

Regards sur la société canadienne

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

par Fei-Ju Yang, Linlu Zhao et Nicole Aitken

Date de diffusion : le 1 décembre 2022



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 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 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 2022

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.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

par Fei-Ju Yang, Linlu Zhao et Nicole Aitken

Aperçu de l'étude

À l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN), le présent article apporte un éclairage permettant de mieux comprendre les comportements liés au suicide parmi les immigrants, c'est-à-dire les pensées (ou idéation) suicidaires et les suicides.

- Dans l'ensemble, les immigrants de 15 ans et plus étaient moins susceptibles que leurs homologues nés au Canada de déclarer avoir eu des pensées suicidaires et étaient également moins susceptibles de mourir par suicide.
- Selon les données de l'ESCC, 1,5 % des immigrants et 3 % de la population née au Canada ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente. Pour ces deux populations, le fait de souffrir d'un trouble d'anxiété ou d'un trouble de l'humeur constituait le plus important facteur de risque associé aux idées suicidaires.
- Les jeunes de 15 à 24 ans ont enregistré la proportion la plus élevée de pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les immigrants et les personnes nées au Canada.
- La prévalence de la mortalité par suicide était également plus faible parmi les immigrants. Après correction pour tenir compte des différences en termes de structure par âge de la population immigrante et de celle née au Canada, le taux de suicide était de 7 décès pour 100 000 années-personnes chez les immigrants; il s'agit d'un taux deux fois plus faible que celui enregistré chez la population née au Canada (14 décès pour 100 000 années-personnes).
- Parmi les immigrants, ceux nés en Europe de l'Ouest enregistraient le taux de mortalité par suicide le plus élevé.
- Alors que les jeunes immigrants en âge de travailler étaient tout aussi susceptibles de mourir par suicide que les immigrants plus âgés, les personnes en âge de travailler nées au Canada étaient les plus susceptibles de mourir par suicide.
- Chez les immigrants et la population née au Canada, les hommes enregistraient un taux de mortalité par suicide trois fois plus élevé que celui des femmes.
- Les facteurs socioéconomiques, comme le revenu et le niveau de scolarité du ménage, ne jouaient pas un rôle constant dans les comportements liés au suicide chez les immigrants, alors que les deux facteurs avaient une influence unique sur les idées suicidaires et la mortalité par suicide au sein de la population née au Canada.

Si vous êtes en détresse, veuillez communiquer avec le [centre de prévention du suicide ou de crise](#) le plus près de chez vous. En cas d'urgence, composez le 911 et rendez-vous à votre service des urgences locales. Des ressources relatives à la prévention du suicide sont disponibles à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide.html>.

Introduction

Le suicide est une préoccupation constante de santé publique au Canada et dans le monde. Les comportements liés au suicide s'observent à différents niveaux de gravité qui comprennent les idées suicidaires (penser à prendre des mesures pour mettre fin à ses jours), la tentative de suicide (comportement potentiellement autodestructeur associé à au moins une certaine intention de mourir) et le suicide (action autodestructrice mortelle s'accompagnant de preuves de l'intention de mourir)¹. Environ 11,8 % des Canadiens ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie; 2,5 % ont eu de telles pensées au cours de l'année précédente et 3,1 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Par rapport à d'autres causes de décès, le décès par suicide est un événement relativement rare au Canada². Environ 4 000 décès par suicide surviennent au Canada chaque année³ sur un total d'environ 285 000 décès annuels. Même si le décès par suicide est un événement relativement rare, ces suicides peuvent avoir une incidence durable sur les membres de la famille de la personne décédée, notamment le chagrin et le deuil⁴.

En général, les immigrants affichent un risque plus faible de comportements liés au suicide par rapport aux non-immigrants dans les pays accueillant des immigrants comme le Canada⁵. Les immigrants de longue date résidant au Canada depuis plus de 10 ans enregistrent généralement des taux plus élevés de comportements liés au suicide que ceux des immigrants récents, possiblement

en raison d'une exposition prolongée à des facteurs de stress relatifs à l'après migration, notamment l'isolement social, la discrimination, les barrières linguistiques et le chômage⁶.

Toutefois, la population immigrante au Canada n'est pas un groupe homogène, les origines des immigrants étant de plus en plus diversifiées⁷. Lorsque l'on tient compte de l'hétérogénéité des populations immigrantes, il devient évident que certaines populations immigrantes sont touchées de façon disproportionnée par les comportements liés au suicide. Une étude de Statistique Canada a révélé, par exemple, que le taux de mortalité par suicide chez les immigrants était généralement inférieur à celui de la population née au Canada, mais que le taux de suicide variait en fonction du lieu de naissance. Les personnes nées en Europe et en Océanie enregistraient des taux de suicide semblables à ceux de la population née au Canada, alors que celles nées en Asie et en Afrique présentaient les taux les plus bas⁸. Une analyse du pays d'origine d'immigrants vivant en Ontario a également révélé une vaste fourchette de taux de mortalité par suicide⁹. Cette variabilité parmi les immigrants de différentes origines peut s'observer dans d'autres pays accueillant des immigrants en ce qui a trait aux idées suicidaires, à la tentative de suicide et au suicide¹⁰. Les comportements liés au suicide sont une interaction de facteurs antérieurs à la migration (par exemple, l'investissement du pays d'origine dans les services de santé mentale, la religion, etc.) et de facteurs postérieurs à la migration (par exemple, le soutien social,

l'acquisition de la langue, l'emploi, l'accès aux soins de santé dans les pays de destination, etc.).

La dernière diffusion nationale de données désagrégées sur le risque de suicide selon le statut d'immigrant au Canada a eu lieu il y a plus de 20 ans. L'analyse à l'échelle nationale a été menée en utilisant trois années de données combinées sur le décès, centrées sur les années de recensement de 1991 et 1996¹¹. Il est donc nécessaire d'effectuer une analyse désagrégée à l'aide de données plus contemporaines, en raison de l'évolution des tendances relatives au pays d'origine des immigrants et aux changements socioéconomiques et socioculturels qui se sont produits au fil du temps. La présente étude vise à fournir des estimations du taux d'idéation suicidaire et de mortalité par suicide des immigrants au Canada. Des analyses analogues ont été menées auprès de personnes nées au Canada aux fins de référence. Il est important de souligner qu'au sein de la population née au Canada, il existe une grande diversité, comme les possibles différences au sein des groupes racialisés et entre eux, ainsi qu'entre les autochtones et les non-autochtones.

Puisque le comportement des immigrants en termes de suicide n'a pas été récemment exploré à l'échelle nationale, la présente étude vise à fournir de l'information contextuelle sur les différents groupes qui composent cette population, en particulier au cours des diverses étapes de la vie. Guidée par le cadre des déterminants sociaux de la santé¹², l'analyse descriptive repose sur la désagrégation des comportements liés au suicide selon

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

des facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, notamment l'âge, le sexe¹³, le revenu, le niveau de scolarité du ménage et, pour les immigrants, les années écoulées depuis l'immigration et le pays de naissance (voir la section « [Sources de données, méthodes et définitions](#) »).

L'incidence de ces facteurs sur les comportements liés au suicide est explorée à l'aide d'une modélisation par régression.

La présente étude permet d'analyser à la fois les pensées suicidaires et la mortalité par suicide. Afin de comprendre les idées suicidaires,

l'analyse est fondée sur les données de la cohorte regroupée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015, 2016 et 2019. Pour l'analyse de la mortalité par suicide, la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 a été utilisée¹⁴.

Analyse de l'idéation suicidaire : description de certaines caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la cohorte d'étude de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015, 2016 et 2019

L'analyse de l'idéation suicidaire est fondée sur la cohorte regroupée des personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces canadiennes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Celle-ci comptait 25 564 immigrants canadiens et 134 597 personnes nées au Canada. Avec la pondération, cette cohorte est représentative d'environ 7 millions d'immigrants et 22 millions de personnes nées au Canada.

Environ le quart des immigrants de la cohorte de l'ESCC à l'étude étaient des immigrants récents, admis au Canada moins de 10 ans auparavant¹⁵.

La majorité des immigrants provenaient d'Asie et d'Europe (45 % et 28 %, respectivement). Les immigrants provenant des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud représentaient quant à eux 22 % de la population immigrante. Comparativement à la population née au Canada, les immigrants étaient plus âgés (91 % étant âgé de plus de 25 ans par rapport à 84 % chez la population née au Canada) et plus scolarisés (85 % par rapport à 79 % comptant un membre du ménage titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires). De plus, 27 % des immigrants appartenaient au quintile de revenu le plus faible par rapport à 16 % de la population née au Canada.

Tableau 1

Certaines caractéristiques des immigrants canadiens et des personnes nées au Canada, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

Caractéristiques sélectionnées	Immigrants au	Population née
	Canada	au Canada
	pourcentage	
Sexe		
Hommes	49,2	49,4
Femmes	50,8	50,6
Groupe d'âge		
15 à 24 ans	8,9	15,7
25 à 39 ans	24,6	24,4
40 à 64 ans	44,4	40,8
65 ans et plus	22,1	19,0
Région de naissance		
Europe de l'Ouest	5,8	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	3,5	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	22,3	...
Reste de l'Europe	22,4	...
Asie	45,0	...
Autres pays	1,0	...
Années écoulées depuis l'immigration		
Immigrants récents	26,1	...

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Tableau 1
Certaines caractéristiques des immigrants canadiens et des personnes nées au Canada, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

Caractéristiques sélectionnées	Immigrants au Canada	Population née au Canada
	pourcentage	
Immigrants de longue date	73,9	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage		
Diplôme d'études postsecondaires	84,9	78,5
Caractéristiques sélectionnées	15,1	21,5
Revenu du ménage		
N'appartient pas au quintile de revenu le plus faible	73,1	84,1
Appartient au quintile de revenu le plus faible	26,9	16,0
Trouble d'anxiété		
Oui	4,6	10,3
Non	95,4	89,7
Trouble de l'humeur		
Oui	5,3	10,0
Non	94,7	90,0

... n'ayant pas lieu de figurer

Note : En raison de l'arrondissement, il se peut que la somme des points de données ne corresponde pas à 100.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données regroupées de 2015, 2016 et 2019.

