

StatCan et la COVID-19:

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19

Date de diffusion : le 8 septembre 2021



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.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.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 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

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 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 la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2021

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.



Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19

Tout au long de la pandémie, diverses mesures de santé publique ont été mises en œuvre partout au pays, ce qui a eu des répercussions sur l'emploi, les études, les relations familiales et les loisirs. Pour certaines personnes, ces mesures, combinées avec les craintes associées aux risques découlant de la COVID-19, ont contribué à des sentiments de stress, d'anxiété et de solitude accrus qui, à leur tour, peuvent avoir une incidence sur la santé mentale globale et les besoins perçus en matière de soins de santé mentale. La prestation des soins de santé a changé dans la plupart des régions au cours de la pandémie, notamment incluant des changements dans la prestation des services en personne et un recours accru aux soins fournis virtuellement ou par téléphone. Ces stratégies d'atténuation visant à contenir la propagation de la COVID-19 et les changements dans la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé peuvent avoir eu divers effets sur la santé mentale des Canadiens et les soins qu'ils ont reçus.

Après une brève pause afin de respecter le confinement et la santé publique, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a repris la collecte en septembre 2020 avec des enquêtes téléphoniques seulement. La section sur la « Méthodologie » met en évidence la validation des données entreprise pour mieux comprendre les impacts de ce changement de méthodologie.

Le présent article examine les données de l'ESCC recueillies sur la santé mentale autoévaluée et les besoins perçus en matière de soins de santé mentale avant (d'octobre à décembre 2019) et pendant la pandémie (de septembre à décembre 2020).

La santé mentale autoévaluée a diminué par rapport à la période pré-pandémie, surtout chez les femmes

À l'automne 2020, près des deux tiers (63,9 %) des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir une santé mentale positive excellente ou très bonne.

Comparativement aux données recueillies à l'automne 2019, la proportion de Canadiens déclarant avoir une santé mentale positive a légèrement diminué en 2020. Ce changement est principalement attribuable à une baisse chez les femmes, la proportion passant de 63,0 % à 59,9 %. Au cours de la même période, la proportion d'hommes déclarant avoir une santé mentale positive est demeurée stable (tableau 1).

En ce qui concerne les changements relatifs à la santé mentale positive selon le groupe d'âge, les Canadiens âgés de 50 à 64 ans étaient le seul groupe d'âge où une baisse importante a été observée entre l'automne 2019 et l'automne 2020. La proportion de personnes déclarant avoir une santé mentale positive est demeurée semblable entre les deux périodes pour tous les autres groupes d'âge. Par rapport aux autres groupes d'âge, la proportion de jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans ayant déclaré avoir une santé mentale positive était systématiquement plus faible au cours des deux périodes.

Les résidents du Québec (69,8 %) étaient plus susceptibles de déclarer avoir une santé mentale positive comparativement aux résidents de toutes les autres régions au cours de l'automne 2020. Dans l'ensemble des régions, la santé mentale positive déclarée est demeurée constante par rapport aux chiffres de l'automne 2019.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Bien que les estimations de la population déclarant avoir une santé mentale très bonne ou excellente puissent indiquer combien de Canadiens se trouvent dans un état positif de bien-être et de stabilité émotionnelle, l'autre extrémité du spectre de la santé mentale autoévaluée (passable ou mauvaise) est souvent corrélée avec des symptômes de troubles mentaux ou de détresse (Mawani et Gilmour, 2010). À l'automne 2020, la proportion de la population déclarant avoir une santé mentale passable ou mauvaise a augmenté chez les femmes (passant de 9,1 % en 2019 à 11,7 % en 2020), ainsi que chez les 35 à 49 ans (passant de 8,2 % à 11,1 %) et les 50 à 64 ans (passant de 7,0 % à 9,7 %).

Bien qu'il n'y ait pas de différences statistiques régionales lorsque l'on compare l'état de santé mentale positif entre les périodes d'automne 2019 et 2020, il y a eu une augmentation du pourcentage de résidents du Québec et de l'Ontario ayant indiqué avoir une santé mentale passable ou mauvaise entre 2019 et 2020 (passant de 4,6 % en 2019 à 7,4 % en 2020 pour le Québec et de 9,7 % en 2019 à 12,1 % en 2020 pour l'Ontario).

