

Rapports sur la santé

L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada

par Edward Ng et Haozhen Zhang

Date de diffusion : le 16 juin 2021



Comment obtenir d'autres renseignements

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

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

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

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

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

Programme des services de dépôt

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

Normes de service à la clientèle

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

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

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

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

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

This publication is also available in English.

L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada

par Edward Ng et Haozhen Zhang

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202100600001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Peu d'études quantitatives prennent en compte les données nationales pour examiner l'accès aux services de consultation en santé mentale (CSM) par les immigrants au Canada et encore moins d'études permettent d'étudier les CSM au moyen des variables suivantes : la catégorie d'admission des immigrants, le temps passé au Canada depuis leur établissement et la région d'origine. La présente étude vise à examiner, à l'aide des données d'une enquête auprès de la population couplée à l'information sur les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement, le recours aux CSM par les immigrants et les réfugiés, comparativement à l'usage qu'en font les répondants nés au Canada, en tenant toutefois compte de la santé mentale autodéclarée (SMAD) et des caractéristiques propres aux immigrants. Fondée sur une base de données couplée, l'étude permet de tirer des renseignements bien plus précieux sur les populations des immigrants que la plupart des études antérieures.

Données et méthodes

Reposant sur les données de quatre cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (de 2011 à 2014) couplées à celles de la Base de données longitudinales sur l'immigration, les rapports de cotes exprimant le recours à des CSM par la population née au Canada sont comparés avec ceux des immigrants selon des dimensions de l'immigration, tout en tenant compte de la SMAD. Les résultats ont été corrigés pour tenir compte hiérarchiquement de l'âge, du sexe, de facteurs socioéconomiques et du sentiment d'appartenance.

Résultats

Une fois neutralisés les facteurs mentionnés ci-dessus, les immigrants étaient beaucoup moins susceptibles que les répondants nés au Canada d'accéder à des CSM. Plus précisément, lorsqu'ils étaient comparés avec la population née au Canada qui présentait des niveaux élevés de SMAD, les immigrants ayant des niveaux élevés de SMAD étaient statistiquement moins susceptibles d'avoir eu recours à une CSM (rapport de cotes [RC] = 0,5 pour un intervalle de confiance [IC] à 95 % allant de 0,4 à 0,5), tandis que ceux ayant de bas niveaux de SMAD étaient plus susceptibles de déclarer une CSM (RC = 4,8 pour un IC à 95 % allant de 4,5 à 5,1 pour la population née au Canada, mais RC = 1,8 pour un IC à 95 % allant de 1,5 à 2,1 pour les immigrants). La plupart des immigrants asiatiques ayant de bas niveaux de SMAD étaient seulement aussi susceptibles de déclarer des CSM que les répondants nés au Canada présentant des niveaux élevés de SMAD. Par ailleurs, le taux de CSM n'était que légèrement plus élevé chez les réfugiés ayant de bas niveaux de SMAD (RC = 1,6 pour un IC à 95 % allant de 1,1 à 2,3) que chez les personnes nées au Canada présentant des niveaux élevés de SMAD. Dans l'ensemble, les réfugiés n'étaient pas plus susceptibles que les immigrants d'autres catégories d'admission de déclarer avoir eu recours à une CSM, et ce, malgré le fait que des résultats antérieurs ont révélé que les réfugiés déclaraient de bas niveaux de SMAD.

Interprétation

La présente étude fournit de nouvelles données probantes sur les disparités en ce qui a trait à l'accès aux services de CSM entre les personnes nées au Canada et les immigrants selon diverses caractéristiques, tout en tenant compte de la SMAD. Les résultats traduisent probablement l'existence d'obstacles structurels ou culturels qui entravent l'accès aux services de CSM et donnent une piste de solution pour préserver ou améliorer la santé mentale des immigrants.

Mots clés

catégorie d'immigrant, consultations en santé mentale, données couplées, réfugié

AUTEURS

Edward Ng (edward.ng@canada.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé à Statistique Canada et Haozhen Zhang travaille à la Direction de la recherche et de l'évaluation d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, à Ottawa en Ontario.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet?

- Les consultations en santé mentale sont importantes pour prévenir la maladie mentale et promouvoir le bien-être psychologique. Cependant, peu d'études ont porté sur l'accès des immigrants aux services de consultation en santé mentale au moyen de données nationales et très peu ont présenté une analyse des disparités d'accès entre les groupes d'immigrants en fonction de leurs caractéristiques au moment de leur établissement.
- De manière générale, des travaux antérieurs ont révélé que les réfugiés éprouaient plus de stress ou obtenaient de moins bons résultats en matière de santé mentale comparativement aux autres immigrants ou aux personnes nées au Canada. L'état de la santé mentale diffère considérablement selon les caractéristiques des immigrants, comme leur région d'origine et le temps passé au Canada. Il est nécessaire d'examiner le lien entre l'état de santé mentale et l'accès aux services de consultation en santé mentale au sein de ces groupes.

Ce qu'apporte l'étude?

- Comparativement aux répondants nés au Canada, les immigrants, dans l'ensemble et par catégorie d'immigration individuelle, sont moins susceptibles d'avoir consulté des professionnels de la santé mentale, même après correction pour tenir compte de la santé mentale autodéclarée.
- Malgré le fait que des travaux antérieurs révèlent de manière générale que les réfugiés déclarent de bas niveaux de santé mentale, dans l'ensemble, les réfugiés ne sont pas plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale que les immigrants de la catégorie économique ou issus du regroupement familial.
- De manière générale, les immigrants asiatiques sont moins susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale, tandis que ceux provenant des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Europe de l'Ouest sont plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale que les immigrants d'autres régions du monde, même lorsque l'on tient compte des disparités liées à leur niveau de santé mentale.

