

# La santé mentale des Immigrants au Canada

- Les immigrants présentent des taux de dépression et de dépendance à l'alcool inférieurs à ceux de la population née au Canada, et ceux qui sont arrivés au Canada récemment présentent les taux les plus faibles. Les immigrants de longue date déclarent les mêmes taux de dépression que les personnes nées au Canada.
- Les immigrants originaires d'Asie présentent les plus faibles taux de dépression, et ceux venus d'Afrique, les plus faibles taux de dépendance à l'alcool.
- Après rajustement pour la durée de résidence, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le revenu et le niveau de scolarité, tous les immigrants, sauf ceux qui sont arrivés il y a au moins 30 ans, affichent des taux de dépendance à l'alcool inférieurs à ceux de la population née au Canada. De même, le rajustement pour les facteurs sociaux n'a pas d'incidence sur les tendances de la dépression. Ces facteurs démographiques et socioéconomiques n'expliquent pas « l'effet de l'immigrant en bonne santé ».
- La connaissance de l'anglais ou du français, le statut professionnel et le sentiment d'appartenance ne sont pas liés aux faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool chez les immigrants.

## Résumé

### Objectifs

Dans le présent document, on compare les immigrants à la population née au Canada sur les plans de la dépression et de la dépendance à l'alcool. On cherche à établir si l'effet de l'immigrant en bonne santé observé pour l'état de santé vaut aussi pour la santé mentale. On tient également compte d'immigrants de plusieurs souches.

### Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, qui a permis de recueillir des renseignements sur l'état de santé et l'utilisation des services de santé auprès de plus de 131 000 répondants de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires.

### Techniques analytiques

On a comparé les taux de prévalence de la dépression et de la dépendance à l'alcool—rajustés en fonction de l'âge et du sexe des immigrants—à ceux des personnes nées au Canada. On a analysé la variation selon la durée de résidence au Canada et le pays d'origine. On a établi des modèles distincts de régression logistique à plusieurs variables pour la dépression et la dépendance à l'alcool, rajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du revenu et du niveau de scolarité. On a élaboré ces modèles de manière à tenir compte des barrières linguistiques, du statut professionnel et du sentiment d'appartenance.

### Principaux résultats

Les immigrants présentent des taux de dépression et de dépendance à l'alcool inférieurs à ceux de la population née au Canada. Cet effet de l'immigrant en bonne santé s'observe davantage chez les immigrants récents et chez ceux qui sont originaires d'Afrique et d'Asie. Ces deux tendances sont liées, car les immigrants récents viennent habituellement d'Afrique et d'Asie, tandis que la majorité des immigrants de longue date sont d'origine européenne et présentent des taux de dépression semblables à ceux des Canadiens d'origine. Les plus faibles taux observés chez les immigrants ne sont pas attribuables à des variations démographiques ou socioéconomiques (âge, sexe, état matrimonial, revenu et niveau de scolarité) entre les immigrants et la population née au Canada. Après rajustement en fonction de tous ces facteurs, les immigrants récents présentent encore le plus faible risque de dépression et de dépendance à l'alcool. En outre, les barrières linguistiques, le taux de chômage plus élevé chez les immigrants et leur plus faible sentiment d'appartenance à la collectivité locale ne réduisent pas l'écart entre les immigrants et la population née au Canada.

### Mots clés

dépression, période dépressive majeure, dépendance à l'alcool, santé mentale, immigrants, épidémiologie et santé communautaire.

### Auteur

Jennifer Ali [(613) 951-4798, jennifer.ali@statcan.ca] travaille au sein de la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Jennifer Ali

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2011, les troubles mentaux constituent un problème de santé de plus en plus répandu dans le monde et pourraient bien toucher plus de 25 % des personnes à un moment donné au cours de leur vie. Selon l'analyse de la charge de morbidité globale effectuée en 2000 par l'OMS, la dépression se classait au quatrième rang parmi celles qui rejaillissent sur la société; il était également question du lourd fardeau que représente la dépendance à l'alcool<sup>1</sup>. Les tendances canadiennes reflètent ces tendances mondiales. En 1998-1999, environ 4 % des Canadiens ont déclaré avoir présenté, à une période donnée, des symptômes d'un état dépressif majeur au cours de l'année précédente<sup>2</sup>. Les causes biologiques et génétiques exceptées, il semble que les facteurs sociaux et environnementaux jouent un rôle important dans la santé mentale. Il importe donc

## Méthodologie

### Source des données

Les données du présent document sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. L'ESCC a servi à recueillir des renseignements sur divers aspects de la santé et de l'utilisation des services de santé auprès de plus de 131 000 Canadiens âgés de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires. Comme les régions socio-sanitaires étaient libres d'utiliser le module de l'enquête concernant la dépression, les 1 180 répondants des deux régions ayant choisi de ne pas l'utiliser ont été exclus de l'analyse (voir ci-après). Les personnes qui n'ont pas répondu à l'une des questions utilisées dans l'analyse ont été exclues. La taille de l'échantillon analysé s'établissait à 92 379 Canadiens de 15 à 75 ans. Les répondants ne parlant ni anglais ni français ont été interviewés dans leur langue maternelle. Près de 5 % des immigrants ont donc été interviewés dans une autre langue que l'anglais ou le français. Parmi ceux-ci, 23 % vivaient au Canada depuis moins de 5 ans et 55 %, depuis moins de 10 ans.

### Techniques analytiques

On a normalisé les taux de dépression et de dépendance à l'alcool en fonction de l'âge et du sexe. On a estimé les proportions de la population née au Canada et des immigrants ayant souffert de dépression et de dépendance à l'alcool, puis on les a ventilées selon la durée de résidence au Canada et le pays d'origine. On a mené des analyses de régression logistique à plusieurs variables pour établir le risque de vivre une période de dépression et de dépendance à l'alcool en tenant compte d'autres facteurs influant sur la dépression et la dépendance à l'alcool. Le modèle de base comprenait la durée de résidence au Canada, l'âge, le carré de l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le revenu et le niveau de scolarité. On a complété ce modèle par trois autres modèles, ajoutant à chacun

un des trois facteurs suivants : la connaissance de l'une des langues officielles, le statut professionnel et le sentiment d'appartenance. Toutes les analyses ont été pondérées selon un coefficient de pondération normalisé.

### Limites

On a décidé de supprimer les questions relatives à la dépression dans 2 régions socio-sanitaires sur 136. Les 1 180 répondants de ces deux régions socio-sanitaires ont donc été exclus de l'analyse. On ne connaissait pas les antécédents des répondants en matière de dépression. Par conséquent, il était impossible de repérer les répondants ayant déjà vécu une période dépressive avant l'année en cause. Une recherche antérieure semblait indiquer l'existence de certaines différences culturelles dans l'interprétation des questions concernant la santé mentale<sup>3</sup>. Il peut aussi exister des différences culturelles quant au consentement à déclarer des symptômes de dépression ou de dépendance à l'alcool<sup>3</sup>. On ignore l'ampleur de ces biais attribuables à la déclaration.