Au total, 1 immigrant canadien sur 16 a eu des pensées suicidaires au cours de sa vie

Dans l'ensemble, 6 % des immigrants canadiens ont pensé au suicide à un moment ou à un autre de leur vie. Cette proportion était considérablement inférieure à celle de 14 % enregistrée chez les personnes nées au Canada ayant sérieusement envisagé le suicide au cours de leur vie. L'idéation suicidaire au cours de l'année précédente était également moins répandue chez les immigrants (1,5 %) que chez leurs homologues nés au Canada (3,1 %) (graphique 1).

Pour comprendre les différences en matière de pensées suicidaires chez les immigrants et les personnes nées au Canada, des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques ont été examinées (tableau 2)¹⁶. Parmi les immigrants, les jeunes de 15 à 24 ans étaient les plus susceptibles de

déclarer une idéation suicidaire au cours de l'année précédente; 4 % ont indiqué avoir pensé au suicide au cours de l'année précédente. Cette proportion était plus de 2,5 fois supérieure à celle déclarée chez les immigrants en général (1,5 %). Il n'existait pas de différence significative en fonction du sexe, de la région de naissance, des années écoulées depuis l'immigration, du niveau de scolarité du ménage et du revenu du ménage parmi les immigrants.

Dans le cas de la population née au Canada, les jeunes ont également enregistré le taux le plus élevé de pensées suicidaires au cours de l'année précédente (6,5 %). De plus, 3,6 % des personnes de 25 à 39 ans ont déclaré une idéation suicidaire au cours de l'année précédente; cette proportion était supérieure à celle de 2 % enregistrée chez les personnes de 40 à 64 ans. Contrairement aux immigrants, des différences existaient en fonction de diverses autres caractéristiques sociodémographiques. Une

proportion plus élevée de femmes nées au Canada (3,4 %) que d'hommes nés au Canada (2,7 %) ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente. De plus, les personnes nées au Canada vivant dans un ménage où aucun membre n'a fait d'études postsecondaires, ainsi que dans un ménage appartenant au quintile de revenu inférieur, ont plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente (3,9 % et 6,2 %, respectivement).

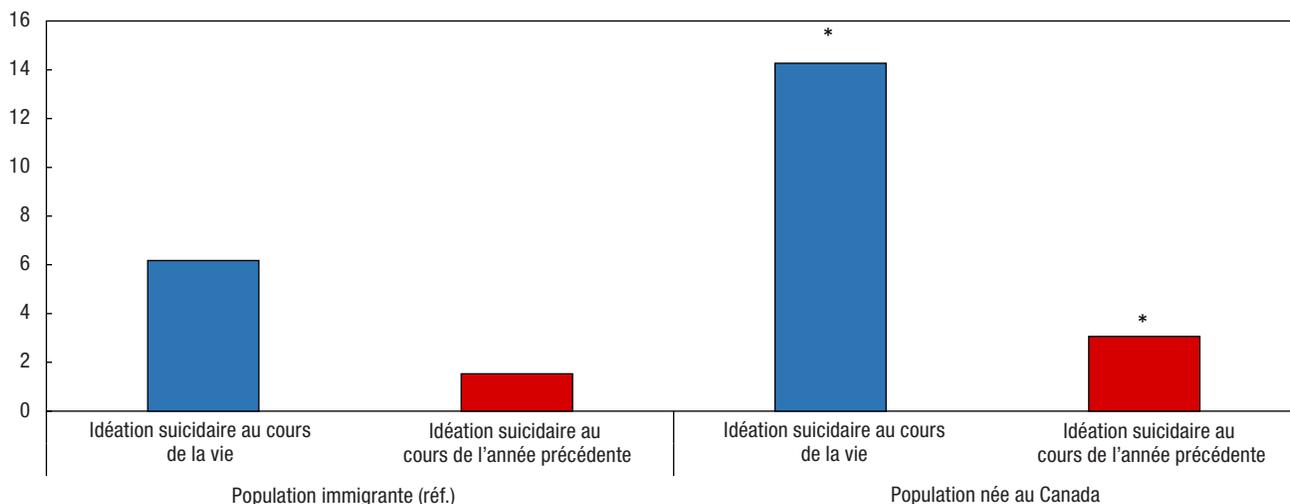
Des comparaisons supplémentaires entre les immigrants et la population née au Canada révèlent que, pour les deux sexes, la population née au Canada enregistrerait une plus grande prévalence de pensées suicidaires au cours de l'année précédente. Au sein de chaque groupe d'âge, les immigrants enregistreraient une plus faible prévalence de pensées suicidaires au cours de l'année précédente que la population née au Canada, à l'exception des immigrants

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Graphique 1

Prévalence des pensées suicidaires (au cours de la vie et au cours de l'année précédente), immigrants et personnes nées au Canada, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

pourcentage



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

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données regroupées de 2015, 2016 et 2019.

de 65 ans et plus, pour lesquels aucune différence significative n'était observée entre les deux groupes.

Les troubles d'anxiété et de l'humeur sont liés aux idées suicidaires à la fois chez les immigrants et les personnes nées au Canada

Le fait d'avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble d'anxiété a été lié à une plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours de l'année précédente à la fois chez les immigrants canadiens et les personnes nées au Canada. En général, la prévalence de troubles d'anxiété et de l'humeur était environ deux fois plus élevée chez les personnes nées au Canada que chez les immigrants ([tableau de l'annexe A](#)). Parmi les immigrants ayant déclaré un trouble de l'humeur, tel qu'une dépression, un trouble bipolaire,

une manie ou une dysthymie, 14 % avaient envisagé le suicide au cours de l'année précédente. Des taux élevés ont également été observés chez les immigrants ayant déclaré un trouble d'anxiété : 11 % ont envisagé le suicide au cours de l'année précédente. Quant aux personnes nées au Canada, la proportion d'idéation suicidaire au cours de l'année précédente s'élevait à 18 % chez celles ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et à 14 % chez celles ayant un trouble d'anxiété.

Un trouble de l'humeur ou un trouble d'anxiété était le plus important facteur de risque associé aux pensées suicidaires au sein de la population immigrante et de celle née au Canada

On a examiné, à l'aide d'un modèle de régression logistique multivarié,

les liens entre certains facteurs socio-démographiques, socioéconomiques et mentaux et les idées suicidaires au cours de l'année précédente chez les immigrants canadiens et la population née au Canada. Des modèles distincts ont été estimés pour la population immigrante et les personnes nées au Canada, puisque l'influence des facteurs de risque sur les idées suicidaires pourrait être différente pour ces deux populations.

Lorsque tous les facteurs de risque et de protection en matière d'idéation suicidaire sont pris en compte simultanément, les résultats donnent à penser qu'avoir soit un trouble d'anxiété ou un trouble de l'humeur, troubles d'ailleurs fortement corrélés ensemble, constituait le plus important facteur de risque à la fois pour la population immigrante et celle née au Canada ([tableau 3](#))¹⁷. Après la prise en compte d'un éventail de facteurs

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Tableau 2

Prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente, selon certaines caractéristiques, populations immigrante et née au Canada âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante			Population née au Canada		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	pourcentage	de	à	pourcentage	de	à
Sexe						
Hommes (réf.)	1,4±	1,1	1,8	2,7	2,5	3,0
Femmes	1,7±	1,3	2,1	3,4*	3,1	3,6
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	4,4*±	3,2	6,0	6,5*	5,8	7,2
25 à 39 ans	1,3±	1,0	1,8	3,6*	3,3	4,0
40 à 64 ans (réf.)	1,2±	0,9	1,6	2,3	2,1	2,5
65 ans et plus	1,2	0,9	1,8	1,0*	0,9	1,8
Région de naissance						
Europe de l'Ouest (réf.)	1,8	1,2	2,7	...	...	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	2,8	1,8	4,4	...	...	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	2,1	1,5	3,0	...	...	...
Reste de l'Europe	1,3	1,0	1,9	...	...	...
Asie	1,2	0,9	1,5	...	...	...
Années écoulées depuis l'immigration						
Immigrants récents (réf.)	1,2	0,9	1,7	...	...	...
Immigrants de longue date	1,7	1,4	2,0	...	...	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires	1,5	1,3	1,8	2,8	2,7	3,0
Aucun diplôme d'études postsecondaires	1,7	1,2	2,3	3,9*	3,5	4,3
Revenu du ménage						
N'appartient pas au quintile inférieur (réf.)	1,7	1,3	2,2	2,5	2,3	2,6
Appartient au quintile inférieur	1,5	1,2	1,8	6,2*	5,7	6,8
Trouble de l'humeur						
Non (réf.)	0,9	0,8	1,1	1,5	1,4	1,6
Oui	13,7*	10,7	17,3	17,9*	16,8	19,1
Trouble d'anxiété						
Non (réf.)	1,1	0,9	1,3	1,8	1,7	2,0
Oui	11,1*	8,0	15,2	14,0*	13,0	15,1

... n'ayant pas lieu de figurer

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

± valeur significativement différente de l'estimation pour la population née au Canada (les tests par paire pour les immigrants canadiens et la population née au Canada ont uniquement été effectués pour le sexe et l'âge) ($p < 0,05$)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données regroupées de 2015, 2016 et 2019.

socioéconomiques, la cote associée au risque de pensées suicidaires était environ 10 fois supérieure chez les personnes ayant déclaré un trouble d'anxiété ou un trouble de l'humeur que chez les autres personnes. Le sexe n'était pas lié à une variation de l'idéation suicidaire au cours de l'année précédente dans le modèle entièrement corrigé pour les deux populations, après la prise en compte de l'incidence de troubles de santé mentale.

Le modèle entièrement corrigé pour les deux populations suggère que les tendances selon l'âge associées aux idées suicidaires antérieures variaient selon le statut d'immigrant après la prise en compte d'autres facteurs sociodémographiques. Le fait d'être très jeune représentait un facteur de risque associé aux idées suicidaires au cours de l'année précédente chez la population immigrante. Par rapport aux immigrants âgés de 40 à 64 ans, les immigrants âgés de 15 à 24 ans étaient environ 4 fois plus

susceptibles d'avoir pensé s'enlever la vie au cours de la dernière année. Chez la population née au Canada, un plus grand intervalle d'âges était à risque. De plus, les aînés nés au Canada étaient moins à risque que le groupe de référence en âge de travailler.

De plus, parmi les immigrants, le nombre d'années écoulées depuis l'immigration constituait un facteur de risque associé aux idées suicidaires. En particulier, les

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

immigrants de longue date, définis comme ceux ayant immigré au Canada plus de 10 ans auparavant, étaient plus portés à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente que les immigrants récents.