Tableau 1
Santé mentale autoévaluée, selon l'âge, le sexe et la région provinciale, Canada à l'exclusion des territoires, octobre à décembre 2019 et septembre à décembre 2020

	Santé mentale excellente ou très bonne		Santé mentale passable ou mauvaise	
	2019 (octobre à décembre)	2020 (septembre à décembre)	2019 (octobre à décembre)	2020 (septembre à décembre)
	pourcentage			
Total	65,8	63,9*	8,9	10,5*
Sexe				
Hommes	68,7	68,1	8,6	9,2
Femmes	63,0	59,9*	9,1	11,7*
Groupes d'âge				
12 à 17 ans	72,1	67,1	6,6 [§]	9,0
18 à 34 ans	56,4	57,5	14,2	14,9
35 à 49 ans	66,0	63,4	8,2	11,1*
50 à 64 ans	70,4	64,9*	7,0	9,7*
65 ans et plus	71,3	70,4	5,0	5,6
Régions géographiques				
Provinces de l'Atlantique	61,7	63,0	11,0	11,9
Québec	72,1	69,8	4,6	7,4*
Ontario	64,7	61,9	9,7	12,1*
Provinces des Prairies	64,4	63,0	10,1	10,1
Colombie-Britannique	62,2	61,0	10,9	11,1

[§] à utiliser avec prudence Coefficient de variation (c.v.) de 15,1 % à 35,0 %

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

Note : 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 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, octobre à décembre 2019 et septembre à décembre 2020.

Une étude antérieure menée dans le cadre d'une initiative de collecte par approche participative à Statistique Canada a révélé que certains groupes désignés comme des minorités visibles, les immigrants, les Autochtones et les minorités sexuelles ont déclaré des taux plus élevés de discrimination pendant la pandémie de COVID-19 (Statistique Canada, 2020a). Statistique Canada a également indiqué que les Canadiens LGBTQ2+ peuvent être particulièrement vulnérables aux répercussions négatives de la pandémie (Prokopenko et Kevins, 2020) et que certains groupes de population ont subi des conséquences plus importantes sur leur bien-être économique (Statistique Canada, 2020b). Les répercussions disproportionnées chez divers groupes peuvent avoir un effet plus important sur leur santé mentale autoévaluée.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Parmi les groupes désignés comme des minorités visibles (68,1 %), une proportion plus élevée a déclaré avoir une santé mentale positive comparativement aux personnes n'appartenant pas à une minorité visible (62,6 %). Certains groupes de minorités visibles, soit les Sud-Asiatiques (70,2 %), les Philippins (74,2 %) et les Arabes (75,4 %), étaient plus susceptibles de déclarer avoir une santé mentale positive que les personnes n'appartenant pas à une minorité visible au cours de l'automne 2020. Pour tous les autres groupes désignés comme des minorités visibles, il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport à la population n'appartenant pas à une minorité visible.

À l'automne 2020, les immigrants récents vivant au Canada depuis moins de 10 ans étaient plus susceptibles de déclarer avoir une santé mentale positive (74,2 %) par rapport aux immigrants reçus de longue date (65,5 %) et aux Canadiens de naissance (62,5 %).

Les Autochtones (les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) (53,2 %) étaient moins susceptibles de déclarer avoir une santé mentale positive comparativement aux non-Autochtones (64,3 %) pendant cette période de référence de 2020. Au cours de la même période, 46,9 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve ont déclaré avoir une santé mentale positive ce qui était une proportion inférieure aux non-Autochtones. À 59,2 %, la proportion des Métis déclarant une santé mentale positive n'était pas statistiquement différente de celle de personnes non-Autochtones. En raison de la petite taille de l'échantillon, l'estimation pour les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat n'est pas publiée.

Une proportion beaucoup plus faible de Canadiens LGBTQ2+ (les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou bispirituelles ou les personnes déclarant une autre identité de genre non binaire ou une autre identité sexuelle minoritaire) âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir une santé mentale positive au cours de l'automne 2020. Comparativement aux Canadiens LGBTQ2+, les Canadiens non LGBTQ2+ étaient 1,5 fois plus susceptibles de déclarer avoir une santé mentale positive (39,9 % par rapport à 64,6 %, respectivement).

Besoin perçu de soins de santé mentale

Les gens peuvent avoir besoin de soins de santé mentale sous forme de consultation, de thérapie, de médicaments, d'information ou d'autres types de soins, pour les aider concernant leurs émotions, leurs problèmes de santé mentale et leur consommation d'alcool ou de drogues. Compte tenu de l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens, il est particulièrement important de comprendre la façon dont ces besoins sont comblés partout au Canada et les obstacles perçus à l'égard de l'obtention des soins requis.