Au Canada, la proportion d'immigrants et de réfugiés a atteint 22 % en 2016, un sommet historique depuis près d'un siècle¹. On s'attend à ce que l'immigration constitue à l'avenir un important moteur de l'économie canadienne et de la croissance démographique au pays². À mesure que le nombre d'immigrants augmente, et puisque le processus d'immigration et les défis subséquents liés à l'établissement peuvent être stressants³⁻⁶, il devient particulièrement important pour les décideurs et les fournisseurs de services de mieux comprendre les problèmes de santé mentale des nouveaux arrivants et la manière dont ils utilisent les services. Des travaux de recherche en santé mentale sont nécessaires, particulièrement en ce qui concerne la population des immigrants et les sous-groupes comme les réfugiés. En raison des lacunes statistiques existantes, peu d'études quantitatives ont porté sur les problèmes de santé mentale des immigrants en fonction de leur catégorie d'admission et celles qui l'ont fait ont, de manière générale, révélé que les réfugiés éprouaient plus de stress ou avaient plus de problèmes de santé mentale (comparativement aux autres immigrants ou à la population née au Canada)⁷⁻⁸. Une de ces études, fondée sur une enquête nationale sur la santé (c.-à-d. l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC]) récemment couplée à la Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM), a montré que, avant correction pour tenir compte des facteurs socioéconomiques et démographiques, les immigrants, et les réfugiés en particulier, étaient moins susceptibles que les répondants nés au Canada d'avoir un niveau élevé de santé

mentale autodéclarée (SMAD)⁸. Les niveaux de SMAD différaient considérablement en fonction de la région d'origine des immigrants et du temps passé au Canada; par exemple, les immigrants récents et ceux en provenance de l'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, de l'Asie de l'Ouest et de l'Asie de l'Est présentaient des niveaux de SMAD plus bas que la population née au Canada. Puisque les consultations en santé mentale (CSM) sont importantes pour prévenir la maladie mentale et promouvoir le bien-être psychologique⁹⁻¹⁰, il est nécessaire de vérifier s'il existe une corrélation entre un plus bas niveau de SMAD et l'absence de CSM.

Très peu d'études portent sur l'accès des immigrants aux services de santé mentale en fonction des caractéristiques détaillées propres aux immigrants à l'échelle du Canada. Pourtant, cette information aiderait à concevoir des services plus efficaces et plus accessibles. Par exemple, on pourrait offrir plus de soutien ou de services aux nouveaux arrivants et aux immigrants ou aux réfugiés à faible revenu si l'on constatait que ces immigrants ont un moins bon accès aux services de santé mentale que les autres groupes de population. Une telle adaptation des services pourrait favoriser l'intégration des immigrants dans la société et l'économie. Ces études limitées sur l'utilisation des services de santé mentale par catégorie d'admission ont été menées à l'échelle provinciale grâce au couplage avec les données sur l'arrivée des immigrants¹¹⁻¹². De manière générale, elles sont arrivées à la conclusion que des travaux de recherche subséquents devraient porter sur le lien

entre les besoins en santé mentale et l'utilisation des services, surtout chez les groupes plus vulnérables comme les réfugiés. La présente étude complète les études réalisées précédemment en traitant des niveaux de SMAD chez les immigrants⁸. Elle contribue à la littérature en tant que première étude interprovinciale visant à examiner l'utilisation des services de santé mentale en fonction de la catégorie d'admission des immigrants, du temps passé au Canada et de la région d'origine au moyen de la même enquête nationale sur la santé couplée aux renseignements sur l'établissement des immigrants, tout en tenant explicitement compte du niveau de SMAD des répondants. L'étude fournit une description plus complète et détaillée du recours aux services de santé mentale, tant par les immigrants que par la population née au Canada.

Données et méthodes

Sources des données

La présente étude est fondée sur les données de quatre cycles de l'ESCC (de 2011 à 2014) couplées à celles de la BDIM. Celles-ci ont servi à des travaux antérieurs, à une différence près⁸. Puisque la question sur les CSM a été adoptée et posée dans les cycles sélectionnés dans seulement cinq provinces et deux territoires (à savoir la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut), l'échantillon global a été réduit en conséquence. Menée pour la première fois en 2001 (cycle 1.1), l'ESCC comprend des renseignements transversaux sur la santé, les comportements et le recours aux soins de santé de la population à domicile ne résidant pas dans un établissement institutionnel, âgée de 12 ans et plus¹³. Dans l'ensemble, environ 84 % des répondants de l'ESCC ont accepté que leurs données soient partagées et couplées à d'autres sources de données.

Le Fichier des immigrants reçus (FIR) est un recensement administratif des immigrants arrivés au Canada entre 1980 et 2016 qui contient des renseignements démographiques et d'autres caractéristiques propres aux immigrants au moment de leur établissement (p. ex. la catégorie d'admission). La BDIM combine l'information du FIR et des fichiers canadiens de données fiscales des immigrants. Ni le FIR ni la BDIM ne comprennent de renseignements relatifs à la santé¹⁴⁻¹⁵. Le couplage des données de l'ESCC et de celles de la BDIM a été effectué dans l'Environnement de couplage des données sociales à Statistique Canada, en utilisant une base de données relationnelle dynamique d'identificateurs personnels de base : le Dépôt d'enregistrements dérivés¹⁶⁻¹⁸. Des précisions sur les enquêtes, le couplage et sa validation figurent dans d'autres documents¹⁹⁻²⁰.