Comme il s'agissait d'une étude transversale, il était impossible d'analyser directement l'effet du processus d'immigration ou d'adaptation et d'intégration à la société canadienne sur la dépression ou la dépendance à l'alcool. La situation des immigrants de longue date ne permet pas nécessairement de prévoir le vécu des nouveaux arrivants au Canada. Pour réaliser ce type d'analyse, il faudrait disposer de données longitudinales. Une autre restriction tient à la possibilité d'une variabilité additionnelle selon la catégorie d'immigrant (réfugiés, requérants indépendants, investisseurs, réunification des familles, etc.) La santé mentale des immigrants peut aussi subir l'influence des modalités d'établissement et d'intégration au Canada, y compris du lieu d'établissement. Toutefois, les données de l'enquête ne permettent pas d'établir ces distinctions.

plus que jamais de distinguer les groupes à risque, ainsi que les groupes relativement en bonne santé qui peuvent servir de modèles, de sorte qu'on puisse réduire au minimum les problèmes de santé mentale.

On connaît relativement peu de choses sur la santé mentale des immigrants canadiens, bien qu'ils représentent environ 16 % de notre population et qu'ils constituent une partie importante des institutions sociales, économiques et culturelles du Canada. Il existe plusieurs raisons d'étudier la santé mentale des immigrants à titre de groupe distinct. Le Canada compte sur l'immigration pour combler ses besoins de main-d'œuvre. Comme les problèmes de santé mentale compromettent la productivité de la main-

d'œuvre<sup>3, 4, 5</sup>, il est utile de savoir si les immigrants sont comparables à la population d'origine canadienne à cet égard. Les immigrants font l'objet d'un dépistage systématique à la suite duquel on refuse l'entrée à ceux qui imposeraient une charge excessive au régime de soins de santé. Toutefois, ce dépistage exclut uniquement les cas les plus graves. On ne connaît pas la santé mentale des immigrants qui vivent au Canada. De plus, le vécu d'un immigrant au Canada peut influencer sa santé mentale. Il importe donc d'observer les immigrants pour isoler leur incidence possible sur le régime de soins de santé, de même que pour saisir la manière dont ils se tirent d'affaire lorsqu'ils vivent au Canada et pour comparer

## La population immigrante du Canada

Les immigrants représentent environ 16 % de la population canadienne et ont des origines très différentes. Près de la moitié de la population immigrante vit au pays depuis plus de 20 ans<sup>10</sup>. Les pays d'origine des arrivants ont changé au fil du temps. Les immigrants arrivés avant 1971 venaient surtout d'Europe. Depuis, la proportion des immigrants d'origine européenne diminue, tandis que celle des immigrants venus d'Asie et d'autres pays non européens augmente régulièrement. Par exemple, entre 1981 et 1991, 48 % des immigrants étaient originaires d'Asie et du Moyen-Orient<sup>10</sup>. La mutation s'est poursuivie au cours des 10 dernières années en faveur d'une représentation accrue d'immigrants venus d'Asie, du Moyen-Orient et de l'Afrique. Entre 1991 et 1996, les 10 principaux lieux de naissance des immigrants étaient Hong Kong, la Chine, l'Inde, les Philippines, le Sri Lanka, la Pologne, Taïwan, le Vietnam, les États-Unis et le Royaume-Uni<sup>11</sup>.

leur état de santé mentale à celui de la population née au pays.

Les recherches antérieures portant sur l'état de santé physique ont permis d'observer chez les immigrants vivant au Canada l'effet de l'immigrant en bonne santé. Selon un ensemble d'indicateurs liés à l'état de santé, les immigrants semblent être en meilleure santé que la population née au Canada et utilisent moins souvent les services de santé<sup>6, 7, 8</sup>. Cet effet est attribuable en partie à la politique d'immigration du Canada, qui rejette les immigrants susceptibles d'imposer une charge au régime de soins de santé ou de présenter un danger pour la santé publique. Toutefois, les mêmes recherches portent à croire qu'à la longue, l'état de santé physique des immigrants et leur utilisation des services de santé ont tendance à se rapprocher de celle de la population née au Canada. Comme ces recherches portaient sur l'état de santé, il serait intéressant d'établir si l'effet de l'immigrant en bonne santé tient aussi en santé mentale.

La recherche sur la santé mentale porte à croire que les tendances de dépression et de dépendance à l'alcool diffèrent de celle de l'état de santé physique. Elle ne permet pas de supposer que les immigrants jouissent d'une meilleure santé mentale que la population née au Canada. Les problèmes de santé mentale sont plus répandus chez les personnes qui souffrent davantage de stress, ainsi que chez les groupes économiquement et socialement défavorisés.

Les immigrants peuvent donc éprouver des problèmes de santé mentale s'ils subissent un stress lié à leur vécu d'immigrant, s'ils se sentent marginalisés ou s'ils font l'objet de discrimination<sup>9, 12, 13</sup>.

Jusqu'ici, la recherche sur la santé mentale au Canada a porté sur certains segments de la population immigrante, dont les réfugiés ou les immigrants récents venus d'Asie du Sud-Est. Une partie de la recherche, notamment celle qui portait sur les réfugiés récents, a révélé que le vécu des immigrants faisait augmenter les taux de dépression, de toxicomanie et d'autres troubles psychiatriques, du moins au cours de la période qui suivait l'immigration<sup>14</sup>. Toutefois, on connaît moins la santé mentale de l'ensemble des immigrants, les similitudes ou différences que présentent les diverses cohortes d'immigrants, de même qu'entre celles-ci et la population née au Canada.

Parallèlement, les immigrants constituent un groupe varié. La durée de résidence au Canada, le pays d'origine et la situation socioéconomique canadienne peuvent influencer tant sur l'état de santé physique que mentale des immigrants<sup>7, 9, 15</sup>.

En outre, certains facteurs liés à la diversité des immigrants — âge, état matrimonial, revenu et niveau de scolarité — constituent des déterminants de santé mentale. L'inclusion de ces facteurs dans la présente étude de la santé mentale des immigrants permet de tenir compte d'une certaine variation au sein de la population immigrante.

Dans le présent document, on analyse la dépression et la dépendance à l'alcool et on compare la santé mentale de la population née au Canada avec celle des immigrants. On cherche à établir si l'effet de l'immigrant en bonne santé, observé pour l'état de santé physique, vaut également pour l'état de santé mentale, et si la durée de résidence au Canada, le lieu d'origine ou l'appartenance ethnique sont liés à la variation de la santé mentale des immigrants.