En ce qui concerne la population née au Canada, des facteurs socioéconomiques, comme le fait d'appartenir au quintile du revenu du ménage le plus faible et d'appartenir à un ménage dont les membres n'ont pas fait d'études postsecondaires, demeuraient des facteurs de risque

après la prise en compte de différents facteurs sociodémographiques. Ces mêmes facteurs de risque n'étaient pas liés de façon significative aux idées suicidaires au cours de l'année précédente chez les immigrants.

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés des pensées suicidaires au cours de l'année précédente, selon certaines caractéristiques, populations immigrante et née au Canada âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante			Population née au Canada		
	rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Sexe						
Hommes (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Femmes	1,0	0,7	1,4	0,9	0,8	1,0
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	3,9*	2,4	6,4	2,9*	2,5	3,4
25 à 39 ans	1,5	1,0	2,3	1,5*	1,3	1,7
40 à 64 ans (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
65 ans et plus	1,1	0,7	1,9	0,5*	0,4	0,6
Région de naissance						
Europe de l'Ouest	1,0	...	...	...	...	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	1,0	0,5	2,1	...	...	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	1,3	0,7	2,4	...	...	...
Reste de l'Europe	0,7	0,4	1,3	...	...	...
Asie	0,7	0,4	1,3	...	...	...
Années écoulées depuis l'immigration						
Immigrants récents (réf.)	1,0	...	...	...	...	...
Immigrants de longue date	1,8*	1,1	2,8	...	...	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires	1,0	...	...	1,0	...	...
Aucun diplôme d'études postsecondaires	1,1	0,7	1,6	1,2*	1,1	1,4
Revenu du ménage						
N'appartient pas au quintile inférieur (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Appartient au quintile inférieur	1,0	0,6	1,4	1,6*	1,4	1,8
Trouble de santé mentale						
Aucun trouble d'anxiété ou trouble de l'humeur (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Trouble d'anxiété ou trouble de l'humeur	11,4*	8,0	16,1	10,9*	9,6	12,4

... n'ayant pas lieu de figurer

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

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données regroupées de 2015, 2016 et 2019.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Analyse de la mortalité par suicide : description de certaines caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2006

L'analyse de la mortalité par suicide est fondée sur la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 avec un suivi des données relatives aux décès sur 10 ans. Celle-ci comprend 3 685 704 personnes nées au Canada et 1 003 493 immigrants reçus âgés de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés le jour du Recensement de 2006. La cohorte à l'étude est représentative d'environ 5,8 millions d'immigrants reçus et 19,5 millions de personnes nées au Canada.

Environ le quart des immigrants de la CSERCan de 2006 à l'étude étaient des immigrants récents, admis au Canada moins de 10 ans auparavant¹⁸ (tableau 4).

La majorité des immigrants provenaient d'Asie et d'Europe (40 % et 38 %, respectivement). Les immigrants provenant des pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud représentaient ensemble 17 % de la population immigrante. Par rapport à la population née au Canada, les immigrants étaient plus âgés (91 % par rapport à 82 % étant âgés de plus de 25 ans) et plus scolarisés (76 % par rapport à 71 % comptant un membre de la famille titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires). Toutefois, 1 immigrant sur 4 appartenait au quintile de revenu le plus faible par rapport à un peu moins de 1 personne née au Canada sur 5.

Tableau 4
Certaines caractéristiques des populations immigrante et née au Canada, âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada, 2006

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante	Population née au Canada
	pourcentage	
Sexe		
Hommes	47,8	48,8
Femmes	52,2	51,2
Groupe d'âge		
15 à 24 ans	9,4	18,5
25 à 39 ans	23,2	24,2
40 à 64 ans	46,7	43,0
65 ans et plus	20,8	14,3
Région de naissance		
Europe de l'Ouest	7,1	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	3,9	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	17,1	...
Reste de l'Europe	31,3	...
Asie	39,8	...
Autres pays	0,9	...
Années écoulées depuis l'immigration		
Immigrants récents	25,3	...
Immigrants de longue date	74,7	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage		
Diplôme d'études postsecondaires	76,3	70,8
Aucun diplôme d'études postsecondaires	23,7	29,2
Revenu de la famille économique		
N'appartient pas au quintile de revenu le plus faible	74,2	82,0
Appartient au quintile de revenu le plus faible	25,8	18,0

... n'ayant pas lieu de figurer

Note : Comprend les données des provinces et des territoires. En raison de l'arrondissement, il se peut que la somme des points de données ne corresponde pas à 100.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien, 2006.

Le taux de mortalité par suicide normalisé selon l'âge chez les immigrants est inférieur à celui de la population née au Canada

La section suivante présente les tendances de la mortalité par suicide chez les immigrants et les personnes nées au Canada selon la cohorte de 2006 du CSERCan qui comprend des données sur les décès sur une période de 10 ans. Dans l'analyse qui suit, des facteurs de protection ou de risque semblables à ceux tirés de l'ESCC ont été utilisés pour l'analyse descriptive et multivariée, lorsque disponibles au sein des données de la CSERCan. L'objectif est de déterminer si les pensées suicidaires et la mortalité par suicide au cours de la dernière année partagent généralement les mêmes facteurs de risque ou de protection.

Les résultats sont présentés selon le nombre estimé de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque. Le concept d'années-personnes est souvent utilisé dans les études de cohorte et représente l'unité de temps durant laquelle les personnes présentent un risque de décès et peut être compris approximativement comme le nombre de personnes par an.

Reflétant le taux inférieur de pensées suicidaires, la prévalence de mortalité par suicide était moins élevée chez les immigrants qu'au sein de la population née au Canada (tableau 5). Le taux de mortalité par suicide normalisé selon l'âge était de 7,5 décès pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants et de 13,9 décès pour 100 000 années-personnes pour la population née au Canada. Toutefois, on observe une variation des taux de mortalité par suicide au sein des populations lorsque les

données sont ventilées en fonction de facteurs sociodémographiques et socioéconomiques.

Les immigrants nés en Europe de l'Ouest enregistraient le taux de mortalité par suicide le plus élevé

Pour la population immigrante et les personnes nées au Canada, le taux de suicide était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui diffère des tendances en termes de pensées suicidaires. Chez les hommes immigrants, ce taux était 2,75 fois supérieur à celui des immigrantes (11 décès par rapport à 4 décès pour 100 000 années-personnes). De même, le taux chez les hommes nés au Canada était 3 fois supérieur à celui des femmes nées au Canada (22 décès par rapport à 7 décès pour 100 000 années-personnes). Le paradoxe entre l'idéation suicidaire et la mortalité par suicide selon le genre est bien documenté¹⁹. Les hommes ont tendance à utiliser des méthodes plus meurtrières que les femmes pour se suicider, tandis que les femmes ont tendance à déclarer avoir eu des pensées suicidaires et avoir fait des tentatives de suicide.

Le risque de suicide variait chez les immigrants provenant de différentes régions. Les immigrants nés en Europe de l'Ouest enregistraient le taux de mortalité par suicide le plus élevé : 15 décès pour 100 000 années-personnes. Les immigrants des autres régions enregistraient quant à eux des taux de mortalité par suicide allant de 6 à 11 décès pour 100 000 années-personnes (tableau 5).

L'interaction entre l'environnement du pays de naissance et l'intégration

au Canada après l'immigration influe probablement sur la variation de la mortalité par suicide selon la région de naissance. D'après l'Organisation mondiale de la Santé, le risque de suicide varie en fonction de la région, les régions d'Afrique, d'Europe et d'Asie du Sud-Est enregistrant des taux supérieurs à la moyenne mondiale²⁰. Même si les caractéristiques socioéconomiques et relatives à la santé des immigrants diffèrent grandement de celles de la population de leur pays de naissance, les immigrants affichent un risque de suicide similaire à celui de la population de leur pays d'origine, notamment en ce qui concerne la stigmatisation liée aux troubles de santé mentale²¹. Après la migration, un autre ensemble de facteurs de risque influe sur les immigrants dans le pays de destination, notamment les barrières linguistiques, une piètre situation d'emploi et des obstacles en matière de soins de santé²². L'incidence des difficultés d'intégration sociale sur la santé n'est généralement pas immédiate. Cela peut prendre de nombreuses années pour que des efforts d'adaptation élevés et constants influent sur la santé des immigrants éprouvant des difficultés d'intégration sociale²³.

Outre le sexe et la région de naissance, le revenu de la famille économique jouait un rôle quant au risque de suicide chez les immigrants. Les immigrants appartenant au quintile de revenu le plus faible ont enregistré un taux de mortalité par suicide 1,3 fois plus élevé que celui des personnes n'appartenant pas au quintile de revenu le plus faible (9 décès par rapport à 7 décès pour 100 000 années-personnes). Le fait que les conditions économiques exercent une influence sur la mortalité par suicide chez les immigrants de la présente étude, mais aucune sur les idées suicidaires,

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

peut être lié aux différences dans la composition des immigrants dans les deux sources de données. Par exemple, la base de données du CSERCan contient une plus grande proportion d'immigrants européens et d'immigrants de longue date que l'ESCC. Pour cette raison, il n'est pas recommandé de comparer les résultats entre les deux sources de données.

Certains chercheurs soutiennent que les conditions économiques objectives ont un plus faible lien avec la santé mentale que le « statut social subjectif » des immigrants car les immigrants récents et les immigrants de longue date ne se comparent pas nécessairement à la population du pays d'accueil²⁴. Cependant, le groupe de référence des immigrants qui s'acculturent au pays d'accueil au fil du temps peut passer à la population née dans le pays d'accueil et le sentiment relatif de privation peut ainsi être plus élevé.

Le taux de mortalité par suicide chez les immigrants ne différait toutefois pas selon le niveau de scolarité du ménage. Ces résultats indiquent que l'effet de protection des études postsecondaires sur les comportements liés au suicide était faible pour les immigrants. Selon une étude récente, l'expérience d'une surqualification s'avérait plus répandue parmi les immigrants en âge de travailler, au sein duquel 62 % des immigrants récents et 48 % des immigrants établis n'avaient pas trouvé d'emploi correspondant à leurs titres scolaires, par rapport à 40% de la population née au Canada²⁵. Par conséquent, cela indique la possibilité que l'expérience du sous-emploi réduise l'effet de protection des études postsecondaires sur la santé mentale chez les immigrants, qui sont généralement très scolarisés au Canada²⁶.