Création et définition de la cohorte à l'étude

La présente étude était fondée sur une cohorte globale regroupée de répondants à l'ESCC annuelle qui ont accepté que leurs renseignements soient couplés et partagés (n = 208 920).

Les « personnes nées au Canada » désignent les répondants qui ont déclaré être nés au Canada, tandis que les « immigrants » désignent les répondants à l'ESCC couplés à la BDIM (n = 39 420). Il convient de mentionner qu'il existe au sein de la population des immigrants des disparités en ce qui concerne le moment de leur arrivée, leur provenance et la raison pour laquelle ils sont venus au Canada. Ont été exclus de l'échantillon les répondants à l'ESCC de l'échantillon regroupé s'étant déclarés immigrants arrivés au Canada avant 1980 (n = 3 350) et de ceux autodéclarés comme immigrants arrivés après 1980, mais dont le couplage à la BDIM a échoué (n = 785). La cohorte définitive de l'étude, tirée des enquêtes annuelles menées entre 2011 et 2014, comprenait 10 130 immigrants et 128 655 répondants nés au Canada représentatifs d'une population totale de 21 millions de personnes résidant dans les cinq provinces et les deux territoires mentionnés précédemment, soit les secteurs de compétence qui ont recueilli le contenu optionnel associé aux principales variables dépendantes de l'étude.

Résultats et principales variables associées à l'immigration

Le principal résultat de la présente étude est la déclaration d'une CSM, qui est caractérisée par un seul élément dichotomique (réponse par oui ou par non) : on a demandé aux répondants s'ils avaient consulté, au cours des 12 mois précédents, un professionnel de la santé mentale au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale. Dans le présent document, avoir eu recours à une CSM signifie que le répondant a indiqué une CSM au cours de l'année précédant l'enquête. Le niveau de SMAD a été mesuré à l'aide d'une seule question, dans le cadre de laquelle les répondants devaient évaluer leur santé mentale globale sur une échelle de cinq points allant de « excellente » à « mauvaise ». Les personnes qui ont déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale ont été considérées comme ayant un niveau élevé de SMAD.

Trois principales dimensions de l'immigration ont été utilisées dans la présente étude. Premièrement, le temps écoulé depuis l'établissement a été défini comme la différence entre l'année de l'établissement selon la BDIM et l'année de l'ESCC. Les immigrants ont ensuite été classés dans les catégories « récents » (ceux sondés moins de 10 ans après leur arrivée) et « de longue date » (ceux vivant au Canada depuis 10 ans ou plus). Deuxièmement, les catégories d'admission des immigrants comprenaient la catégorie économique, la catégorie du regroupement familial, les réfugiés et les autres. Étant donné la taille relativement petite de la catégorie des « autres immigrants » (n = 435), les résultats de cette catégorie ne sont pas présentés séparément, bien que ces personnes soient comprises dans les résultats qui concernent l'ensemble des immigrants. Troisièmement, les pays de naissance des immigrants ont été classés dans huit régions d'origine : 1) les États-Unis + (ce qui comprend les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Europe de l'Ouest); 2) l'Amérique latine et les Caraïbes; 3) l'Europe de l'Est; 4) l'Afrique subsaharienne;

5) l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et l'Asie de l'Ouest; 6) l'Asie du Sud; 7) l'Asie du Sud-Est; 8) l'Asie de l'Est. De plus amples renseignements figurent dans d'autres documents⁸.

Caractéristiques démographiques, sociales et économiques sélectionnées dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les facteurs démographiques comprennent l'âge (12 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 64 ans et plus) et le sexe (homme ou femme). Les caractéristiques sociales comprennent les compétences autodéclarées en matière de langues officielles (français et anglais, français seulement, anglais seulement, ni français ni anglais), le niveau de scolarité (sans études postsecondaires, études postsecondaires ou niveau de scolarité plus élevé) et l'état matrimonial (marié ou en union libre; veuf, séparé ou divorcé; célibataire ou jamais marié). Les caractéristiques économiques comprenaient le décile de revenus des ménages, mesuré à l'échelle de la région sociosanitaire et classé selon les catégories des 20 % inférieurs, des 60 % intermédiaires et des 20 % supérieurs. La situation d'emploi des répondants a été classée selon qu'ils avaient un emploi, n'avaient pas d'emploi ou étaient dans l'incapacité permanente de travailler durant la semaine précédant l'ESCC. Enfin, le sentiment d'appartenance des répondants à leur collectivité locale a été considéré comme fort, s'ils répondaient « fort » ou « très fort » sur une échelle de cinq points, ou comme « faible » (les trois autres options sur l'échelle). Des études indiquent que le sentiment d'appartenance à la collectivité est fortement corrélé à la santé physique et mentale²¹⁻²².