Au cours de l'automne 2020, près de 1 Canadien sur 5 (18,1 %) âgé de 12 ans et plus a déclaré avoir eu besoin d'aide concernant sa santé mentale au cours de l'année précédente. Parmi les personnes ayant perçu un besoin, un peu plus de la moitié (55,0 %) estimaient que leurs besoins avaient été entièrement satisfaits (qu'elles avaient reçu une certaine forme de soins ou d'aide et qu'elles n'estimaient pas avoir eu besoin de soins supplémentaires). Les personnes restantes (45,0 %) estimaient que leurs besoins n'avaient pas été satisfaits (des soins étaient nécessaires, mais aucun n'avait été reçu) (22,5 %) ou qu'ils n'avaient été que partiellement satisfaits (des soins avaient été reçus, mais ils n'étaient pas suffisants) (22,5 %).





Un Canadien âgé de 18 à 34 ans sur quatre a déclaré un besoin de soins de santé mentale

Les Canadiens âgés de 18 à 34 ans, qui étaient moins susceptibles que n'importe quel autre groupe d'âge de déclarer avoir une santé mentale excellente ou très bonne au cours de l'automne 2020, étaient également les plus susceptibles d'indiquer avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours de l'année précédente (tableau 2). Parmi les 18 à 34 ans ayant perçu un besoin de soins de santé mentale, 53,0 % ont déclaré que leur besoin n'avait pas été satisfait ou qu'il avait été partiellement non satisfait. Il s'agissait d'une proportion plus élevée de besoins non satisfaits par rapport à l'ensemble des groupes d'âge, à l'exception des personnes âgées de 35 à 49 ans. Comparativement à tous les autres groupes d'âge, les aînés de 65 ans et plus étaient moins susceptibles de déclarer un besoin perçu en matière de soins de santé mentale (7,4 %).

Tableau 2

Besoin perçu de soins de santé mentale, selon le groupe d'âge, Canada à l'exclusion des territoires, septembre à décembre 2020

	A eu un besoin perçu de soins de santé mentale au cours de l'année précédente	Besoin perçu non satisfait ou partiellement non satisfait, parmi les personnes ayant besoin de soins
	pourcentage	
Total	18,1	45,0
12 à 17 ans	17,1	39,8
18 à 34 ans	25,5	53,0
35 à 49 ans	21,8	46,5
50 à 64 ans	15,4	34,5
65 ans et plus	7,4	33,1

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, octobre à décembre 2019 et septembre à décembre 2020.

Une personne peut déclarer avoir besoin de différents types de soins pour sa santé mentale et la mesure dans laquelle ces types de soins sont obtenus varie également. Il n'est pas improbable que des personnes déclarent avoir besoin d'un ensemble de types de soins de santé mentale simultanés pour répondre à leurs besoins. Parmi les personnes ayant perçu un besoin de soins de santé mentale, 75,6 % ont déclaré avoir eu besoin de consultation ou de thérapie, 44,0 % ont déclaré avoir eu besoin d'information, 44,4 % ont déclaré avoir eu besoin de médicaments et 6,2 % ont déclaré avoir eu d'autres besoins. Un peu plus de la moitié des personnes ayant eu besoin de consultation ou de thérapie (51,0 %) ont indiqué que leurs besoins avaient été satisfaits, 70,8 % ont indiqué que leurs besoins en information avaient été satisfaits et 87,0 % ont indiqué que leurs besoins en médicaments avaient été satisfaits. Parmi les personnes ayant indiqué avoir eu besoin d'autres types de soins, 93,6 % ont indiqué que leurs besoins avaient été satisfaits.