### **Les immigrants souffrent moins de dépression et de dépendance à l'alcool**

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 7,9 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré des symptômes indiquant qu'ils avaient vécu au moins une période dépressive majeure au cours des 12 mois ayant précédé l'interview. Chez les personnes nées au Canada, le taux s'établissait à 8,3 %, tandis que chez les immigrants, il était significativement inférieur, soit de 6,2 % (tableau A).

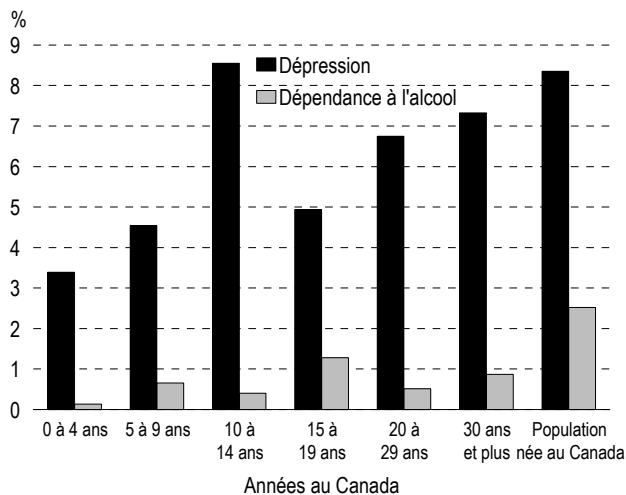
Les immigrants présentaient également des taux de dépendance à l'alcool inférieurs à ceux de la population née au Canada. Dans l'ensemble, 2,1 %

des Canadiens ont déclaré des symptômes liés à des problèmes de dépendance à l'alcool au cours des 12 mois ayant précédé l'interview. Environ 2,5 % de la population née au Canada contre seulement 0,5 % des immigrants ont déclaré ce genre de symptômes (tableau A).

### Les immigrants récents présentent les plus faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool

Les immigrants arrivés au Canada depuis quelques années seulement présentaient les plus faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool (graphique 1). Ceux qui étaient arrivés depuis 10 à 14 ans ou depuis plus de 20 ans ne différaient pas significativement de la population née au Canada en ce qui concerne la dépression. Les immigrants de longue date ont déclaré des taux de dépendance à l'alcool légèrement supérieurs à ceux des immigrants récents (de 0 à 14 ans), mais, chez tous les immigrants, le taux de dépendance à l'alcool était significativement inférieur à celui de la population née au Canada, à l'exception des immigrants vivant au Canada depuis au moins 30 ans.

Graphique 1  
Dépression et dépendance à l'alcool, selon la durée de résidence au Canada



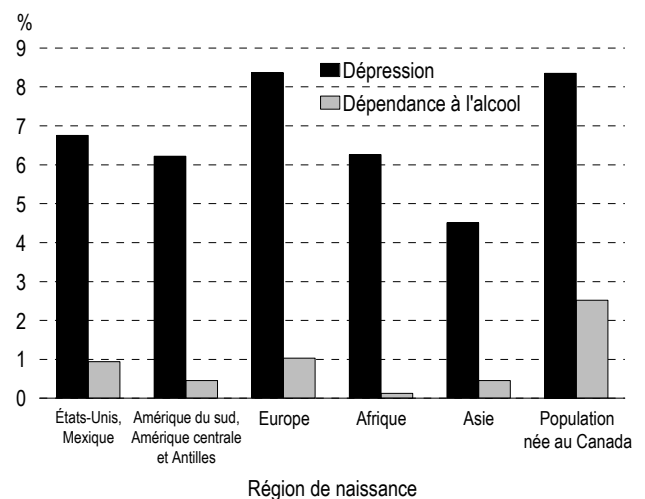
Source des données : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001  
Nota : Les taux sont rajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la population née au Canada.

### Les immigrants venus d'Asie et d'Afrique éprouvent moins de problèmes de dépression et de dépendance à l'alcool

Les immigrants originaires d'Asie ont déclaré beaucoup moins de périodes dépressives dans les 12 mois précédant l'étude que ceux qui venaient de toute autre région (graphique 2). De plus, le taux d'immigrants venus d'Afrique, d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et des Antilles était très inférieur à la moyenne de la population née au Canada. Les immigrants ont déclaré un taux de dépendance à l'alcool inférieur à celui de la population née au Canada, quel que soit leur pays d'origine. Les arrivants africains ont déclaré le plus faible taux de dépendance à l'alcool.

La région de naissance était liée à la durée de résidence au Canada, car les pays d'origine des immigrants ont changé au fil du temps. L'Asie était le lieu de naissance d'environ 56 % des immigrants vivant au Canada depuis moins de 10 ans, tandis que l'Europe était celui de la majorité des immigrants (77 %) qui y vivaient depuis plus de 30 ans. De même, la plupart des immigrants européens (59 %) habitaient au Canada depuis plus de 30 ans.

Graphique 2  
Dépression et dépendance à l'alcool, selon la région de naissance



Source des données : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001  
Nota : Les nombres étant infimes, on a exclu l'Océanie. Les taux sont rajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la population née au Canada.

## Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques n'ont pas d'incidence sur les modèles de dépression et de dépendance à l'alcool

La population immigrante du Canada est très variable, non seulement sur le plan de la durée de résidence et de la région de naissance, mais aussi à l'égard d'autres facteurs liés à la santé mentale. On a montré que les caractéristiques sociales suivantes influencent la santé mentale : l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le revenu et le niveau de scolarité<sup>16</sup>. Les faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool déclarés par les immigrants pourraient donc refléter des différences chez les immigrants en fonction de ces autres facteurs sociaux. Pour étudier cette possibilité, on a mené une analyse de régression logistique à plusieurs variables en tenant compte de la durée de résidence au Canada, de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du revenu et du niveau de scolarité. Le tableau 1 présente les rapports de cotes selon la durée de résidence au Canada, lesquels révèlent si les différentes cohortes d'immigrants sont comparables à la population née au Canada lorsqu'on tient compte d'autres facteurs.