Méthodes

Les caractéristiques descriptives de la cohorte à l'étude et la prévalence d'avoir eu recours à une CSM ont été présentées tant pour les personnes nées au Canada que pour l'ensemble des immigrants et selon la catégorie d'admission. Une régression logistique multivariée a permis d'examiner la probabilité que les immigrants aient eu recours à une CSM selon leur niveau de SMAD et en fonction de diverses dimensions de l'immigration, en utilisant comme groupe de référence les répondants nés au Canada ayant des niveaux élevés de SMAD. Les dimensions de l'immigration comprennent l'ensemble des immigrants, selon leur catégorie d'admission, selon le temps écoulé depuis leur établissement et selon leur région d'origine. Des modèles distincts ont été utilisés pour présenter les rapports de cotes bruts et corrigés d'une CSM en fonction des dimensions de l'immigration susmentionnées recoupées avec les niveaux de SMAD. Ces modèles distincts ont été corrigés pour tenir compte hiérarchiquement de facteurs démographiques, sociaux et économiques ainsi que du sentiment d'appartenance des répondants à la collectivité locale. Toutes les analyses ont été effectuées dans le système d'analyse statistique SAS et SUDAAN à l'aide de poids de partage/couplage combinés de l'ESCC et de poids bootstrap pour l'estimation de la variance.

Résultats

Cohorte à l'étude

La cohorte à l'étude était représentative d'environ 17 millions de personnes nées au Canada et de 3,6 millions d'immigrants, dont 53 % se classaient dans la catégorie de l'immigration économique, 30 % dans celle du regroupement familial et 13 % dans celle des réfugiés. Près de 80 % des immigrants étaient en âge de travailler (c.-à-d. âgés de 25 à 64 ans), comparativement à 63 % des répondants nés au Canada (tableau 1). La plupart des immigrants (65 %) étaient considérés comme des immigrants de longue date (c.-à-d. qu'ils étaient arrivés au moins 10 ans avant de participer à l'enquête); cette proportion variait de 58 % chez les immigrants de la catégorie économique à un maximum de 75 % chez les réfugiés. La majorité des immigrants provenaient d'Asie ou du Moyen-Orient (57 %).

En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques, les personnes nées au Canada étaient plus susceptibles de maîtriser les deux langues officielles ou le français seulement, tandis que les immigrants étaient plus susceptibles que les personnes nées au Canada de maîtriser uniquement l'anglais. Environ 5 % des immigrants ont déclaré ne maîtriser ni le français ni l'anglais. Proportionnellement, un plus grand nombre d'immigrants que de personnes nées au Canada ont déclaré être mariés ou vivre en union libre, avoir un emploi ou avoir fait des études postsecondaires, mais ils étaient plus nombreux à se situer dans un décile de revenu classé dans la catégorie des 20 % inférieurs (tableau 1). Dans l'ensemble, les taux d'immigrants et de répondants nés au Canada qui ont déclaré un fort sentiment d'appartenance à la collectivité locale étaient semblables (65 % et 64 %, respectivement), mais les immigrants étaient moins susceptibles que les répondants nés au Canada de déclarer un niveau élevé de SMAD (70 % et 73 %, respectivement). Une certaine hétérogénéité a été observée parmi les immigrants issus des différentes catégories d'admission. Par exemple, un pourcentage plus élevé d'immigrants de la catégorie économique possédaient un diplôme d'études postsecondaires, avaient un emploi et se situaient dans un décile de revenu classé dans la catégorie des 60 % intermédiaires ou de 20 % supérieurs, comparativement au pourcentage pour l'ensemble des immigrants.

Consultation en santé mentale par les répondants nés au Canada comparativement aux immigrants, selon leurs caractéristiques

Dans l'ensemble, les immigrants étaient toujours moins susceptibles de déclarer des CSM que leurs homologues nés au Canada, peu importe leur âge, leur sexe, leurs compétences en matière de langues officielles, leur niveau de scolarité, leur revenu et leur emploi, leur sentiment d'appartenance à la collectivité locale et leur niveau de SMAD (tableau 2). Les immigrants de longue date présentaient des taux de CSM supérieurs à ceux des immigrants plus récents, tout comme ceux provenant de la région des États-Unis + comparativement à ceux d'autres régions du monde. Chez les immigrants qui

Tableau 1
Répartition de la cohorte à l'étude selon certaines caractéristiques socioéconomiques et certaines caractéristiques liées à l'immigration des immigrants, par catégorie d'admission et par rapport à la population née au Canada[‡]