Comme dans le cas de la population immigrante, les taux de mortalité par suicide étaient plus élevés chez les personnes nées au Canada appartenant à un ménage du quintile de revenu le plus faible (23 décès pour 100 000 années-personnes). Toutefois, contrairement à la population immigrante, le risque de suicide était supérieur chez les personnes nées au Canada appartenant à un ménage au sein duquel aucun membre n'avait fait d'études postsecondaires (16 décès pour 100 000 années-personnes).

Malgré les similarités des tendances entre la population immigrante au Canada et les personnes nées au Canada selon le sexe et le revenu, l'ampleur des différences était inférieure chez les immigrants. Par exemple, le ratio hommes-femmes par rapport au taux de suicide était de 3,2 décès chez les personnes nées au Canada et de 2,7 décès chez les immigrants. Les inégalités en matière de santé liées au revenu se sont également avérées inférieures parmi les immigrants. Par exemple, le ratio de taux entre les personnes du quintile de revenu le plus faible et celles du quintile supérieur était plus important chez les personnes nées au Canada que chez les immigrants (1,9 fois par rapport à 1,3 fois).

Les immigrants de 25 à 39 ans enregistraient le taux de mortalité par suicide le plus faible parmi les immigrants

Les tendances propres à l'âge en matière de mortalité par suicide différaient de celles relatives aux idées suicidaires. Alors que les jeunes avaient tendance à enregistrer des taux supérieurs de pensées suicidaires, ils ne présentaient pas nécessairement un risque plus élevé de mourir par suicide (tableau 6).

Chez les immigrants, les personnes âgées de 40 à 64 ans étaient plus à risque de mortalité par suicide, mais seulement par rapport à leurs homologues de 25 à 39 ans. En effet, le taux de mortalité par suicide des immigrants en âge de travailler était semblable à ceux des groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés. Pour la population née au Canada, les personnes de 40 à 64 ans enregistraient le taux de mortalité le plus élevé (17 décès pour 100 000 années-personnes) par rapport aux autres groupes d'âge.

D'autres comparaisons entre les immigrants et la population née au Canada révèlent que les deux groupes étaient tout aussi sujets à se suicider plus tard dans la vie. Par ailleurs, la mortalité par suicide parmi les jeunes immigrants ne différait pas de celle des jeunes nés au Canada.

Le sexe, l'âge, la région de naissance et le quintile de revenu demeurent d'importants facteurs de risque associés à la mortalité par suicide chez les immigrants, après la prise en compte d'autres facteurs

Afin d'examiner le rôle des facteurs sociodémographiques et socioéconomiques dans le risque de décès par suicide chez les immigrants et les personnes nées au Canada, une analyse multivariée a été menée. Des variables sociodémographiques et socioéconomiques relevées comme étant des facteurs de risque possibles de comportements liés au suicide tout au long des étapes de la vie ont été ajoutées séquentiellement dans le modèle, afin d'ajuster le rapport de risque de la mortalité par suicide. Le rapport de risque peut être

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Tableau 5

Taux de mortalité par suicide parmi les populations immigrante et née au Canada, âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada, 2006

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante			Population née au Canada		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	taux de mortalité	de	à	taux de mortalité	de	à
Dans l'ensemble	7,5±	6,8	8,1	13,9	13,5	14,4
Sexe						
Femmes (réf.)	4,2‡	3,4	4,9	6,7	6,2	7,1
Hommes	11,2* ‡	10,1	12,3	21,6*	20,9	22,4
Région de naissance						
Europe de l'Ouest (réf.)	15,3	10,1	20,4	...	...	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	10,6	5,0	16,2	...	...	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	5,6*	4,4	6,8	...	...	...
Reste de l'Europe	9,3	7,6	10,9	...	...	...
Asie	5,5*	4,7	6,4	...	...	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	7,1	6,2	8,1	11,4	10,8	12,0
Aucun diplôme d'études postsecondaires	7,5	6,6	8,5	16,4*	15,7	17,1
Revenu de la famille économique						
N'appartenant pas au quintile de revenu le plus faible (réf.)	6,9	6,1	7,6	12,2	11,7	12,6
Appartient au quintile de revenu le plus faible	9,3*	7,9	10,7	23,4*	22,1	24,8

... n'ayant pas lieu de figurer

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

‡ valeur significativement différente de l'estimation pour la population née au Canada (les tests par paire pour les immigrants canadiens et la population née au Canada ont uniquement été effectués pour le sexe et l'âge) ($p < 0,05$)

Note : Comprend les données des provinces et des territoires. Le taux de mortalité par suicide a été calculé à partir du nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien, 2006.

Tableau 6

Taux de mortalité par suicide selon l'âge parmi les populations immigrante et née au Canada, âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada, 2006

Groupe d'âge	Population immigrante			Population née au Canada		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	taux de mortalité	de	à	taux de mortalité	de	à
15 à 24 ans	7,3	4,4	10,3	10,9*	9,8	12,0
25 à 39 ans	5,4*‡	4,2	6,5	12,0*	11,2	12,7
40 à 64 ans (réf.)	8,1‡	7,2	9,0	17,3	16,6	18,0
65 ans et plus	10,0	8,8	11,3	11,6*	10,8	12,5

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

‡ valeur significativement différente de l'estimation pour la population née au Canada ($p < 0,05$)

Note : Comprend les données des provinces et des territoires. Le taux de mortalité par suicide a été calculé à partir du nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien, 2006.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

considéré comme le risque relatif de mortalité par suicide en fonction de certaines caractéristiques.

Dans l'ensemble, les modèles pour les populations d'immigrants et de personnes nées au Canada reflètent largement les statistiques descriptives. Après la prise en compte d'autres facteurs, les hommes immigrants et nés au Canada enregistraient un risque de

mortalité par suicide environ trois fois plus élevé que celui de leurs homologues féminins (tableau 7).

Au sein de la population immigrante, les modèles donnent à penser que le sexe, l'âge, la région de naissance et le quintile de revenu sont demeurés des facteurs associés à un risque plus élevé de mortalité par suicide. De même, au sein de la population née au Canada, le sexe, l'âge, le

niveau de scolarité des ménages et le quintile de revenu constituaient des facteurs liés à un risque plus élevé de mortalité par suicide. L'une des principales limites de ce modèle est le manque de données relatives aux troubles de santé mentale, compte tenu de la corrélation positive entre les troubles d'anxiété et de l'humeur et le risque de pensées suicidaires.

Tableau 7

Rapport de risque entièrement corrigé pour les taux de mortalité par suicide, populations immigrante et née au Canada âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada, 2006

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante			Population née au Canada		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	rapport de risque	de	à	rapport de risque	de	à
Sexe						
Femmes (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Hommes	2,9*	2,4	3,5	3,3*	3,1	3,6
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	0,9	0,6	1,2	0,6*	0,6	0,7
25 à 39 ans	0,8*	0,6	1,0	0,9*	0,8	1,0
40 à 64 ans (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
65 ans et plus	1,1	0,9	1,3	0,7*	0,7	0,8
Région de naissance						
Europe de l'Ouest (réf.)	1,0	...	...	...	...	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	0,6*	0,4	0,9	...	...	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	0,3*	0,3	0,4	...	...	...
Reste de l'Europe	0,5*	0,4	0,7	...	...	...
Asie	0,3*	0,2	0,4	...	...	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Aucun diplôme d'études postsecondaires	1,0	0,9	1,2	1,3*	1,2	1,3
Revenu de la famille économique						
N'appartient pas au quintile de revenu le plus faible (réf.)	1,0	...	...	1,0	...	...
Appartient au quintile de revenu le plus faible	1,5*	1,3	1,8	1,9*	1,8	2,1

... n'ayant pas lieu de figurer

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

Note: Comprend les données des provinces et des territoires.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien, 2006.

Conclusion

Dans l'ensemble, les immigrants canadiens enregistraient des taux inférieurs d'idées suicidaires et de mortalité par suicide que les personnes nées au Canada. Toutefois, une certaine hétérogénéité a été observée au sein de cette tendance plus vaste, car les résultats désagrégés ont souligné des variations de la mortalité par suicide selon la région de naissance. Ce constat concorde avec ceux d'études antérieures, selon lesquelles les tendances générales en matière de santé des immigrants comme groupe agrégé ne s'appliquent pas aux immigrants de certaines régions²⁷.

La population immigrante au Canada représente un groupe diversifié, et ainsi, une désagrégation des données est nécessaire pour déceler des variations de comportements quant au suicide. Cela peut ainsi créer des occasions de stratégies ciblées de prévention du suicide. La présente étude a souligné que même si la population immigrante et la population née au Canada partagent certaines tendances générales en matière de comportements liés au suicide, il existe également certaines tendances uniques. Après la prise en compte de facteurs sociodémographiques et économiques, chez les immigrants et les personnes nées au Canada, le sexe n'était pas lié à des différences d'idéation suicidaire au cours de l'année précédente. Toutefois, les hommes enregistraient des taux de mortalité par suicide environ trois fois supérieurs à ceux des femmes. Cet écart entre les sexes était semblable à des statistiques canadiennes diffusées antérieurement²⁸.

Le fait de déclarer un trouble d'anxiété ou un trouble de l'humeur s'est avéré être le plus important

facteur de risque associé aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente pour les deux populations, ce que reflète d'autres études indiquant une influence négative des troubles mentaux sur les comportements liés au suicide²⁹. Un faible revenu du ménage était lié à un risque plus élevé d'idéation suicidaire chez les personnes nées au Canada uniquement, mais un revenu inférieur était lié à une mortalité par suicide chez les deux populations.

Ces résultats désagrégés soulignent encore davantage que la relation entre les comportements liés à l'âge et au suicide varie en fonction du statut d'immigrant, même si, pour les deux populations, la prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente est la plus élevée parmi les jeunes. Les immigrants de tous les groupes d'âge ont déclaré des taux inférieurs de pensées suicidaires au cours de l'année précédente par rapport à la population née au Canada, à l'exception des immigrants plus âgés.