Par rapport à la population née au Canada, le risque d'avoir vécu une période dépressive au cours de l'année précédente était inférieur dans les cohortes d'immigrants récents, mais non dans les cohortes d'immigrants de longue date, à l'exception de ceux

Tableau 1  
Rapports de cotes d'une période dépressive et de dépendance à l'alcool selon la durée de résidence au Canada rajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du revenu et du niveau de scolarité, population canadienne de 15 à 75 ans, 2000-2001

Durée de résidence	Dépression		Dépendance à l'alcool	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %
Population née au Canada (base de référence)	1,00		1,00	
0 à 4 ans	0,33*	0,26 - 0,41	0,05*	0,02 - 0,12
5 à 9 ans	0,45*	0,37 - 0,54	0,27*	0,17 - 0,41
10 à 14 ans	0,90	0,78 - 1,03	0,15*	0,09 - 0,26
15 à 19 ans	0,55*	0,43 - 0,69	0,42*	0,25 - 0,70
20 à 29 ans	0,90	0,79 - 1,03	0,33*	0,21 - 0,52
30 ans et plus	1,15	1,02 - 1,28	0,74	0,50 - 1,09

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Les variables comprises dans le modèle mais non présentées ici sont l'âge, le carré de l'âge, le sexe, l'état matrimonial (marié, marié antérieurement, jamais marié), le revenu et le niveau de scolarité. Les rapports de cotes pour toutes les variables sont présentés dans le tableau B.

\*  $p < 0,01$ .

qui étaient arrivés depuis 15 à 19 ans. En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, tous les immigrants présentaient un risque significativement inférieur, sauf ceux qui résidaient au Canada depuis au moins 30 ans. Compte tenu de tous les autres facteurs, ces immigrants de longue date ont déclaré une dépendance à l'alcool semblable à celle de la population née au Canada. Dans le graphique 1, on observe encore la tendance selon laquelle les immigrants récents affichaient les plus faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool, cet avantage

## Définitions

On a évalué la fréquence des périodes dépressives majeures au cours des 12 mois antérieurs. On entend par *dépression* un abattement ou un manque d'intérêt généralisé (ou les deux), liés à d'autres symptômes, qui dure au moins deux semaines. Les symptômes comprennent une perturbation de l'appétit ou du sommeil, une baisse d'énergie, de la difficulté à se concentrer, un sentiment d'inutilité, des pensées suicidaires ou une combinaison de ces symptômes. La prévalence de la dépression est le pourcentage estimatif de la population ayant vécu une période dépressive au cours de l'année qui a précédé l'interview. À partir de ces renseignements, on a estimé la probabilité qu'une période dépressive se soit produite. Pour les besoins de l'analyse, on considérait qu'un répondant avait vécu une période dépressive s'il présentait une probabilité de 0,90 et plus (cinq symptômes et plus)<sup>17</sup>.

On a également évalué la fréquence de la *dépendance à l'alcool* au cours des 12 mois antérieurs. On considérait qu'un répondant avait souffert de dépendance à l'alcool si la probabilité estimative de la dépendance s'établissait à 0,85 et plus, ce qui signifie que le répondant a déclaré au moins trois des symptômes suivants : ivresse ou gueule de bois au travail, à l'école ou en s'occupant des enfants, comportement à risque sous l'effet de l'ivresse ou de la gueule de bois, problèmes psychologiques liés à la consommation d'alcool, envie persistante de boire de l'alcool, consommation excessive ou chronique, ou tolérance accrue à l'alcool<sup>17</sup>.

On entend par *immigrant* une personne née hors Canada sans être citoyen canadien, y compris les immigrants reçus, les réfugiés, les résidents non permanents et les citoyens naturalisés canadiens.

On entend par *population née au Canada* tous ceux qui sont citoyens canadiens de naissance, la plupart étant nés au Canada, sauf un petit nombre de personnes nées de parents canadiens vivant à l'étranger.

étant inversement proportionnel à la durée de résidence au Canada. Chez les immigrants récents (arrivés depuis 0 à 4 ans) et ceux qui vivaient au Canada depuis 5 à 9 ans, le risque d'avoir vécu une période dépressive équivalait à moins de la moitié de celui de la population née au Canada. L'avantage des immigrants était plus prononcé en ce qui touchait la dépendance à l'alcool. À l'exception des immigrants qui vivaient au Canada depuis plus de 30 ans, le risque de dépendance à l'alcool dans toutes les cohortes était de loin inférieur à celui des personnes nées au Canada. Chez les immigrants récents (arrivés depuis 0 à 4 ans), le risque de dépendance à l'alcool était de 95 % inférieur à celui de la population née au Canada. Le risque augmentait avec la durée de résidence au Canada, mais même les immigrants vivant au pays depuis 20 à 29 ans couraient un risque équivalant au tiers seulement de celui des personnes nées au Canada.

### **Les barrières linguistiques n'ont pas d'incidence sur l'avantage des immigrants**

Les immigrants qui ne parlent ni anglais ni français peuvent souffrir d'isolement au sein de la société canadienne, ce qui pourrait accroître les taux de dépression et de dépendance à l'alcool. Pour étudier cette possibilité, on a ajouté au modèle du tableau 1 une variable permettant d'évaluer la capacité ou la non-capacité du répondant à converser dans l'une des langues officielles. Un peu plus de 7 % des immigrants et moins de 1 % des personnes nées au Canada ont déclaré ne parler ni anglais ni français. Les résultats (tableau C) révèlent que l'incapacité de parler l'une des langues officielles n'accroissait pas le risque de dépression ou de dépendance à l'alcool chez les immigrants. En fait, compte tenu des caractéristiques sociales, les répondants qui ne parlaient ni anglais ni français ont déclaré les mêmes taux de dépression et de dépendance à l'alcool que ceux qui pouvaient s'exprimer dans une de ces langues.

### **Le statut professionnel n'a pas d'incidence sur l'avantage des immigrants**

Le statut professionnel constitue un autre facteur qui pourrait expliquer les différences entre les immigrants et la population née au Canada. L'inclusion du statut professionnel dans le modèle du tableau 1 n'a rien changé au risque de dépression ou de dépendance à l'alcool des immigrants par rapport à celui de la population née au Canada (tableau D). Même si les immigrants étaient proportionnellement moins

nombreux à avoir occupé un emploi au cours de la semaine précédant l'interview (tableau A) et que le fait d'être occupé soit lié à un risque inférieur de dépression (tableau D), le risque de dépression restait à peu près le même lorsqu'on faisait abstraction du statut professionnel dans chaque cohorte (définie selon la durée de résidence au Canada). Le fait d'occuper un emploi n'était donc pas lié à la dépendance à l'alcool.

### **Le sentiment d'appartenance n'a pas d'incidence sur l'avantage des immigrants**

Le sentiment d'appartenance à la collectivité locale déclaré par les immigrants était significativement inférieur à celui de la population née au Canada (tableau A). Peut-être les immigrants ayant un faible sentiment d'appartenance à la collectivité locale courent-ils un plus grand risque d'éprouver des problèmes de santé mentale. Lorsqu'on a ajouté le sentiment d'appartenance au modèle du tableau 1, on a établi que ce facteur était lié à un risque inférieur de dépression et de dépendance à l'alcool (tableau E). Toutefois, l'ajout du sentiment d'appartenance au modèle n'a rien changé au faible risque de dépression et de dépendance à l'alcool dont jouissent les immigrants.