	Personnes		Catégories d'immigrants		
	nées au Canada	Immigrants dans leur ensemble	Immigrants de la catégorie économique	Immigrants de la catégorie du regroupement familial	Réfugiés
			nombre		
Taille de l'échantillon	128 655	10 130	5 505	2 980	1 210
Estimation de la population	17 254 765	3 628 885	1 913 180	1 092 580	466 765
			pourcentage		
Âge					
12 à 24 ans	21,3	14,4 *	18,4 *	8,3 *	15,3 *
25 à 39 ans	22,3	34,3 *	32,5 *	38,4 *	33,8 *
40 à 64 ans	40,6	44,8 *	45,6 *	40,7	46,8 *
65 ans et plus	15,8	6,5 *	3,5 *	12,6 *	4,1 *
Sexe					
Homme	49,0	49,7	51,1	44,1 *	56,0 *
Femme	51,0	50,3	48,9	55,9 *	44,0 *
Temps écoulé depuis l'établissement					
Récent (au Canada depuis moins de 10 ans)	...	35,5	42,1	32,1	24,7
De longue date (au Canada depuis 10 ans ou plus)	...	64,5	57,9	67,9	75,3
Région d'origine					
États-Unis +	...	10,6	11,9	12,2	x
Amérique latine et Caraïbes	...	16,1	8,7	25,6	18,3
Europe de l'Est	...	10,9	11,0	6,7	21,6
Afrique subsaharienne	...	5,2	4,2	4,0	11,4
Afrique du Nord, Moyen-Orient et Asie de l'Ouest	...	13,0	13,7	7,7	22,5
Asie du Sud	...	16,4	14,8	20,7	13,4
Asie du Sud-Est	...	12,6	15,6	11,4	7,2
Asie de l'Est	...	14,9	19,9	11,0	x
Compétences en matière de langues officielles					
Français et anglais	25,8	13,9 *	16,4 *	9,7 *	14,1 *
Anglais seulement	58,6	73,7 *	73,6 *	73,7 *	72,1 *
Français seulement	15,6	7,0 *	7,4 *	6,4 *	7,6 *
Ni français ni anglais	0,0 ^E	5,4 *	2,6 *	10,1 *	6,2 ^{*E}
Niveau de scolarité					
Sans études postsecondaires	44,7	32,4 *	23,6 *	43,3	40,2 *
Diplôme d'études postsecondaires	54,4	66,5 *	75,3 *	55,7	58,7
État matrimonial					
Marié ou en union libre	54,4	66,0 *	64,8 *	71,7 *	56,7
Veuf, séparé ou divorcé	12,3	8,8 *	5,9 *	12,5	10,2
Célibataire (jamais marié)	33,1	25,0 *	29,2 *	15,6 *	32,1
Revenu (décile de la région sociosanitaire)					
20 % inférieurs	15,5	32,4 *	29,5 *	32,4 *	45,8 *
60 % intermédiaires	60,5	56,8 *	58,4	56,9 *	48,2 *
20 % supérieurs	23,7	10,7 *	12,1 *	10,7 *	6,0 *
Emploi					
Avait un emploi	61,6	66,5 *	68,9 *	62,2	66,4
N'avait pas d'emploi la semaine précédente	26,1	28,0 *	26,9	30,1 *	28,2
Incapacité permanente à travailler	2,6	1,3 *	0,7 ^{*E}	1,6 ^E	2,9 ^E
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale					
Faible	35,1	33,1 *	34,0	28,9 *	39,6 *
Fort	63,9	65,2	64,8	68,9 *	57,9 *
Excellente ou très bonne santé mentale					
Non	27,5	29,8 *	28,5	31,2 *	33,1 *
Oui	72,5	70,2 *	71,5	68,8 *	66,9 *

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

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

[‡] Comprend des répondants de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut qui ont participé au module de consultation et répondu à la question sur la santé mentale.

Notes : Un petit sous-groupe d'immigrants classés comme autres inclus dans le total, mais pas dans les sous-catégories (voir la description de la cohorte dans le texte à la page 15). La somme des proportions peut ne pas totaliser 100 % en raison de données manquantes. États-Unis + fait référence aux États-Unis, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande et à l'Europe de l'Ouest.

Source : Base de données couplée combinant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011 à 2014 et de la Base de données longitudinales sur l'immigration.

éprouvaient un fort sentiment d'appartenance à la collectivité et chez ceux qui ont déclaré des niveaux élevés de SMAD, les taux de CSM tendaient à être plus bas. Cela s'est avéré exact tant au sein de la population née au Canada que chez l'ensemble des immigrants. Toutefois, la proportion de personnes qui avaient

Tableau 2
Répartition des pourcentages de répondants déclarant des consultations sur la santé mentale selon certaines caractéristiques socioéconomiques et certaines caractéristiques liées à l'immigration pour les immigrants, par catégorie d'admission et par rapport à la population née au Canada[‡]