En ce qui a trait à la mortalité par suicide, les jeunes immigrants et les immigrants plus âgés étaient tout aussi susceptibles de mourir par suicide, alors que les jeunes nés au Canada étaient moins susceptibles de mourir par suicide que leurs homologues en âge de travailler. Ces tendances quant à la mortalité par suicide selon l'âge ont également été relevées dans d'autres études canadiennes³⁰. L'âge et les comportements liés au suicide peuvent être corrélés à d'autres facteurs psychosociaux liés à l'âge non observés dans la présente étude, notamment l'estime de soi, la maîtrise et le soutien social³¹. En outre, l'analyse laisse entendre que le niveau de scolarité du ménage était corrélé à des comportements

liés au suicide chez la population née au Canada, mais que cela n'était pas le cas chez les immigrants. Il convient de noter que des mesures de troubles mentaux n'étaient pas disponibles pour l'analyse de la mortalité par suicide. En raison de son lien important avec l'idéation suicidaire, il est recommandé que de futures études explorent la possibilité d'inclure des mesures directes ou indirectes de la santé mentale dans le cadre d'une analyse de la mortalité par suicide.

Plusieurs facteurs influant sur la santé mentale et les comportements liés au suicide n'ont pas été inclus dans la présente étude. Il s'agit de la catégorie d'admission (catégorie économique, regroupement familial, réfugiés), la période de la migration, le stress acculturatif, les ressources psychosociales, la consommation de substances, la religion, les traumatismes au cours de l'enfance et la racialisation³². De plus, l'objectif de la présente étude étant d'explorer les comportements liés au suicide au sein d'une population de 15 ans et plus représentative à l'échelle nationale, seuls des facteurs de protection et de risque s'appliquant à toutes les étapes de la vie ont été inclus. Par conséquent, la situation professionnelle et l'état matrimonial ont été exclus de la présente étude, puisque les jeunes peuvent ne pas avoir d'emploi ou ne pas être mariés.

Les facteurs de protection et de risque varient probablement en fonction du groupe d'âge d'une sous-population. Il est également important d'élaborer des mesures adaptées de facteurs de protection et de risque pour une sous-population particulière. Pour des immigrants du groupe d'âge actif, par exemple, la surqualification ou le stress lié à l'emploi pourrait être un facteur de risque pour la

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

santé mentale, alors que pour des adultes plus âgés, les facteurs de risque pourraient être l'isolement social et les barrières linguistiques. Les prochaines études relatives au suicide devraient être adaptées à des groupes d'âge particuliers pour aider à déterminer des facteurs de protection et de risque importants à différentes étapes de la vie. De plus, des facteurs comme la racialisaton, ainsi que la diversité sexuelle et de genre devraient être pris en compte.

Il doit être reconnu qu'une faible prévalence de comportements liés au suicide peut ne pas représenter

une bonne santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux. Elle existe au sein d'un continuum complexe, est ressentie différemment d'une personne à une autre, avec divers degrés de difficulté et de détresse et potentiellement des résultats sociaux et cliniques très différents. En fait, des études antérieures indiquent que les immigrants déclaraient généralement moins de détresse et de dépression, mais présentaient un niveau semblable de santé mentale autodéclarée ou une qualité de vie inférieure à celle de la

population née au Canada³³. Lorsque les immigrants souffraient d'une piètre santé mentale, ils étaient également moins susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale que la population née au Canada³⁴. Ainsi, il est important de reconnaître qu'il n'existe pas d'approche universelle en matière de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Fei-Ju Yang et Nicole Aitken sont analystes au Centre de l'intégration des données sur la santé (CIDS) de Statistique Canada. Linlu Zhao est analyste à l'Agence de la santé publique du Canada.

Sources de données, méthodes et définitions

Sources de données

La présente étude repose sur deux sources de données. La proportion de personnes ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et de la vie a été estimée à l'aide de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015, 2016 et 2019, qui présentait un contenu lié au suicide. Les territoires et la population vivant en établissement ne faisaient pas partie de l'échantillon de l'ESCC³⁵. Les taux de mortalité par suicide ont été estimés à l'aide de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006³⁶, à l'exception de la population vivant en établissement.

L'ESCC est une enquête transversale qui permet de recueillir des renseignements sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé auprès de la population canadienne de 12 ans et plus; toutefois, les questions relatives au suicide n'ont été posées qu'aux répondants de 15 ans et plus. Les données de trois années ont été regroupées (c.-à-d. 2015, 2016 et 2019). Les estimations regroupées ne représentent pas la population de tout cycle donné de l'ESCC utilisé dans la présente analyse, puisque les échantillons ont été tirés d'une population en évolution. La proportion d'immigrants augmente au fil du temps, par exemple, ou la composition des régions de naissance au sein des immigrants varie au fil du temps³⁷. Toutefois, ces données fournissent une estimation de la prévalence de l'idéation suicidaire reflétant la population à domicile canadienne moyenne âgée de plus de 15 ans de 2015 à 2019 dans les 10 provinces. Les renseignements relatifs aux territoires n'étaient pas disponibles dans les données de l'ESCC sur une seule année³⁸.

La CSERCan est un ensemble de données sur la population couplées de manière probabiliste, qui combine des données relatives aux répondants au questionnaire détaillé du recensement et des données administratives sur la santé, dans ce cas les

données statistiques de l'état civil sur les décès³⁹. Les données sur la mortalité par suicide proviennent de la CSERCan de 2006 s'accompagnant de 10 ans de suivi sur la mortalité. Le suivi sur 10 ans a été choisi, car il fournit suffisamment de chiffres relatifs au suicide et des estimations solides sur les immigrants, tout en évitant les problèmes de sous-couverture attribuables au retard de déclaration connu pour les décès non naturels, comme le suicide. La présente étude portait sur des membres de la cohorte de 15 ans et plus le jour du recensement et vivant au sein d'un ménage privé.

Définitions

Immigrants au Canada : Le terme « immigrants » désigne les immigrants reçus (admis). Les résidents non permanents constituaient un pourcentage très faible de la population et ont donc été exclus de cette étude.

Personnes nées au Canada : Le terme « né au Canada » désigne les personnes nées au Canada, y compris la deuxième ou troisième génération et plus de Canadiens au sein des cycles regroupés de l'ESCC (2015-2016, 2019) et de la CSERCan de 2006.

Idéation suicidaire au cours de la vie (ESCC) : On a posé la question suivante aux répondants : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » Les personnes qui ont répondu « oui » à cette question ont été jugées avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie.

Idéation suicidaire au cours de l'année précédente (ESCC) : La question suivante a été posée uniquement aux répondants ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie : « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? » Les personnes qui ont répondu « oui » à cette question ont été jugées avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Mortalité par suicide (CSERCan) : La détermination du suicide en tant que cause de décès particulière a été fondée sur la CIM-10 (Classification internationale des maladies), notamment X60-X84 et Y87.0.

Région de naissance : Les régions ont été regroupées selon la Classification type des pays et des zones d'intérêt (CTPZI) de 2009 et 2019⁴⁰. Dans l'article, par exemple, l'« Amérique du Nord à l'exception du Canada » inclut le Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon et les États-Unis d'Amérique. Toutefois, en raison des faibles chiffres relatifs à l'idéation suicidaire au cours de l'année précédente, on a regroupé l'Europe du Nord, l'Europe du Sud et l'Europe de l'Est dans la catégorie « Reste de l'Europe ». Les pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud ont été regroupés, car le nombre de décès par suicide parmi les immigrants nés dans ces régions était similaire.

Années écoulées depuis l'immigration : Les répondants admis au Canada au moins 10 ans avant la date de la collecte de données ont été considérés comme étant des immigrants de longue date, alors que les immigrants récents étaient ceux admis au cours des 10 années précédant la date de la collecte de données. Il est important de noter que l'année d'admission est une mesure indirecte des années écoulées depuis l'immigration ou des années de résidence au Canada. Toutefois, il est connu que certains travailleurs étrangers temporaires vivent au Canada pendant un certain temps avant de faire leur demande de résidence permanente⁴¹, alors que d'autres ne vivent pas au Canada immédiatement après avoir été admis au Canada.

Diplôme d'études postsecondaires au niveau du ménage : Cette variable indique si un répondant vit dans un ménage dont au moins l'un des membres a obtenu un diplôme d'études postsecondaires ou non. Le niveau de scolarité du ménage a été choisi plutôt que le niveau de scolarité personnel, car on s'attend à ce que les avantages associés à des études suivies par des membres de la famille se répartissent au sein de l'unité familiale. En particulier, certaines recherches ont révélé que la personne au sein d'un ménage ayant atteint le niveau de scolarité le plus élevé avait une influence positive sur les résultats en matière de santé des membres de sa famille⁴².

Niveau de revenu du ménage (ESCC) : Les quintiles de revenu du ménage ont été créés en deux étapes : on a d'abord calculé un ratio du revenu du ménage total avant impôt par rapport au seuil de faible revenu correspondant à la taille du ménage et de la collectivité, pour chaque répondant; puis, des quintiles fondés sur ces ratios ont été générés à l'aide de données pondérées. Pour fournir des estimations plus solides, des quintiles ont été divisés en « appartenant au quintile inférieur » et « hors du quintile inférieur ». Il convient de noter que les ménages peuvent inclure des personnes vivant avec des personnes non apparentées, alors que la famille économique désigne « un groupe de deux personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, le mariage, l'union libre, l'adoption ou une relation de famille d'accueil »^{43, 44}. Même si des quintiles de revenu fondés sur le revenu du ménage peuvent inclure des sources de revenu de membres non apparentés, l'ESCC n'a pas fourni de renseignements pour calculer les quintiles de revenus fondés sur le concept de famille économique.

Niveau de revenu de la famille économique (CSERCan) : Pour créer des quintiles de revenu de la famille économique, on a d'abord calculé le revenu familial total avant impôts pour tous les membres de la famille économique, puis on a calculé le ratio de ce revenu par rapport au seuil de faible revenu en fonction de la taille de la famille et de la collectivité. Les quintiles ont été générés à l'aide de données pondérées⁴⁵. Pour fournir des estimations plus solides, des quintiles ont été divisés en « appartenant au quintile inférieur » et « hors du quintile inférieur ». D'autres analyses ont été effectuées pour comparer les taux de mortalité par suicide par quintile de revenu du ménage et par quintile de revenu de la famille économique. Les résultats fondés sur le niveau de revenu de la famille économique et le niveau de revenu du ménage étaient relativement proches.