### **Conclusion**

Dans l'ensemble, les immigrants présentent des taux de dépression et de dépendance à l'alcool inférieurs à ceux de la population née au Canada. Chez les immigrants, la durée de résidence au Canada est liée à ces deux aspects de la santé mentale. L'écart entre les immigrants et la population née au Canada est plus grand chez les immigrants récents que chez les cohortes arrivées auparavant, les immigrants récents ayant déclaré un taux de dépression et de dépendance à l'alcool inférieur à celui des immigrants de longue date. Les immigrants vivant au Canada depuis plus de 10 à 14 ans et depuis plus de 20 ans affichent le même taux de dépression que celui de la population née au Canada.

Pour tenir compte de la diversité des immigrants, on a analysé un certain nombre de facteurs liés à la santé mentale et susceptibles de donner lieu à des différences entre les immigrants. Il existe bien une variation de la santé mentale chez les immigrants, mais elle affiche des tendances inattendues. Les immigrants qui ont déclaré le moins de problèmes de santé mentale ne viennent pas de pays économiquement ou culturellement semblables au Canada. À l'instar des immigrants non européens, les

constatations ne confirment donc pas la notion selon laquelle les immigrants récents aux prises avec un processus d'adaptation culturelle risquent davantage d'éprouver des problèmes de santé mentale. De fait, les immigrants originaires d'Asie et d'Afrique en ont déclaré moins que les Européens.

Cette tendance peut refléter un effet de sélection selon lequel les immigrants originaires de pays non européens représentent la tranche la plus scolarisée et la plus riche de leur société. Les disparités régionales peuvent aussi refléter des différences culturelles ou religieuses. Par exemple, il est possible que les immigrants africains et asiatiques soient proportionnellement plus nombreux à pratiquer une religion qui interdit l'alcool, telle que l'Islam. Aussi, on peut s'attendre à observer un faible taux de dépendance à l'alcool, du moins dans la mesure où ces pratiquants se conforment à ces interdits religieux.

Les faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool chez les immigrants se vérifient même lorsqu'on tient compte de facteurs démographiques et socioéconomiques. Ainsi, l'effet de l'immigrant en bonne santé ne reflète pas simplement des différences à l'égard du revenu et du niveau de scolarité. En outre, ces tendances se vérifient lorsqu'on tient compte de la capacité de converser dans l'une des langues officielles, du statut professionnel et du sentiment d'appartenance à la collectivité locale.

Certaines différences culturelles liées à la disposition de déclarer des symptômes de dépression ou de dépendance à l'alcool pourraient expliquer, du moins en partie, les faibles taux déclarés par les immigrants. De même, bien que les répondants qui

ne comprenaient ni l'anglais ni le français aient été interviewés dans leur langue maternelle, il est possible qu'ils aient mal compris ou mal interprété les questions, ce qui pourrait avoir influé sur les réponses. Toutefois, étant donné l'ampleur des différences entre les immigrants et la population née au Canada, il est peu probable que ces facteurs suffisent à expliquer les résultats observés.

Ces résultats concordent avec les constatations antérieures liées à l'état de santé, lesquels ont montré que les immigrants vivant au Canada sont en meilleure santé physique que la population née au pays. Dans la présente analyse, on a observé le même effet de l'immigrant en bonne santé pour ce qui est de la santé mentale et, dans l'ensemble, les immigrants ont déclaré moins de troubles mentaux que la population née au Canada. Ainsi, les constats ne sont pas conformes à certaines notions énoncées dans les écrits sur la santé mentale, selon lesquelles les immigrants constituent une population vulnérable qui risque de présenter des taux élevés de dépression et de dépendance à l'alcool<sup>18</sup>. Cette divergence peut tenir au fait que ces écrits ont généralement porté sur des sous-ensembles précis de personnes (par exemple, les réfugiés) qui sont plus susceptibles de présenter un taux élevé de dépression. S'il existe des sous-groupes vulnérables chez les immigrants, il semble cependant que la plupart, notamment les plus récents, éprouvent moins de problèmes de santé mentale que la population née au Canada. Cette tendance reflète-t-elle une plus grande résistance ou une différence de la façon dont les immigrants composent avec le stress et l'adversité? Voilà une question qui pourrait faire l'objet d'une recherche future.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, Genève, 2001.
2. Statistique Canada, « Stress et bien-être », *Rapports sur la santé*, 12(3), 2001, p. 23-36 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. S. Noh, M. Speechley, V. Kaspar *et al.*, « Depression in Korean immigrants in Canada: I. Method of the study and prevalence of depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 1992, p. 573-577.
4. E. Tanouye, « Mental illness: a rising workplace cost », *Wall Street Journal – Eastern Edition*, 237(115) : B1, le 13 juin 2001.
5. S. Stansfeld, A. Feeney, J. Head J *et al.*, « Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study », *Social Science and Medicine*, 40, 1995, p. 189-197.
6. S. Hood, « The depression era: combating the rising cost of mental illness in the Canadian workplace », *HR Professional*, 18(6), 2001/2002, p. 34.
7. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 37-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. J.R. Dunn, I. Dyck, « Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, 51, 2000, p. 1573-1593.
10. J. Badets et T.W.L. Chui, « Évolution de la population immigrante au Canada », 1997 (Statistique Canada, n° 96-311F au catalogue).
11. Statistique Canada, *Les 10 principaux lieux de naissance pour la population immigrante totale, la population immigrante arrivée avant 1961 et les nouveaux immigrants pour le Canada, recensement de 1996 - Données-échantillon (20 %)*, disponible à [http://www.statcan.ca/francais/census96/nov4/table1\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/census96/nov4/table1_f.htm), site consulté le 24 juillet 2002.
12. L.C. Matuk, « Health status of newcomers », *Canadian Journal of Public Health*, 87, 1996, p. 152-157.
13. S. Noh, M. Beiser, V. Kaspar *et al.*, « Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada », *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 1999, p. 193-207.
14. M. Beiser, R. Dion, A. Gotowiec *et al.*, « Immigrant and refugee children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 1995, p. 67-72.
15. M.G. Marmot, « Stress, social and cultural variations in heart disease », *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 1983, p. 377-384.
16. R.J. Turner, D.A. Lloyd, « The stress process and the social distribution of depression », *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 1999, p. 374-404.
17. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
18. M. Beiser et R.G. Edwards, « Mental health of immigrants and refugees », *New Directions for Mental Health Services*, 61, 1994, p. 73-86.
19. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> rev. ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.