	Personnes nées au Canada	Immigrants dans leur ensemble	Catégories d'immigrants		
			Immigrants de la catégorie économique	Immigrants de la catégorie du regroupement familial	Réfugiés
pourcentage					
Âge					
12 à 24 ans	12,6	7,6 [*]	7,8 [*]	x	x
25 à 39 ans	18,9	7,9 [*]	8,1 [*]	8,6 [*]	5,0 ^{†E}
40 à 64 ans	15,3	7,1 [*]	6,5 [*]	7,8 [*]	8,6 ^{†E}
65 ans et plus	6,9	5,8 ^E	8,8 ^{†E}	4,8 ^E	x
Sexe					
Homme	9,8	5,4 [*]	5,6 [*]	5,8 ^{†E}	4,4 [*]
Femme	18,5	9,2 [*]	9,1 [*]	9,2 [*]	9,6 ^{†E}
Temps écoulé depuis l'établissement					
Récent (au Canada depuis moins de 10 ans)	...	6,2 [*]	5,7 [*]	7,9 ^{†E}	x
De longue date (au Canada depuis 10 ans ou plus)	...	8,0 [*]	8,5 [*]	7,8 [*]	7,5 [*]
Région d'origine					
États-Unis +	...	14,2	14,7	15,2	x
Amérique latine et Caraïbes	...	7,9 [*]	7,6 ^{†E}	7,6 ^{†E}	8,3 ^E
Europe de l'Est	...	10,1 [*]	10,2 ^E	11,9 ^E	9,3 ^E
Afrique subsaharienne	...	8,2 ^{†E}	8,4 ^E	x	x
Afrique du Nord, Moyen-Orient et Asie de l'Ouest	...	8,5 [*]	7,6 ^{†E}	12,4 ^E	8,8 ^E
Asie du Sud	...	4,8 [*]	5,9 ^{†E}	4,9 ^{†E}	x
Asie du Sud-Est	...	4,8 ^{†E}	4,7 ^{†E}	x	x
Asie de l'Est	...	3,6 ^{†E}	3,9 ^{†E}	x	x
Compétences en matière de langues officielles					
Français et anglais	14,2	9,5 [*]	9,1 [*]	11,0 ^E	7,3 ^{†E}
Anglais seulement	15,2	7,1 [*]	7,1 ^{†E}	7,9 [*]	6,4 [*]
Français seulement	10,4	8,0 ^E	7,6	x	10,7 ^E
Ni français ni anglais	x	x	x	x	x
Niveau de scolarité					
Sans études postsecondaires	12,6	6,2 [*]	5,5 [*]	6,1 ^{†E}	7,9 ^{†E}
Diplôme d'études postsecondaires	15,5	7,9 [*]	7,8 [*]	9,0 [*]	6,0 ^{†E}
État matrimonial					
Marié ou en union libre	12,3	6,3 [*]	6,4 [*]	6,8 [*]	5,0 ^{†E}
Veuf, séparé ou divorcé	18,3	12,3 [*]	11,9 ^E	11,4 ^E	17,5 ^E
Célibataire (jamais marié)	15,8	8,3 [*]	8,5 [*]	9,3 ^{†E}	6,4 ^{†E}
Revenu (décile de la région sociosanitaire)					
20 % inférieurs	19,3	7,3 [*]	5,3 [*]	8,9 ^{†E}	8,2 ^{†E}
60 % intermédiaires	13,8	7,2 [*]	8,2 [*]	6,6 [*]	5,1 ^{†E}
20 % supérieurs	11,9	8,4 [*]	8,0	9,9 ^E	7,4 ^{†E}
Emploi					
Avait un emploi	14,0	6,7 [*]	7,2 [*]	6,2 [*]	6,3 ^{†E}
N'avait pas d'emploi la semaine précédente	15,2	8,2 [*]	7,7 [*]	10,1 [*]	5,4 ^{†E}
Incapacité permanente à travailler	38,1	32,0	x	32,0 ^E	29,6 ^E
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale					
Faible	17,2	10,1 [*]	9,9 [*]	12,0 [*]	7,8 ^{†E}
Fort	12,5	6,0 [*]	5,9 [*]	6,0 [*]	6,2 ^{†E}
Autoévaluation de la santé mentale					
Classé comme élevé (très bonne ou excellente)	8,1	4,3 [*]	4,6 [*]	4,3 [*]	3,7 ^{†E}
Faible (bonne, passable ou mauvaise)	30,2	14,4 [*]	14,2 [*]	15,2 [*]	12,8 ^{†E}

... n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

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

[‡] Comprend des répondants de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut qui ont participé au module de consultation et répondu à la question sur la santé mentale.

Note : La somme des proportions peut ne pas totaliser 100 % en raison de données manquantes. États-Unis + fait référence aux États-Unis, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande et à l'Europe de l'Ouest.

Source : Base de données couplée combinant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011 à 2014 et de la Base de données longitudinales sur l'immigration.

eu recours à des CSM variait quelque peu selon les catégories d'admission des immigrants.

La relation entre le revenu du ménage et les CSM était différente chez les répondants nés au Canada par rapport aux répondants immigrants. Chez les répondants nés au Canada, cette relation

était négative, en ce sens que la proportion de personnes ayant déclaré une CSM augmentait à mesure que le revenu du ménage diminuait : 19 % des répondants nés au Canada dont le revenu du ménage se situait dans la tranche inférieure de 20 % de la répartition ont déclaré une CSM, comparativement à 12 % de ceux des ménages de la catégorie de revenu supérieure. En revanche, la proportion d'immigrants ayant déclaré des CSM variait à peine selon le revenu du ménage, allant de 7,3 % à 8,4 % selon les différents groupes de revenu. Toutefois, on a observé chez les immigrants de la catégorie économique une relation positive entre les CSM et le revenu du ménage, comparativement aux personnes nées au Canada : 5 % des répondants de la catégorie économique dont le revenu du ménage se situait dans la tranche inférieure de 20 % ont déclaré avoir eu recours à une CSM, comparativement à 8 % dans les ménages de la tranche de revenu supérieure.

Comparaison multivariée entre répondants nés au Canada et répondants immigrants selon la santé mentale autodéclarée

Alors que les répondants nés au Canada ayant des niveaux élevés de SMAD servaient de groupe de référence, des modèles de régression logistique ont été utilisés pour examiner la variation des CSM déclarées en fonction des caractéristiques de l'immigration et du niveau de SMAD. Les résultats ont démontré que le fait de corriger pour tenir compte des facteurs démographiques et des autres variables supplémentaires n'a pas eu d'incidence sur les principaux résultats. Selon les résultats entièrement corrigés, les immigrants présentant des niveaux élevés de SMAD étaient statistiquement moins susceptibles que le groupe de référence de consulter des professionnels de la santé mentale (rapport de cotes [RC] = 0,5 pour un intervalle de confiance [IC] à 95 % allant de 0,4 à 0,6; tableau 3, modèle A). Statistiquement, les immigrants présentant de bas niveaux de SMAD étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer des CSM (RC = 1,8 pour un IC à 95 % allant de 1,5 à 2,1) comparativement au groupe de référence, mais à un taux très inférieur à celui des répondants nés au Canada ayant de bas niveaux de SMAD (RC = 4,8 pour un IC à 95 % allant de 4,5 à 5,1).