Il existe de multiples raisons pour lesquelles les gens peuvent ne pas obtenir l'aide dont ils ont besoin pour leur santé mentale. À l'automne 2020, 78,5 % des personnes dont les besoins en matière de soins de santé mentale avaient été non satisfaits ou partiellement non satisfaits ont déclaré que des circonstances personnelles avaient constitué un obstacle. Les exemples de circonstances personnelles comprennent le manque de connaissance quant à l'endroit où obtenir de l'aide, le fait de ne pas avoir trouvé le temps d'obtenir de l'aide (ou simplement ne pas s'en être donné la peine), le fait d'en avoir été empêché par le travail (p. ex. ne pas pouvoir quitter le travail), les obstacles liés au revenu, la crainte de ce que les autres pourraient penser, le manque de confiance dans le système de soins de santé ainsi que l'absence de couverture d'assurance. De plus, le quart (25,5 %) ont déclaré préférer se débrouiller seul, tandis que 20,9 % ont déclaré que des caractéristiques du système de soins de santé, comme des problèmes linguistiques ou un manque de disponibilité des services, avaient constitué un obstacle à l'obtention de soins. Les répondants pouvaient déclarer de multiples raisons pour lesquelles leurs besoins de soins de santé mentale avaient été non satisfaits ou partiellement satisfaits.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Les résultats de l'enquête montrent que la plupart des Canadiens semblent avoir maintenu ce qu'ils perçoivent comme une santé mentale très bonne ou excellente pendant l'automne 2020 lors de la deuxième vague de la pandémie, bien que certains groupes, comme les femmes, les personnes de 35 à 64 ans, ainsi que les résidents du Québec et de l'Ontario, aient déclaré une diminution marquée de leur santé mentale comme nous avons pu l'observer par l'augmentation de la proportion indiquant avoir une santé mentale passable ou mauvaise à l'automne 2020 comparativement à la même période en 2019.

Méthodologie

Le présent article utilise des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) recueillies de septembre à décembre 2020. Les données recueillies d'octobre à décembre 2019 servent de référence pour la santé mentale des Canadiens avant la pandémie.

Bien que les données pour les deux années proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le cycle de 2020 de l'enquête comportait certaines différences. En mars 2020, la collecte des données de l'ESCC a été interrompue et n'a repris qu'en septembre 2020, après quoi les périodes de collecte sont passées de périodes de trois mois à des périodes de cinq semaines. Les interviews en personne ont été interrompues pour l'ESCC et la collecte a été effectuée uniquement par interviews téléphoniques.

Un certain biais a été découvert dans le cycle de 2020 de l'ESCC, qui est probablement attribuable aux limites de la collecte des données d'enquête pendant la pandémie, notamment la diminution du taux de réponse et le recours aux interviews téléphoniques seulement. Selon des estimations pondérées, les résultats montrent que les répondants interviewés pendant la pandémie (de septembre à décembre 2020) semblent avoir un niveau de scolarité légèrement supérieur et étaient légèrement plus susceptibles d'être propriétaires de leur lieu de résidence comparativement aux cycles précédents.

Comme on l'a fait pour les cycles précédents de l'ESCC, pour les données de 2020, les poids d'enquête ont été ajustés afin de réduire au minimum tout biais qui pourrait découler de la non-réponse à l'enquête; des ajustements pour la non-réponse et du calage, effectués au moyen des renseignements auxiliaires accessibles, ont été appliqués et sont reflétés dans les poids d'enquête fournis avec le fichier de données. Des validations exhaustives des estimations de l'enquête ont également été effectuées et examinées du point de vue de l'analyse du biais. Malgré ces ajustements rigoureux et ces validations, le taux de non-réponse plus élevé augmente le risque de biais résiduel et accentue l'ampleur de la possible incidence d'un tel biais sur les estimations produites au moyen des données de l'enquête.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Afin de mieux comprendre l'incidence potentielle des limites de l'enquête de 2020 sur la comparabilité avec les cycles précédents, des changements semblables ont été apportés au fichier de 2019 et les poids ont été ajustés pour examiner comment les estimations seraient touchées. À cette fin, les taux de réponse pour 2020 ont été calculés par période de collecte et appliqués aux données de 2019, en retirant les répondants interviewés après l'atteinte des taux de réponse de 2020. Nous avons également retiré les répondants dont les données ont été recueillies au moyen d'interviews en personne au cours des trois dernières périodes de collecte de 2019. En analysant ce fichier, nous avons constaté qu'il présente des changements des caractéristiques au niveau de la personne semblables à ceux observés dans les données de 2020. De plus, certaines variables présentaient des différences statistiquement significatives en comparant le fichier de 2019 avec le fichier de 2019 ajusté. En raison des changements dans les caractéristiques au niveau de la personne et des limites, il est conseillé aux utilisateurs d'utiliser les données de l'ESCC de 2020 avec prudence, en particulier lorsqu'ils créent des estimations pour de petites sous-populations ou qu'ils font des comparaisons avec d'autres années de l'ESCC. Veuillez noter que les données de 2019 présentées dans le présent article proviennent du fichier de 2019 régulier.