## Annexe

Tableau A

## Répartition de certaines caractéristiques selon le statut de résidence, population à domicile de 15 à 75 ans, Canada, 2000-2001

	Ensemble des répondants		Population née au Canada		Immigrants	
	Taille de l'échantillon	%	Taille de l'échantillon	%	Taille de l'échantillon	%
<b>Dépression</b>						
Aucune dépression	85 064	92,08	67 607	91,65	17 457	93,80
Cas de dépression	7 315	7,92	6 161	8,35	1 153	6,20
<b>Dépendance à l'alcool</b>						
Aucune dépendance	90 421	97,88	71 912	97,48	18 509	99,45
Cas de dépendance	1 958	2,12	1 857	2,52	101	0,55
<b>Statut de résidence</b>						
Population née au Canada	73 769	79,85				
Immigrants	18 610	20,15				
<b>Durée de résidence au Canada</b>						
0 à 4 ans					2 498	13,42
5 à 9 ans					2 598	13,96
10 à 14 ans					2 687	14,44
15 à 19 ans					1 482	7,97
20 à 29 ans					3 454	18,56
30 ans et plus					5 891	31,66
<b>Groupe d'âge</b>						
15 à 24 ans	14 757	15,97	13 052	17,69	1 705	9,16
25 à 44 ans	39 076	42,30	31 223	42,33	7 853	42,20
45 à 64 ans	29 574	32,01	22 770	30,87	6 804	36,56
65 ans et plus	8 972	9,71	6 724	9,11	2 248	12,08
<b>Région de naissance</b>						
États-Unis, Mexique					952	5,12
Amérique du Sud, Amérique centrale ou Antilles					2 273	12,22
Europe					7 749	41,64
Afrique					1 139	6,12
Asie					6 314	33,93
Océanie					181	0,97
<b>Sexe</b>						
Masculin	44 403	48,07	35 248	47,78	9 154	49,19
Féminin	47 977	51,93	38 521	52,22	9 456	50,81
<b>État matrimonial</b>						
Marié†	58 422	63,24	45 351	61,48	13 071	70,23
Marié antérieurement	10 409	11,27	8 267	11,21	2 142	11,51
Jamais marié	23 548	25,49	20 150	27,32	3 398	18,26
<b>Niveau de scolarité</b>						
Études secondaires partielles	21 455	23,23	17 855	24,20	3 600	19,35
Diplôme d'études secondaires	18 054	19,54	14 402	19,52	3 652	19,62
Études postsecondaires partielles	8 024	8,69	6 715	9,10	1 309	7,03
Diplôme d'études postsecondaires	44 846	48,55	34 796	47,17	10 049	54,00
<b>Revenu du ménage</b>						
Faible	3 511	3,80	2 623	3,56	888	4,77
Intermédiaire, tranche inférieure	6 526	7,06	4 846	6,57	1 680	9,03
Intermédiaire	19 467	21,07	14 813	20,08	4 654	25,01
Intermédiaire, tranche supérieure	33 509	36,27	27 212	36,89	6 297	33,83
Élevé	29 365	31,79	24 274	32,90	5 092	27,36
<b>Statut professionnel (semaine précédente)</b>						
Salarié ou employé, employé s'étant absenté	63 653	68,90	51 491	69,80	12 161	65,35
Sans emploi, incapacité de travailler	28 726	31,10	22 278	30,20	6 449	34,65
<b>Sentiment d'appartenance à la collectivité locale</b>	92 379	Moyenne = 2,58	73 769	Moyenne = 2,59	18 610	Moyenne = 2,55
<b>Connaissance des langues officielles — conversation</b>						
Parle anglais, français ou les deux	90 643	98,12	73 364	99,45	17 279	92,85
Ne parle ni anglais ni français	1 736	1,88	405	0,55	1 331	7,15
<b>TOTAL</b>	92 379		73 769		18 610	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001.

Nota : Données pondérées selon des coefficients de pondération normalisés, dont le total correspond à la taille de l'échantillon.

† Comprend les conjoints de fait.

## Définitions:

**Dépression (variable dépendante)** : La mesure de la dépression utilisée pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est la même que celle dont on s'est servi pour l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). On évalue la fréquence des troubles dépressifs majeurs au cours des 12 derniers mois à l'aide du formulaire abrégé du Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Ces questions portent sur un ensemble de symptômes de troubles dépressifs, dont la liste figure dans le manuel de diagnostic psychiatrique de l'American Psychiatric Association (DSM-III-R<sup>19</sup>). Les résultats sont convertis en estimations de la probabilité d'un diagnostic, qui servent de base pour créer une variable fictive de cas probables. On considère qu'une probabilité de 90 % et plus (cinq symptômes et plus) correspond à un état dépressif probable.

**Dépendance à l'alcool (variable dépendante)** : On utilise la même mesure de dépendance à l'alcool (au cours de l'année écoulée) pour l'ESCC que pour l'ENSP. Quant à la dépression, on l'évalue à l'aide du formulaire abrégé du CIDI, inspiré du DSM-III-R<sup>19</sup>. On considère qu'une probabilité de 85 % et plus (trois symptômes et plus) correspond à une dépendance à l'alcool probable.

**Immigrant** : Personne née à l'extérieur du Canada, y compris les immigrants reçus, les réfugiés, les résidents non permanents et les citoyens naturalisés canadiens.

**Population née au Canada** : Tous ceux qui sont citoyens canadiens de naissance, la plupart étant nés au Canada, sauf un petit nombre de personnes nées de parents canadiens vivant à l'étranger.

**Durée de résidence** : Nombre d'années de résidence au pays depuis que l'immigrant s'est établi au Canada. On suppose que l'immigrant y réside en permanence depuis l'année où il s'y est établi. Cette donnée est exprimée sous forme de variables fictives, soit de 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 ans et plus. Dans les analyses de régression, le groupe de référence est la population née au Canada.

**Région de naissance** : Canada, autres pays nord-américains, Amérique du Sud, Amérique centrale, Antilles, Europe, Afrique, Asie, Océanie (l'Océanie est exclue des résultats, les nombres étant infimes).

## Données de contrôle

**État matrimonial** : Marié, conjoint de fait; veuf, séparé, divorcé; célibataire; jamais marié.

**Revenu du ménage** : Revenu du ménage avant impôt, rajusté en fonction de la taille de la famille. Faible : 1 à 4 personnes — moins de 10 000 \$; 5 personnes et plus, moins de 15 000 \$. Intermédiaire, tranche inférieure : 1 ou 2 personnes, 10 000 \$ à 14 999 \$; 3 ou 4 personnes, 10 000 \$ à 19 999 \$; 5 personnes et plus, 15 000 \$ à 29 999 \$. Intermédiaire : 1 ou 2 personnes, 15 000 \$ à 29 999 \$; 3 ou 4 personnes, 20 000 \$ à 39 999 \$; 5 personnes et plus, 30 000 \$ à 59 999 \$. Intermédiaire, tranche supérieure : 1 ou 2 personnes, 30 000 \$ à 59 999 \$; 3 ou 4 personnes, 40 000 \$ à 79 999 \$; 5 personnes et plus, 60 000 \$ à 79 999 \$. Élevé : 1 ou 2 personnes, 60 000 \$ et plus, 3 personnes et plus, 80 000 \$ et plus.

