10.001>.
39. George, U., Thomson, M. S., Chaze, F. et coll. 2015. Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), octobre, p. 13624 à 13648. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph121013624>.
40. Kogan, I., Shen, J. et Siegert, M. 2018. What Makes a Satisfied Immigrant? Host-Country Characteristics and Immigrants' Life Satisfaction in Eighteen European Countries. *Journal of Happiness Studies*, 19, p. 1783 à 1809. DOI : <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9896-4>.
41. Dong, X., Zhang, M. et Simon, M. A. 2014. The Expectation and Perceived Receipt of Filial Piety Among Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area. *Journal of Aging and Health*, 26(7), p. 225 à 247. DOI : <https://doi.org/10.1177/0898264314541697>.
42. Kim, B. S. K., Yang, P. H., Atkinson, D. R. et coll. 2001. Cultural value similarities and differences among Asian American ethnic groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), p. 343 à 361. DOI : <https://doi.org/10.1037/1099-9809.7.4.343>
43. Jang, H. et Tang, F. 2022. Loneliness, age at immigration, family relationships, and depression among older immigrants: A moderated relationship. *Journal of social and personal relationships*, 39(6), juin, p. 1602 à 1622. DOI : <https://doi.org/10.1177/02654075211061279>.
44. McDonald, J. T. et Kennedy, S. 2004. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), p. 1613 à 1627. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>.
45. Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F. et coll. 2005. *L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Statistique Canada. Produit n° 82-618 au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-618-m/2005002/pdf/4241548-fra.pdf?st=Izzya11>.
46. Aartsen, M. J. et Jylhä, M. 2011. Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), p. 31 à 38. DOI : <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>.
47. Pagan, R. 2020. Gender and age differences in loneliness: Evidence for people without and with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), p. 9176. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph17249176>
48. Pinquart, M. et Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56, 195-213. DOI : [10.1093/geronb/56.4.P195](https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.P195)
49. Barreto, M., Victor, C., Hammond, C. et coll. 2021. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, p. 110066. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
50. Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J. et coll. 2019. Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, 33(6), p. 642 à 654. DOI : <https://doi.org/10.1002/per.2220>
51. Broek, T. V. D., Tosi, M. et Grundy, E. 2019. Offspring and later-life loneliness in Eastern and Western Europe. *Journal of Family Research*, 31(2), p. 199 à 215. DOI : <https://doi.org/10.3224/zff.v31i2.05>

52. Dahlberg, L., Agahi, N. et Lennartsson, C. 2018. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, p. 96 à 103. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
53. Fernández-Carro, C. et Gumà Lao, J. 2022. A life-course approach to the relationship between education, family trajectory and late-life loneliness among older women in Europe. *Social Indicators Research*, 162, p. 1345 à 1363. DOI : <https://doi.org/10.1007/s11205-022-02885-x>
54. Ejlskov, L., Bøggild, H., Kuh, D. et coll. 2020. Social relationship adversities throughout the lifecourse and risk of loneliness in later life. *Ageing and Society*, 40(8), p. 1718 à 1734. DOI : [10.1017/S0144686X19000345](https://doi.org/10.1017/S0144686X19000345)
55. Nicolaisen, M. et Thorsen, K. 2014. Loneliness among men and women—a five-year follow-up study. *Ageing & Mental Health*, 18(2), p. 194 à 206. DOI : [10.1080/13607863.2013.821457](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457)
56. Korporaal, M., van Groenou, B. et van Tilburg, T. 2008. Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 20, p. 306 à 325. DOI : [10.1177/0898264308315431](https://doi.org/10.1177/0898264308315431)
57. Atoyebi, O. et Wister, A. 2017. Multimorbidity and loneliness among Canadian older adults: the mediating effect of pain perception. *Innovation in Aging*, 1(S1), p. 321. DOI : <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.1185>
58. Stickley, A. et Koyanagi, A. 2018. Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study. *PLoS One*, 13(1), p. e0191651. DOI : [10.1371/journal.pone.0191651](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191651)
59. Wister, A., Kendig, H., Mitchell, B. et coll. 2016. Multimorbidity, health and aging in Canada and Australia: a tale of two countries. *BMC Geriatrics*, 16(1), p. 1 à 13. DOI : [10.1186/s12877-016-0341-z](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0341-z)
60. Zhao, L. et L. Wu. 2022. The association between social participation and loneliness of the Chinese older adults over time—the mediating effect of social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 12 janvier, p. 815. DOI : [10.3390/ijerph19020815](https://doi.org/10.3390/ijerph19020815)
61. Czeisler, M., Lane, R. I., Petrosky, E. et coll. 2020. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), p. 1049 à 1057. DOI : [10.15585/mmwr.mm6932a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1)
62. Lin, T., Harris, E. A., Heemskerk, A. et coll. 2021. A multi-national test on self-reported compliance with COVID-19 public health measures: The role of individual age and gender demographics and countries' developmental status. *Social Science & Medicine*, 286, p. 114335. DOI : [10.1016/j.socscimed.2021.114335](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114335)
63. Statistique Canada. 2009. *Réponse et nonréponse*. Produit n° 12-539-X au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-539-x/2009001/response-reponse-fra.htm>