Méthodologie

Toutes les statistiques descriptives et déductives ont été calculées avec des poids de sondage et des poids bootstrap (1 000 poids bootstrap pour l'ESCC de 2015, 2016, 2019 et 500 poids bootstrap pour la CSERCan de 2006).

Pour les statistiques descriptives, des tests de signification de khi carré par paire ont été effectués.

Rapport de cotes corrigé : Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour estimer le rapport de cotes corrigé des pensées suicidaires au cours de l'année précédente. Le rapport de cotes corrigé est la probabilité qu'une personne ayant une caractéristique donnée (p. ex. être un homme ou une femme) ait envisagé le suicide au cours de l'année précédente, tout en tenant compte d'autres caractéristiques (p. ex. en fixant les autres caractéristiques, comme l'âge ou le revenu du ménage, à leur valeur moyenne mesurée au sein de l'échantillon).

Taux de mortalité par suicide normalisé selon l'âge : Les taux normalisés selon l'âge permettent d'effectuer des comparaisons entre les groupes. Les taux ont été estimés au moyen de la méthode directe de normalisation selon l'âge. Les taux de tous les groupes ont tous été normalisés par rapport à la population standard de 2011, conformément à la description du glossaire des Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès⁴⁶. Pour calculer les taux de suicide normalisés selon l'âge, les taux de mortalité par suicide propre à l'âge (15 groupes d'âge sur une période de cinq ans au total) ont été multipliés par 100 000 années-personnes au sein d'un groupe d'âge de cinq ans. Les taux de suicide normalisés selon l'âge ont été calculés en divisant le nombre de décès par suicide des membres de la cohorte au cours de la période de suivi par les années-personnes à risque totales. De plus amples renseignements figurent dans la section des publications de Statistique Canada portant sur les indicateurs de la santé, Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil⁴⁷.

Années-personnes à risque : Dans des études prospectives (qui suivent une cohorte ou un groupe de personnes au fil du temps), le concept d'années-personnes à risque est couramment utilisé comme mesure pour dénombrer les personnes au sein d'une cohorte à l'étude exposées au risque d'une cause de décès particulière et les années que chaque personne passe dans la période d'étude⁴⁸.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Taux de suicide selon l'âge : Ces taux ont été calculés en divisant le nombre de décès par suicide d'un groupe d'âge particulier par la population respective, puis en multipliant le nombre obtenu par 100 000 années-personnes.

Rapports des risques instantanés : Une modélisation de Cox par risques proportionnels a été appliquée pour estimer les rapports des risques instantanés corrigés de la mortalité par suicide. Les personnes décédées en raison d'autres causes ont été retirées.

Limites

Les résultats de la présente étude devraient être interprétés en tenant compte de plusieurs limites. Les cohortes à l'étude de l'ESCC et de la CSERCan reflétaient la population immigrante au moment de la collecte de données. Puisque les données de l'ESCC ont été recueillies 10 ans après celles de la CSERCan de 2006, le pourcentage de répondants immigrants au sein de la cohorte d'étude de l'ESCC était supérieur à celui de la CSERCan de 2006. Des différences de composition existent également dans la région de naissance entre l'ESCC et la CSERCan, car les pays représentant d'importantes régions d'origine d'immigrants variaient selon la période⁴⁹. Ainsi, les résultats fondés sur l'ESCC et la CSERCan ne sont pas directement comparables.

Les résultats de l'ESCC se fondent sur l'autodéclaration, qui peut faire l'objet d'un biais de rappel. L'autodéclaration peut également mener à une sous-estimation de la prévalence des idées suicidaires, en raison de la stigmatisation relative au suicide et d'autres facteurs. L'idéation suicidaire au cours de l'année précédente peut être sous-déclarée en raison de la séquence de l'enquête posant la question uniquement aux participants ayant indiqué avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie.

Les estimations des taux de mortalité par suicide fondées sur la CSERCan de 2006 peuvent sous-estimer les taux de mortalité réels par suicide pour la population de 15 ans et plus, puisque l'étude excluait la population vivant en établissement et que tous les décès par suicide des statistiques de l'état civil n'ont pas été intégrés au Recensement de 2006. Puisque la CSERCan de 2006 ne peut pas tenir compte des tendances d'émigration (les personnes nées au Canada déménageant dans d'autres pays ou des immigrants retournant dans leurs pays d'origine), des suicides ayant eu lieu dans d'autres pays n'ont pas pu être recensés. Il faut également faire preuve de prudence

lors de l'interprétation des résultats, car des renseignements sociodémographiques et socioéconomiques déclarés le jour de la collecte de données peuvent changer au fil du temps.

Les résultats de l'étude en matière de pensées suicidaires et de mortalité par suicide ne devraient pas être comparés directement. Les comportements liés au suicide ne suivent pas nécessairement une progression linéaire quant à la gravité et, comme cela a été indiqué ci-dessus, les deux sources de données utilisées dans le cadre de la présente étude ne sont pas directement comparables.

L'étude se concentrait sur l'idéation suicidaire au cours de l'année précédente plutôt qu'au cours de la vie pour les raisons suivantes : 1) une prévalence au cours de la vie ne reflète pas les besoins de traitements actuels des immigrants ayant envisagé le suicide au cours de l'année précédente; 2) la plupart des immigrants ont passé un temps considérable dans leur pays d'origine et l'utilisation de la prévalence au cours de la vie peut refléter des expériences d'idéation suicidaire dans d'autres pays, plutôt que des expériences d'idéation suicidaire d'immigrants récents au Canada; 3) il est possible de se rétablir de la suicidabilité⁵⁰ et utiliser la prévalence au cours de la vie ne reflète pas les tendances changeantes des comportements suicidaires.

Dans le cadre de l'étude, on a également choisi de déclarer des résultats désagrégés en fonction de la région de naissance plutôt que par groupes racisés, car des études antérieures ont montré qu'il existe des liens entre la région de naissance et divers résultats en matière de santé, notamment la mortalité par suicide, la santé autoévaluée, le diabète et l'arthrite⁵¹. Les groupes racisés sont une catégorie trop vaste pour des comportements liés au suicide, car certains groupes racisés viennent de différentes régions de naissance; l'estimation des comportements liés au suicide peut cacher d'importantes variations dans les résultats en matière de santé. Par exemple, l'étude révèle que les immigrants d'Europe de l'Ouest ont enregistré des taux de mortalité par suicide supérieurs à ceux des immigrants du reste de l'Europe. De plus, le statut racisé peut être confondu avec le statut de génération d'immigrants. Les groupes racisés constituaient 60 % des immigrants de première génération, mais ils représentaient 30 % des immigrants de deuxième génération⁵². Ce risque de confusion a des répercussions lorsque l'on détermine si l'appartenance ou non à un groupe racisé a une incidence sur les comportements liés au suicide, car le statut de génération a une incidence sur les comportements liés au suicide⁵³.

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

Annexe A

Pensées suicidaires au cours de la vie, selon certaines caractéristiques, populations immigrante et née au Canada âgées de 15 ans et plus et vivant dans un ménage, Canada à l'exception des territoires

Caractéristiques sélectionnées	Population immigrante			Population née au Canada		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Sexe						
Hommes (réf.)	5,2	4,7	5,9	12,8	12,4	13,3
Femmes	7,1*	6,5	7,8	15,7*	15,2	16,1
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	10,5*	8,4	12,9	16,3*	15,4	17,2
25 à 39 ans	6,1	5,3	7,0	17,3*	16,6	18,1
40 à 64 ans (réf.)	5,8	5,1	6,5	14,6	14,1	15,1
65 ans et plus	5,2	4,6	6,0	7,8*	7,5	8,2
Région de naissance						
Europe de l'Ouest (réf.)	11,0	9,2	13,1	...	...	...
Amérique du Nord à l'exception du Canada	14,9*	12,3	17,9	...	...	...
Pays des Caraïbes, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud	7,0*	5,9	8,3	...	...	...
Reste de l'Europe	6,3*	5,4	7,2	...	...	...
Asie	4,3*	3,7	5,0	...	...	...
Années écoulées depuis l'immigration						
Immigrants récents (réf.)	4,5	3,8	5,3	...	...	...
Immigrants de longue date	6,9*	6,3	7,5	...	...	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	6,2	5,7	6,7	13,8	13,4	14,1
Sans diplôme d'études postsecondaires	6,2	5,2	7,3	16,1*	15,4	16,8
Revenu du ménage						
N'appartient pas au quintile inférieur (réf.)	6,3	5,4	7,2	12,7	12,4	13,1
Appartient au quintile inférieur	6,2	5,7	6,7	22,7*	21,8	23,6
Trouble de l'humeur						
Non (réf.)	4,8	4,4	5,2	10,2	9,9	10,5
Oui	33,5*	29,4	37,8	52,1*	50,7	53,5
Trouble d'anxiété						
Non (réf.)	5,3	4,9	5,7	11,3	11,0	11,7
Oui	26,1*	22,1	30,6	40,8*	39,5	42,2

... n'ayant pas lieu de figurer

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

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données regroupées de 2015, 2016 et 2019.