**Niveau de scolarité** : Plus haut niveau de scolarité atteint. Études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires (sans études postsecondaires), études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires.

**Sexe** : Masculin, féminin.

**Âge** : Variable nominale (15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 ans et plus) utilisée pour rajuster la prévalence de la dépression et de la dépendance à l'alcool en fonction de l'âge et du sexe; variable continue utilisée pour la régression logistique conjuguée au carré de l'âge.

**Statut professionnel** : Situation par rapport à l'emploi au cours de la semaine précédant l'interview. Salarié ou employé, employé s'étant absenté; sans emploi, incapacité de travailler.

**Langue de conversation** : Langues dans lesquelles le répondant est capable de converser.

**Sentiment d'appartenance** : Réponse à la question : « Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre collectivité locale est... » Les réponses sont codées à l'inverse, de sorte que 1 = très faible, 2 = plutôt faible, 3 = plutôt fort, 4 = très fort.

Tableau B  
Modèle détaillé des données du tableau 1 : Rapports de cotes d'une période dépressive et de dépendance à l'alcool selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 à 75 ans, Canada, 2000-2001

	Dépression		Dépendance à l'alcool	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Durée de résidence au Canada</b>				
Population née au Canada (base de référence)	1,00		1,00	
0 à 4 ans	0,33*	0,26 - 0,41	0,05*	0,02 - 0,12
5 à 9 ans	0,45*	0,37 - 0,54	0,27*	0,17 - 0,41
10 à 14 ans	1,00	0,78 - 1,03	0,15*	0,09 - 0,26
15 à 19 ans	1,00*	0,43 - 0,69	0,42*	0,25 - 0,70
20 à 29 ans	0,90	0,79 - 1,03	0,33*	0,21 - 0,52
30 ans et plus	1,15	1,02 - 1,28	0,74	0,50 - 1,09
<b>Âge</b>				
Âge2	1,00*	1,09 - 1,11	1,09*	1,06 - 1,12
Âge2	1,00*	1,00 - 1,00	1,00*	1,00 - 1,00
<b>Sexe</b>				
Féminin (base de référence)	1,00		1,00	
Masculin	0,53*	0,50 - 0,55	2,92*	2,63 - 3,23
<b>État matrimonial</b>				
Marié (base de référence)†	1,00		1,00	
Marié antérieurement	2,21*	2,06 - 2,38	3,30*	2,78 - 3,93
Jamais marié	1,66*	1,55 - 1,77	2,91*	2,55 - 3,31
<b>Revenu du ménage</b>				
Faible	2,00*	2,05 - 2,55	1,79*	1,47 - 2,18
Intermédiaire, tranche inférieure	2,00*	1,76 - 2,12	1,48*	1,24 - 1,76
Intermédiaire	1,47*	1,37 - 1,58	1,01	0,88 - 1,15
Intermédiaire, tranche supérieure	1,21*	1,14 - 1,30	0,88	0,78 - 1,00
Élevé (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Niveau de scolarité</b>				
Études secondaires partielles	1,25*	1,17 - 1,34	1,17	1,02 - 1,34
Diplôme d'études secondaires	1,08	1,01 - 1,16	1,32*	1,16 - 1,50
Études postsecondaires partielles	1,21*	1,11 - 1,31	1,97*	1,71 - 2,26
Diplôme d'études postsecondaires (base de référence)	1,00			
-2 log L	48 365		16 045	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : † Comprend les conjoints de fait  
\* p < 0,01.

Tableau C  
Modèle détaillé des données du tableau 1 : Rapports de cotes d'une période dépressive et de dépendance à l'alcool selon certaines caractéristiques et la connaissance d'une langue officielle, population à domicile de 15 à 75 ans, Canada, 2000-2001

	Dépression		Dépendance à l'alcool	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Durée de résidence au Canada</b>				
Population née au Canada (base de référence)	1,00		1,00	
0 à 4 ans	0,34*	0,27 - 0,42	0,05*	0,02 - 0,12
5 à 9 ans	0,46*	0,38 - 0,56	0,27*	0,18 - 0,42
10 à 14 ans	0,92	0,80 - 1,06	0,15*	0,09 - 0,27
15 à 19 ans	0,56*	0,44 - 0,70	0,42*	0,25 - 0,71
20 à 29 ans	0,91	0,80 - 1,04	0,33*	0,21 - 0,52
30 ans et plus	1,15	1,03 - 1,29	0,74	0,50 - 1,09
<b>Âge</b>				
Âge2	1,10*	1,09 - 1,11	1,09*	1,06 - 1,12
Âge2	1,00*	1,00 - 1,00	1,00*	1,00 - 1,00
<b>Sexe</b>				
Féminin (base de référence)	1,00		1,00	
Masculin	0,53*	0,50 - 0,55	2,92*	2,63 - 3,23
<b>État matrimonial</b>				
Marié (base de référence)†	1,00		1,00	
Marié antérieurement	2,21*	2,06 - 2,37	3,30*	2,77 - 3,93
Jamais marié	1,65*	1,55 - 1,77	2,90*	2,55 - 3,30
<b>Revenu du ménage</b>				
Faible	2,29*	2,05 - 2,56	1,80*	1,47 - 2,19
Intermédiaire, tranche inférieure	1,93*	1,76 - 2,12	1,48*	1,24 - 1,76
Intermédiaire	1,47*	1,37 - 1,58	1,01	0,88 - 1,15
Intermédiaire, tranche supérieure	1,22*	1,14 - 1,30	0,88	0,79 - 0,99
Élevé (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Niveau de scolarité</b>				
Études secondaires partielles	1,26*	1,18 - 1,35	1,17	1,02 - 1,34
Diplôme d'études secondaires	1,09	1,02 - 1,16	1,32*	1,16 - 1,50
Études postsecondaires partielles	1,21*	1,11 - 1,32	1,97*	1,71 - 2,26
Diplôme d'études postsecondaires (base de référence)	1,00			
<b>Langue de conversation</b>				
Capable de converser en anglais ou en français (base de référence)	1,00		1,00	
Incapable de converser en anglais ou en français	0,77	0,61 - 0,96	0,56	0,29 - 1,10
-2 log L	48 359		16 042	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : † Comprend les conjoints de fait  
\* p < 0,01.