Le tableau 3 présente également les résultats pour les immigrants en fonction de diverses dimensions de l'immigration, toujours lorsque la population née au Canada présentant des niveaux élevés de SMAD est utilisée comme groupe de référence. Tout d'abord, un examen des disparités selon la catégorie d'admission (tableau 3, modèle B) a révélé que les immigrants présentant des niveaux élevés de SMAD, en particulier les réfugiés (RC = 0,4 pour un IC à 95 % allant de 0,2 à 0,6), étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer des CSM comparativement au groupe de référence né au Canada ayant des niveaux élevés de SMAD. À l'inverse, les immigrants présentant de bas niveaux de SMAD, en particulier ceux de la catégorie du regroupement familial (RC = 2,0 pour un IC à 95 % allant de 1,5 à 2,6), étaient significativement plus susceptibles de déclarer des CSM comparativement au groupe

de référence. Fait important, les réfugiés ayant de bas niveaux de SMAD présentaient également des taux de CSM légèrement plus élevés que ceux du groupe de référence, soit la population née au Canada ayant des niveaux élevés de SMAD (RC = 1,6 pour un IC à 95 % allant de 1,1 à 2,3).

Pour ce qui est du temps écoulé depuis l'établissement (tableau 3, modèle C), les immigrants qui présentaient des niveaux élevés de SMAD étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer des CSM, qu'ils soient arrivés récemment (RC = 0,4 pour un IC à 95 % allant de 0,3 à 0,6) ou depuis plus longtemps (RC = 0,5 pour un IC à 95 % allant de 0,4 à 0,6). À l'inverse, les cotes exprimant la possibilité de déclarer des CSM étaient légèrement élevées chez les immigrants de longue date ayant de bas niveaux de SMAD (RC = 1,9 pour un IC à 95 % allant de 1,6 à 2,3); chez les immigrants récents ayant de bas niveaux de SMAD, les cotes n'étaient que légèrement supérieures à celles du groupe de référence (RC = 1,5 pour un IC à 95 % allant de 1,1 à 2,1).

Enfin, en ce qui concerne les régions d'origine (tableau 3, modèle D), parmi les immigrants présentant des niveaux élevés de SMAD, seuls ceux provenant des États-Unis + étaient pratiquement aussi susceptibles que le groupe de référence de déclarer des CSM (RC = 0,9 pour un IC à 95 % allant de 0,7 à 1,3), tandis que les cotes exprimant la possibilité de déclarer des CSM étaient nettement plus faibles que dans le groupe de référence chez les immigrants de la plupart des autres régions du monde, en particulier ceux provenant de l'Afrique du Nord, du Moyen-Orient ainsi que de l'Asie de l'Ouest, du Sud, du Sud-Est et de l'Est (RC = 0,2 pour un IC à 95 % allant de 0,1 à 0,4 pour ceux de l'Asie de l'Est, par exemple). Parmi les personnes présentant de bas niveaux de SMAD, les cotes exprimant la possibilité de déclarer des CSM étaient nettement plus élevées chez les immigrants de certaines régions du monde, en particulier chez ceux des États-Unis + (RC = 4,9 pour un IC à 95 % allant de 3,5 à 6,7), de l'Europe de l'Est (RC = 3,1 pour un IC à 95 % allant de 2,0 à 4,9), de l'Amérique latine et des Caraïbes ainsi que de l'Afrique subsaharienne. Chez d'autres, en particulier ceux de l'Asie de l'Est (RC = 0,7 pour un IC à 95 % allant de 0,4 à 1,3), les cotes exprimant la possibilité de déclarer des CSM étaient semblables à celles du groupe de référence. Dans l'ensemble, il est important de noter que la plupart des immigrants provenant d'Asie, quel que soit leur niveau de SMAD, présentaient des cotes exprimant la possibilité de déclarer des CSM beaucoup plus faibles que celles des répondants nés au Canada ayant de bas niveaux de SMAD.

Discussion

Il s'agit de la première étude menée dans plusieurs provinces qui, à l'aide de la base de données couplée combinant les données de l'ESCC et de la BDIM, permet d'examiner les CSM en tenant compte du niveau de santé mentale (niveau de SMAD). La richesse des données relatives à la santé tirées de l'ESCC est accentuée par le couplage avec la BDIM, ce qui

enrichit les analyses de caractéristiques propres aux immigrants. L'étude mentionne la différence dans la déclaration des CSM entre la population née au Canada et les immigrants dans leur

ensemble et selon leur catégorie d'admission (y compris le statut de réfugié), le temps passé au Canada depuis leur établissement, ainsi que leur région d'origine, tout en tenant

Tableau 3

Rapports de cotes bruts et corrigés d'une consultation en santé mentale selon le niveau de santé mentale autodéclarée, en tenant hiérarchiquement compte de certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques des immigrants et de certaines dimensions de l'immigration, comparativement au groupe de référence composé de la population née au Canada ayant un niveau élevé de santé mentale[‡]