Le symbole E à côté d'une estimation indique que le coefficient de variation pour cette estimation se situe entre 15,1 % et 35,0 % et que la qualité est médiocre. Les utilisateurs doivent donc faire preuve de prudence au moment d'interpréter ces résultats.

Dans cet article, le terme « peuples autochtones » fait référence aux Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. Les répondants ont été inclus dans l'analyse des Autochtones en fonction de leur réponse autodéclarée à « Êtes-vous un(e) Autochtone, c'est-à-dire, Première Nation, Métis(se) ou Inuk (Inuit)? Première Nation comprend les Indiens avec statut et les Indiens sans statut. » L'ESCC ne recueille pas de données dans les réserves. Par conséquent, les résultats discutés pour les membres des Premières Nations excluent ceux qui vivent dans les réserves, ainsi que les Autochtones dans les territoires ou les régions nordiques éloignées des provinces qui comprennent l'Inuit Nunangat.

Toutes les différences déclarées sont statistiquement significatives, avec une valeur de p inférieure à 0,05. Des poids bootstrap ont été utilisés pour les tests de signification.

Le terme « minorité visible » fait référence aux Canadiens désignés comme membres d'une minorité visible selon la définition de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon cette loi, les minorités visibles sont « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». Les groupes de minorités visibles comprennent les Sud-Asiatiques, les Chinois, les Noirs, les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens et les Japonais.

Le terme « LGBTQ2+ » fait référence aux personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou bispirituelles, ainsi qu'aux personnes ayant déclaré une autre identité de genre non binaire ou une autre identité sexuelle minoritaire. Même si les membres de ces communautés diffèrent au chapitre des types de difficultés et de discrimination auxquels ils sont confrontés selon l'endroit où ils se trouvent sur le spectre de l'orientation sexuelle et du genre, l'article les regroupe en raison de la petite taille de l'échantillon. Les répondants ont été inclus dans la population LGBTQ2+ en fonction de l'orientation sexuelle autodéclarée (les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'une autre identité sexuelle minoritaire, comme les personnes asexuelles, pansexuelles ou queers), du sexe à la naissance et de l'identité de genre (les personnes transgenres et les personnes ayant une identité non binaire, notamment celles de genre queer, de genre fluide ou agenres). L'analyse de la communauté LGBTQ2+ exclut les interviews par personne interposée.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Les obstacles ont été regroupés en fonction des catégories suggérées décrites par Sanmartin et coll. (2002) et utilisées dans l'article par Sunderland et Findlay (2013). Les circonstances personnelles comprennent les catégories de réponse suivantes : le répondant ne savait pas où obtenir le type d'aide nécessaire, il n'a pas trouvé le temps de s'en occuper, le travail l'en a empêché, il ne faisait pas confiance au système de soins de santé, il n'avait pas les moyens financiers, son assurance ne couvrait pas les frais, il avait peur de ce que les autres pourraient penser et « autre ». Les caractéristiques du système de soins de santé comprennent les catégories de réponse suivantes : l'aide n'était pas disponible et problèmes de langue. La troisième catégorie était que le répondant préférerait se débrouiller seul.

Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type de besoin ou d'obstacles, de sorte que les estimations pour ces indicateurs ne sont pas exclusives au sein de la population (elles peuvent totaliser plus de 100 %).

Références

Mawani F., & Gilmour H. (2010). [Validation de l'autoévaluation de la santé mentale](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2010003/article/11288-fra.htm). Rapports sur la santé, numéro 82-003-X au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2010003/article/11288-fra.htm>.

Prokopenko E., & C. Kevins. (2020). [Vulnérabilités liées à la COVID-19 chez les Canadiens et les Canadiennes LGBTQ2+](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00075-fra.htm). Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur, numéro 45-28-0001 au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00075-fra.htm>.

Sanmartin, C., C. Houle, S. Tremblay, & J-M. Berthelot. (2002). [Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Rapports sur la santé](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf?st=ZMOSKiNe). Catalogue Statistique Canada 13(3): p. 15-21. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf?st=ZMOSKiNe>.

Statistique Canada. (2020a). [Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm>.

Statistique Canada. (2020b). [Répercussions sur les immigrants et les personnes désignées comme minorités visibles](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-fra.htm). Statistique Canada, 11-631-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-fra.htm>.

Sunderland, A., & L.C., Findlay. (2013). [Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale \(2012\)](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.htm). Rapports sur la santé. Statistique Canada, numéro 82-003-X au catalogue, Vol. 24, n°9. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.htm>.