Tableau D  
Modèle détaillé des données du tableau 1 : Rapports de cotes d'une période dépressive et de dépendance à l'alcool selon certaines caractéristiques et le statut professionnel, population à domicile de 15 à 75 ans, Canada, 2000-2001

	Dépression		Dépendance à l'alcool	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Durée de résidence au Canada</b>				
Population née au Canada (base de référence)	1,00		1,00	
0 à 4 ans	0,31*	0,25 - 0,38	0,05*	0,02 - 0,12
5 à 9 ans	0,44*	0,36 - 0,53	0,27*	0,17 - 0,41
10 à 14 ans	0,89	0,77 - 1,02	0,15*	0,09 - 0,26
15 à 19 ans	0,54*	0,43 - 0,69	0,42*	0,25 - 0,70
20 à 29 ans	0,91	0,80 - 1,04	0,33*	0,21 - 0,52
30 ans et plus	1,15	1,03 - 1,29	0,74	0,50 - 1,09
<b>Âge</b>				
Âge2	1,12*	1,11 - 1,13	1,09*	1,06 - 1,12
Âge2	1,00*	1,00 - 1,00	1,00*	1,00 - 1,00
<b>Sexe</b>				
Féminin (base de référence)	1,00		1,00	
Masculin	0,54*	0,52 - 0,57	2,92*	2,63 - 3,23
<b>État matrimonial</b>				
Marié (base de référence)†	1,00		1,00	
Marié antérieurement	2,27*	2,11 - 2,43	3,30*	2,78 - 3,93
Jamais marié	1,68*	1,57 - 1,80	2,91*	2,55 - 3,31
<b>Revenu du ménage</b>				
Faible	1,93*	1,72 - 2,17	1,80*	1,47 - 2,20
Intermédiaire, tranche inférieure	1,68*	1,53 - 1,85	1,48*	1,24 - 1,77
Intermédiaire	1,38*	1,29 - 1,49	1,01	0,88 - 1,15
Intermédiaire, tranche supérieure	1,19*	1,11 - 1,27	0,88	0,79 - 0,99
Élevé (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Niveau de scolarité</b>				
Études secondaires partielles	1,19*	1,11 - 1,27	1,17	1,02 - 1,35
Diplôme d'études secondaires	1,07	1,00 - 1,14	1,32*	1,16 - 1,50
Études postsecondaires partielles	1,18*	1,08 - 1,28	1,97*	1,72 - 2,26
Diplôme d'études postsecondaires (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Statut professionnel (semaine précédant l'interview)</b>				
Occupait un emploi	0,69*	0,65 - 0,73	1,01	0,90 - 1,13
N'occupait pas d'emploi (base de référence)	1,00			
-2 log L	48 217		16 045	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : † Comprend les conjoints de fait  
\* p < 0,01.

Tableau E  
Modèle détaillé des données du tableau 1 : Rapports de cotes d'une période dépressive et de dépendance à l'alcool selon certaines caractéristiques et le sentiment d'appartenance, population à domicile de 15 à 75 ans, Canada, 2000-2001

	Dépression		Dépendance à l'alcool	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Durée de résidence au Canada</b>				
Population née au Canada (base de référence)	1,00		1,00	
0 à 4 ans	0,31*	0,25 - 0,39	0,04*	0,02 - 0,11
5 à 9 ans	0,44*	0,37 - 0,53	0,27*	0,18 - 0,41
10 à 14 ans	0,88	0,77 - 1,01	0,15*	0,08 - 0,26
15 à 19 ans	0,55*	0,43 - 0,69	0,42*	0,25 - 0,70
20 à 29 ans	0,89	0,78 - 1,02	0,32*	0,20 - 0,50
30 ans et plus	1,15	1,03 - 1,29	0,74	0,50 - 1,09
<b>Âge</b>				
Âge2	1,10*	1,08 - 1,11	1,08*	1,05 - 1,11
Âge2	1,00*	1,00 - 1,00	1,00*	1,00 - 1,00
<b>Sexe</b>				
Féminin (base de référence)	1,00		1,00	
Masculin	0,53*	0,50 - 0,55	2,92*	2,64 - 3,24
<b>État matrimonial</b>				
Marié (base de référence)†	1,00		1,00	
Marié antérieurement	2,14*	1,99 - 2,30	3,15*	2,65 - 3,76
Jamais marié	1,61*	1,51 - 1,73	2,80*	2,46 - 3,18
<b>Revenu du ménage</b>				
Faible	2,22*	1,99 - 2,48	1,72*	1,41 - 2,10
Intermédiaire, tranche inférieure	1,90*	1,73 - 2,09	1,43*	1,20 - 1,70
Intermédiaire	1,46*	1,36 - 1,57	0,98	0,86 - 1,12
Intermédiaire, tranche supérieure	1,21*	1,13 - 1,29	0,87	0,77 - 0,97
Élevé (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Niveau de scolarité</b>				
Études secondaires partielles	1,24*	1,16 - 1,33	1,18	1,03 - 1,35
Diplôme d'études secondaires	1,07	1,00 - 1,15	1,32*	1,16 - 1,50
Études postsecondaires partielles	1,20*	1,11 - 1,31	1,98*	1,73 - 2,28
Diplôme d'études postsecondaires (base de référence)	1,00		1,00	
<b>Sentiment d'appartenance à la collectivité locale</b>				
-2 log L	48 120	0,79 - 0,83	15 926	0,75*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : † Comprend les conjoints de fait  
\* p < 0,01.

## Annexe

Nombre d'analyses présentées dans ce supplément aux *Rapports sur la santé* se fondent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. La collecte des données du cycle 1.1 de l'ESCC a débuté en septembre 2000 et s'est étendue sur une période de 14 mois. Le champ d'observation de l'ESCC comprend la population à domicile de 12 ans et plus des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Le cycle 1.1 de l'ESCC a été conçu pour recueillir des renseignements au niveau de la région socio-sanitaire<sup>1</sup>. Pour des raisons administratives, chaque province est divisée en régions socio-sanitaires (RSS) et chaque territoire est considéré comme une RSS unique. Pour les besoins de la collecte des données de l'ESCC, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées, à cause de la petite taille de la population de Churchill. En outre, les données n'ont pas été recueillies pour deux régions socio-sanitaires éloignées, à savoir la région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, toutes deux situées au Québec.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la

population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majeure partie (83 %) des ménages provenaient de la base aréolaire, et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages ainsi sélectionnés pour participer à une interview sur place. Dans certaines RSS, on a aussi utilisé la méthode de composition aléatoire (CA) et (ou) une liste de numéros de téléphone. Les personnes faisant partie des bases de sondage téléphonique, qui représentaient les 17 % restants de l'échantillon, ont été interviewées par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne; dans les autres, on a sélectionné au hasard deux personnes. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, on a sélectionné au hasard une personne. Le taux de réponse a été de 84,7 %. Pour le cycle 1.1, l'échantillon de répondants comptait 131 535 personnes. En tout, 6,3 % d'interviews ont été réalisées par procuration.

## Références

- 1 Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).