Notes

1. Turecki et Brent (2016).
2. Statistique Canada, [Tableau 13-10-0394-01](#).
3. Agence de la santé publique du Canada, [Données sur le suicide au Canada \(infographique\)](#).
4. Flynn et Robinson (2008).
5. Caron-Malenfant (2004); Di Thiene et coll. (2015); Puzo, Mehlum et Qin (2017); Chiu et coll. (2018); Elamoshy et Feng (2018); Brennecke et coll. (2020); Niederkrotenthaler et coll. (2020).
6. Stirbu et coll. (2006); Saunders et coll. (2017; 2019); Elamoshy et Feng (2018); Hollander et coll. (2020); Nakhaie, R. et R. Wijesingha (2015); Stick, Hou, et Kaida (2021); Statistique Canada, tableau 14-10-0083-01.
7. Statistique Canada, [150 ans d'immigration au Canada](#).
8. Caron-Malenfant (2004).
9. Saunders (2019).
10. Hjern et Allebeck (2002); Caron-Malenfant (2004); Ide et coll. (2012); Chau, Baumann et Chau (2013); Webb et coll. (2016); Donath et coll. (2019); Kanamori et coll. (2020).
11. Caron-Malenfant (2004).
12. Castañeda et coll. (2015); Jalles et Andresen (2015); Organisation mondiale de la Santé, Déterminants sociaux de la santé.
13. Les cycles antérieurs de l'ESCC recueillaient seulement des renseignements sur le sexe des répondants et non sur les deux sexes à la naissance et le genre actuel. Il n'est, par conséquent, pas possible d'examiner les différences en fonction de l'identité de genre.
14. Voir la section « Sources de données, méthodes et définitions » pour obtenir de plus amples renseignements.
15. La question suivante a été posée aux répondants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « En quelle année êtes-vous devenu un immigrant reçu au Canada pour la première fois? » Le statut d'immigrant récent ou de longue date a été déduit en fonction de l'année d'admission et de l'année de collecte des données. Les répondants admis au Canada au moins 10 ans avant la date de collecte des données ont été considérés comme étant des immigrants de longue date, alors que les immigrants récents étaient ceux admis au cours des 10 années précédant la date de collecte des données.
16. Un tableau de données sur l'idéation suicidaire au cours de la vie désagrégées en fonction des mêmes caractéristiques est inclus à l'annexe A, aux fins de référence.
17. L'anxiété et les troubles de l'humeur ont été combinés pour réduire la multicollinéarité. L'anxiété et le trouble de l'humeur sont fortement corrélés, la cooccurrence de ces deux troubles étant élevée.
18. Le jour du recensement, il était demandé aux répondants de déclarer l'année de première obtention du statut d'immigrant reçu au Canada. Le statut d'immigrant récent ou de longue date a été déduit en fonction de l'année d'admission et de l'année de collecte des données. Les répondants admis au Canada au moins 10 ans avant la date de collecte des données ont été considérés comme étant des immigrants de longue date, alors que les immigrants récents étaient ceux admis au cours des 10 années précédant la date de collecte des données.
19. Bachmann (2018); Canetto (1994); Canetto et Sakinofsky (1998).
20. Organisation mondiale de la Santé (2019).
21. Feliciano (2005); Grogger et Hanson (2011); Mascayano et coll. (2015); Voracek et Loibl (2008).
22. Adserà et Ferrer (2015); Fu et VanLandingham (2012); Newbold (2005); Reitz (2012); Vang et coll. (2017).
23. Fu et VanLandingham (2012).
24. Ali (2002); Bernal et coll. (2022); Gelatt (2013); Leu et coll. (2008); Lou et Beaujot (2005).
25. Fu et VanLandingham (2012).
26. Bracke, Pattyn et von dem Knesebeck (2013).
27. Caron-Malenfant (2004); Ng et Zhang (2020); Vang et coll. (2017).
28. Caron-Malenfant (2004).
29. Georgiades et coll. (2019).
30. Caron-Malenfant (2004); Navaneelan (2017); Statistique Canada, Tableau 13-10-0394-01.
31. Findlay (2017); Wade et Cairney (2000).
32. Knipscheer, De Jong, Kleber et Lamptey (2000); Khan (2017); Ng (2011); Ng et Zhang (2020); Su, D'Arcy et Meng (2020); Wade et Cairney (2000); Yu (2021).
33. Ali (2002); Bonikowska, Helliwell, Hou et Schellenberg (2013); Mawani et Gilmour (2010); Ng et Zhang (2020).
34. Ng et Zhang (2021).

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

35. Statistique Canada, [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\) de 2015; ESCC de 2016; ESCC de 2019](#).
36. Tjepkema et coll. (2019).
37. Thomas et Wannell (2015).
38. Statistique Canada, [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\) de 2015; ESCC de 2016; ESCC de 2019](#).
39. Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan).
40. Statistique Canada, [Pays et zones d'intérêt pour les statistiques sociales – Classification type des pays et des zones d'intérêt \(CTPZI\) 2009, 2019](#).
41. Hou, Crossman et Picot (2020).
42. Ishikawa et Kiuchi 2019; Lindelow (2008).
43. Statistique Canada, Ménage. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=Unit&ld=96113
44. Statistique Canada, Famille économique. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=Unit&ld=33863
45. Marshall-Catlin, Bushnik et Tjepkema (2019) ont eu recours à la même méthode de calcul des quintiles de revenu de la famille économique.
46. Statistique Canada, [Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès – Glossaire](#).
47. Statistique Canada, 2. [Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil \(Statistique Canada\)](#).
48. Pour en savoir davantage sur la façon dont les années-personnes à risque ont été calculées, veuillez vous reporter à Kumar et Tjepkema (2019).
49. Statistique Canada, [150 ans d'immigration au Canada](#).
50. Robert Olsen, [What does successful recovery look like?](#)
51. Caron Malenfant (2004); Rotermann (2011).
52. Statistique Canada (2013).
53. Hjern et Allebeck (2002); Di Thiene et coll. (2015).

Documents consultés

ALI, Jennifer. 2002. « [La santé mentale des immigrants au Canada](#) », *Rapports sur la santé*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002006-fra.pdf?st=iG3R6F7s>

BACHMANN, Silke. 2018. « [Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective](#) », *Int J Environ Res Public Health*. Vol. 15, no 7, p. 1425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068947/>

BERNAL, Darren R., Kimberly MISIASZEK, Johanna AYALA et Niki KENLY. 2022. « [Second-class citizens? Subjective social status, acculturative stress, and immigrant well-being](#) », *SN Soc Sci*. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00371-2>

BERSANI, Bianca E. et Melissa S. MORABITO. 2020. « [Immigrant disparities in suicide ideation: variation across age of migration, gender, and nativity](#) », *J Immigr Minor Health*. Vol. 22, no 5, p. 881 à 887. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-020-00993-9>

BRACKE, Peit, Elise PATTYN, et Olaf von dem KNESEBECK. 2013. « [Overeducation and depressive symptoms: diminishing mental health returns to education](#) », *Social Health Illn*. vol. 35, no 8, p. 1242 à 1259. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12039>

BRENNECKE, Gerald, Franziska S. STOEBER, Mattias KETTNER, Jan KEIL, Lars WHITE, Andreas VASILACHE, Kai von KLITZING et Daniel RADELOFF. 2020. « [Suicide among immigrants in Germany](#) », *J Affect Disord*. vol. 274, p. 435 à 443. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663973/>

BURGER, Irene, Albert M. van HEMERT, Willem J SCHUDEL et Barend J.C. MIDDELKOOP. 2009. « [Suicidal behavior in four ethnic groups in the Hague, 2002–2004](#) », *Crisis*. vol. 30, no 2, p. 63 à 67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19525163/>

CANETTO, Silvia Sara. 1994. « [Gender issues in the treatment of suicidal individuals](#) », *Treatment of suicidal people*. vol. 18, no 5, p. 115 à 126. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481189408252696>

CANETTO, Silvia Sara et Isaac SAKINOFKY. 1998. « [The gender paradox in suicide](#) », *Suicide Life Threat Behav*. vol. 28, no 1, p. 1 à 23. https://www.researchgate.net/profile/Silvia-Canetto/publication/13720598_The_Gender_Paradox_in_Suicide/links/59dd78c20f7e9b53c1979730/The-Gender-Paradox-in-Suicide.pdf

CARON MALENFANT, Eric. 2004. « [Le suicide chez les immigrants au Canada](#) », *Rapports sur la santé*. vol. 15, no 2, p. 9 à 17. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2003002/article/6807-fra.pdf?st=LLKGEQhp>

- CASTAÑEDA, Heide, Seth M. HOLMES, Daniel S. MADRIGAL, Maria-Elena D. YOUNG, Naomi BEYELER et James QUESADA. 2015. « [Immigration as a social determinant of health](#) », *Annu Rev Public Health*. vol. 36, p. 375 à 392. <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- CHAU, Kénora, Michele BAUMANN et Nearkasen CHAU. 2013. « [Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence](#) », *Int J Equity Health*. vol. 12, no 65, p. 1 à 12. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-65>
- CHIU, Maria, Abigail AMARTEY, Xuesong WANG et Paul KURDYAK. 2018. « [Ethnic differences in mental health status and service utilization: a population-based study in Ontario, Canada](#) », *Can J Psychiatry*. vol. 63, no 7, p. 481 à 491. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743717741061>
- DECKERT, Andreas, Volker WINKLER, Christa MEISINGER, Margit HEIER et Heiko BECHER. 2015. « [Suicide and external mortality pattern in a cohort of migrants from the former Soviet Union to Germany](#) », *J Psychiatr*. vol. 63, p. 36 à 42. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395615000643>
- DI THIENE, Domitilla, Kristina ALEXANDERSON, Petter TINGHÖG, Giuseppe LA TORRE et Ellenor MITTENDORFER-RUTZ. 2015. « [Suicide among first-generation and second-generation immigrants in Sweden: association with labour market marginalisation and morbidity](#) », *J Epidemiol Community Health*. vol. 69, no 5, p. 467 à 473. <https://jech.bmj.com/content/69/5/467>
- DONATH, Caroline, Marie Christine BERGMANN, Soren KLIEM, Thomas HILLEMACHER et Drik BAIER. 2019. « [Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study](#) », *BMC Pediatr*. vol. 19, no 45, p. 1 à 15. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1404-z>
- DUNLAVY, Andrea, Sol JUÁREZ, Susanna TOIVANEN, et Mikael ROSTILA. 2019. « [Suicide risk among native-and foreign-origin persons in Sweden: a longitudinal examination of the role of unemployment status](#) », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. vol. 54, no 5, p. 579 à 590. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1621-z>
- ELAMOSHAY, Rasha et Cindy FENG. 2018. « [Suicidal ideation and healthy immigrant effect in the Canadian population: a cross-sectional population based study](#) », *Int J Environ Res Public Health*. vol. 15, no 848, p. 1 à 11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29693576/>
- FELICIANO, Cynthia. 2005. « [Does selective migration matter? Explaining ethnic disparities in educational attainment among immigrants' children](#) », *International Migration Review*. vol. 39, no 4, p. 841 à 871. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1747-7379.2005.tb00291.x>
- FU, Hongyun et Mark J. VANLANDINGHAM. 2012. « [Mental health consequences of international migration for Vietnamese Americans and the mediating effects of physical health and social networks: results from a natural experiment approach](#) », *Demography*. vol. 49, no 2, p. 393 à 424. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13524-011-0088-2>
- FINDLAY, Leanne. 2017. « [Dépression et idéation suicidaire chez les Canadiens de 15 à 24 ans](#) », *Rapports sur la santé*. vol. 28, no 1, p. 3 à 11. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.htm>
- GROGGER, Jeffery et Gordon H. HANSON. 2011. « [Income maximization and the selection and sorting of international migrants](#) », *Journal of Development Economics*. vol. 95, no 1, p. 42 à 57. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304387810000647>
- HJERN, Anders et Peter ALLEBECK. 2002. « [Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study](#) », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. vol. 37, no 9, p. 423 à 429. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-002-0564-5>
- HJERN, Anders, Jesus PALACIOS, Bo VINNERLJUNG, Helio MANHICA et Frank LINDBLAD. 2020. « [Increased risk of suicidal behaviour in non-European international adoptees decreases with age - a Swedish national cohort study](#) », *EClinicalMedicine*. vol. 29-30, no 100643, p. 1 à 7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537020303874?via%3Dihub>
- HOLLANDER, Anna-Clara, Alexandra PITMAN, Hugo SJÖQVIST, Glyn LEWIS, Cecilia MAGNUSSON, James B. KIRKBRIDE et Christina DALMAN. 2020. « [Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population](#) », *Br J Psychiatry*. vol. 217, no 6, p. 686 à 692. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31608849/>
- HOU, Feng, Eden CROSSMAN et Garnett PICOT. 2020. « [Sélection des immigrants en deux étapes : analyse de son expansion au Canada](#) », *Statistique Canada: Aperçus économiques*. 11-626-X2020010(112), p. 1 à 11. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-626-x/11-626-x2020010-fra.htm>

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

IDE, Naoko, Kairi KÖLVES, Maria CASSANITI et Diego DE LEO. 2012. « [Suicide of first-generation immigrants in Australia, 1974–2006](#) », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* vol. 47, no 12, p. 1917 à 1927. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-012-0499-4>

JALLES, Joao T. et Martin A. ANDRESEN. 2015. « [The social and economic determinants of suicide in Canadian provinces](#) », *Health Econ Rev.* vol. 5, no 1, p. 1 à 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314828/#:~:text=Within%20this%20framework%2C%20three%20main,to%20a%20lower%20suicide%20propensity>.

KANAMORI, Mariko, Naoki KONDO, Sol JUAREZ, Andrea DUNLAVY, Agenta CEDERSTRÖM et Mikael ROSTILA. 2020. « [Rural life and suicide: does the effect of the community context vary by country of birth? A Swedish registry-based multilevel cohort study](#) », *Soc Sci Med.* vol. 253, no 112958, p. 1 à 8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620301775>

KÖLVES, Kairi et Diego DE LEO. 2015. « [Are immigrants responsible for the recent decline in Australian suicide rates?](#) », *Epidemiol Psychiatr Sci.* vol. 24, no 3, p. 241 à 248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24785466/>

KPOSOWA, Augustine J., James P. MCELVAIN et Kevin D. BREAUULT. 2008. « [Immigration and suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration](#) », *Arch Suicide Res.* vol. 12, no 1, p. 82 à 92. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1381110701801044>

KUMAR, Mohan B. et Michael TJEPKEMA. 2019. « [Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits \(2011 à 2016\) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien \(CSERCan\) de 2011](#) », *Statistique Canada : Enquête nationale auprès des ménages : Peuples autochtones.* 99-011-X2019001, p. 1 à 23. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>

LEU, Janxin, Irene H. YEN, Stuart A. GANSKY, Emily WALTON, Nancy E. ADLER et David T TAKEUCHI. 2008. « [The association between subjective social status and mental health among Asian immigrants: investigating the influence of age at immigration](#) », *Soc Sci Med.* vol. 66, no 5, p. 1152 à 64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18191317/>

LU, Yao et Feng HOU. 2019. « [Surqualification chez les immigrants titulaires d'un grade universitaire au Canada et aux États-Unis](#) », *Statistique Canada: Direction des études analytiques : documents de recherche.* vol. 11F0019M, n° 434, p. 1 à 23. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2019022-fra.htm>

MAYNARD, Maria J., Michael ROSATO, Alison TEYHAN et Seeromanie HARDING. 2012. « [Trends in suicide among migrants in England and Wales 1979–2003](#) », *Ethn Health.* vol. 17, no 1-2, p. 135 à 140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22288722/>

NAVANEELAN, Tanya. 2017. « [Les taux de suicide : un aperçu](#) », *Statistique Canada: Coup d'œil sur la santé.* 82-624-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

NEWBOLD, Bruce. 2005. « [Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect](#) », *Social Science & Medicine.* vol. 60, no 6, p. 1359 à 70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15626530/>

NIEDERKROTENTHALER, Thomas, Ellenor MITTENDORFER-RUTZ, Lars MEHLUM, Ping QIN et Emma BJÖRKENSTAM. 2020. « [Previous suicide attempt and subsequent risk of re-attempt and suicide: are there differences in immigrant subgroups compared to Swedish-born individuals?](#) », *J Affect Disor.* vol. 265, p. 263 à 71. <https://europepmc.org/article/MED/32090750>

NG, Edward et Haozhen ZHANG. 2021. « [L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada](#) », *Rapports sur la santé.* vol. 31, no 6, p. 3 à 13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021006/article/00001-fra.htm>

PUZO, Quirino, Lars MEHLUM, et Ping QIN. 2017. « [Suicide among immigrant population in Norway: a national register-based study](#) », *Acta Psychiatr Scand.* vol. 135, no 6, p. 584 à 592. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12732>

REITZ, Jeffery. 2012. « [The distinctiveness of Canadian immigration experience](#) », *Patterns of Prejudice.* vol. 46, no 5, p. 518 à 538. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0031322X.2012.718168>

ROTERMANN, Michelle. 2011. « [Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants](#) », *Rapports sur la santé.* vol. 22, no 4, p. 37 à 43. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2011004/article/11589-fra.htm>

SAUNDERS, Natasha Ruth, Michael LEBENBAUM, Therese A. STUKEL, Hong LU, Marcelo L. URQUIA, Paul KURDYAK et Astrid GUTTMANN. 2017. « [Suicide and self-harm trends in recent immigrant youth in Ontario, 1996–2012: a population-based longitudinal cohort study](#) », *BMJ Open.* vol. 7, no 9. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e014863>

Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants

- SAUNDERS, Natasha Ruth, Maria CHIU, Michael LEBENBAUM, Simon CHEN, Paul KURDYAK, Astrid GUTTMANN et Simone VIGOD. 2019. « [Suicide and self-harm in recent immigrants in Ontario, Canada: a population-based study](#) », *Can J Psychiatry*. vol. 64, no 11, p. 777 à 788. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743719856851>
- STATISTIQUE CANADA. 2013. « [Generation status: Canadian-born children of immigrants](#) », *Statistics Canada: NHS in Brief, 99-010-X2011003*, p. 1 à 7. https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011003_2-eng.cfm
- STIRBU, Irina, Anton KUNST, Vivian BOS et Johan MACKENBACH. 2006. « [Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in The Netherlands](#) », *BMC Public Health*. vol. 6, no 78, p. 1 à 10. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-78>
- SU, Yingying, Carl D'ARCY et Xiangfei MENG. 2020. « [Social support and positive coping skills as mediators buffering the impact of childhood maltreatment on psychological distress and positive mental health in adulthood: analysis of a national population-based sample](#) », *Am J Epidemiol*. vol. 189, no 5, p. 394 à 402. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31907548/>
- SUNDARAM, Vanita, Ping QIN et Lilian ZØLLNER. 2006. « [Suicide risk among persons with foreign background in Denmark](#) », *Suicide Life Threat Behav*. vol. 36, no 4, p. 481 à 489. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1521/suli.2006.36.4.481>
- TJEPKEMA, Micheal, Tanya CHRISTIDIS, Tracey BUSHNIK et Lauren PINAULT. 2019. « [Profil de cohorte : Cohortes santé et environnement du recensement canadien \(CSERCAN\)](#) », *Rapports sur la santé*. vol. 30, no 12, p. 18 à 26. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019012/article/00003-fra.htm>
- TURECKI, Gustavo et David A. BRENT. 2016. « [Suicide and suicidal behaviour](#) », *Lancet*. vol. 387, no 10024, p. 1227 à 1239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26385066/>
- UEDA, Michiko, Kanako YOSHIKAWA et Tetsuya MATSUBAYASHI. 2019. « [Suicide by persons with foreign background in Japan](#) », *PloS One*. vol. 14, no 2. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211867>
- VANG, Zoua M., Jennifer SIGOUIN, Astrid FLENON, et Alain GAGNON. 2017. « [Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada](#) », *Ethn Health*. vol. 22, no 3, p.20941. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2016.1246518?journalCode=ceth20>
- VORACEK, Martin, et Lisa Mariella LOIBL. 2008. « [Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis](#) », *Acta Psychiatr Scand*. Vol 118, p. 259 à 71. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2008.01238.x>
- WADE, Terrance et John CAIRNEY. 2000. « [The effect of sociodemographics, social stressors, health status and psychosocial resources on the age depression relationship](#) », *Canadian Journal of Public Health*. vol. 91, no 4, p. 307 à 312. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03404295>
- WEBB, Roger T., Sussie ANTONSEN, Carsten B. PEDERSEN, Pearl L.H. MOK, Elizabeth CANTOR-GRAAE et Esben AGERBO. 2016. « [Attempted suicide and violent criminality among Danish second-generation immigrants according to parental place of origin](#) », *Int J Soc Psychiatry*. vol. 62, no 2, p. 186 à 197. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764015615904>
- WESTMAN, Jeanette, Jan HASSELSTRÖM, Sven-Erik JOHANSSON et Jan SUNDQUIST. 2003. « [The influences of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people](#) », *Arch Gen Psychiatry*. vol. 60, no 4, p. 409 à 414. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207351>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. Figure 8. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) by WHO region, 2016, in *Suicide in the world: Global suicide estimates*. <https://aps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- YU, Megan. 2021. « [Does participating in religious activities have a long-term effect on the emotional/mental health of immigrants in Canada?](#) », *Canadian Studies in Population*. vol. 48, p.1 à 28. <https://link.springer.com/article/10.1007/s42650-021-00043-1>
- ZHANG, Jie, Le FANG, Yow-Wu B WU et William F. WIECZOREK. 2013. « [Depression, anxiety, and suicidal ideation among Chinese Americans: a study of immigration-related factors](#) », *J Nerv Ment Dis*. vol. 201, no 1, p. 17 à 22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4104175/>