Modèle et niveau de santé mentale autodéclarée	1) Brut			2) Correction en fonction de l'âge et du sexe			3) Correction supplémentaire en fonction de facteurs sociaux [§]			4) Correction supplémentaire en fonction de facteurs économiques ^{††}			5) Correction supplémentaire en fonction du sentiment d'appartenance		
	rapport de cotes														
Personnes nées au Canada^{†††}															
Élevé	1	...	...	1	...	...	1	...	...	1	...	...	1	...	...
Bas	4,9	4,6	5,2 *	5,1	4,8	5,5 *	5,1	4,8	5,5 *	4,9	4,6	5,2 *	4,8	4,5	5,1 *
A – Immigrants de la BDIM															
Élevé	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,5 *	0,5	0,4	0,5 *	0,5	0,4	0,5 *
Bas	1,9	1,6	2,3 *	1,8	1,5	2,1 *	1,9	1,6	2,2 *	1,8	1,5	2,1 *	1,8	1,5	2,1 *
B – Catégorie d'immigrant															
Immigrants de la catégorie économique															
Élevé	0,6	0,4	0,7 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *
Bas	1,9	1,5	2,4 *	1,7	1,3	2,2 *	1,7	1,4	2,2 *	1,7	1,3	2,2 *	1,7	1,3	2,1 *
Immigrants de la catégorie du regroupement familial															
Élevé	0,5	0,4	0,7 *	0,5	0,3	0,6 *	0,5	0,3	0,6 *	0,5	0,3	0,6 *	0,5	0,3	0,6 *
Bas	2,0	1,5	2,7 *	1,8	1,4	2,4 *	2,1	1,6	2,8 *	2,0	1,5	2,6 *	2,0	1,5	2,6 *
Réfugiés															
Élevé	0,4	0,3	0,7 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,2	0,6 *	0,4	0,2	0,6 *
Bas	1,8	1,2	2,6 *	1,7	1,1	2,5 *	1,7	1,2	2,6 *	1,6	1,1	2,4 *	1,6	1,1	2,3 *
C – Temps écoulé depuis l'établissement															
Immigrants de longue date (au Canada depuis 10 ans ou plus)															
Élevé	0,5	0,4	0,7 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *	0,5	0,4	0,6 *
Bas	2,0	1,7	2,4 *	1,9	1,6	2,3 *	2,0	1,6	2,4 *	1,9	1,6	2,3 *	1,9	1,6	2,3 *
Immigrants récents (au Canada depuis moins de 10 ans)															
Élevé	0,5	0,4	0,7 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *
Bas	1,8	1,3	2,4 *	1,5	1,1	2,1 *	1,6	1,2	2,2 *	1,5	1,1	2,1 *	1,5	1,1	2,1 *
D – Région d'origine															
États-Unis +															
Élevé	1,1	0,8	1,5	1,0	0,7	1,3	0,9	0,7	1,3	0,9	0,7	1,3	0,9	0,7	1,3
Bas	5,7	4,2	7,8 *	5,3	3,9	7,3 *	5,0	3,6	6,9 *	4,9	3,6	6,8 *	4,9	3,5	6,7 *
Amérique latine et Caraïbes															
Élevé	0,5	0,4	0,7 *	0,5	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *	0,4	0,3	0,6 *
Bas	2,6	1,7	3,9 *	2,3	1,5	3,5 *	2,4	1,6	3,7 *	2,3	1,5	3,5 *	2,3	1,5	3,5 *
Europe de l'Est															
Élevé	0,6	0,4	1,0	0,6	0,3	0,9 *	0,6	0,3	0,9 *	0,5	0,3	0,9 *	0,5	0,3	0,9 *
Bas	3,4	2,2	5,2 *	3,4	2,2	5,4 *	3,4	2,2	5,3 *	3,1	2,0	5,0 *	3,1	2,0	4,9 *
Afrique subsaharienne															
Élevé	0,5	0,2	1,4	0,4	0,1	1,1	0,4	0,1	1,1	0,4	0,1	1,0	0,4	0,1	1,1
Bas	3,1	1,6	6,0 *	2,9	1,5	5,7 *	2,9	1,5	5,9 *	2,7	1,3	5,6 *	2,7	1,3	5,6 *
Afrique du Nord, Moyen-Orient et Asie de l'Ouest															
Élevé	0,7	0,4	1,3	0,7	0,4	1,2	0,7	0,4	1,2	0,6	0,4	1,1	0,7	0,4	1,1
Bas	1,8	1,2	2,8 *	1,6	1,0	2,5 *	1,8	1,1	2,7 *	1,6	1,1	2,5 *	1,6	1,1	2,5 *
Asie du Sud															
Élevé	0,3	0,2	0,5 *	0,3	0,2	0,5 *	0,3	0,2	0,5 *	0,3	0,2	0,5 *	0,3	0,2	0,5 *
Bas	1,2	0,8	1,8	1,0	0,6	1,5	1,1	0,7	1,6	1,0	0,6	1,5	1,0	0,6	1,5
Asie du Sud-Est															
Élevé	0,4	0,2	0,8 *	0,3	0,2	0,7 *	0,3	0,2	0,6 *	0,3	0,2	0,6 *	0,3	0,2	0,6 *
Bas	1,1	0,6	2,3	1,1	0,5	2,2	1,1	0,5	2,2	1,1	0,5	2,1	1,0	0,5	2,1
Asie de l'Est															
Élevé	0,2	0,1	0,4 *	0,2	0,1	0,4 *	0,2	0,1	0,4 *	0,2	0,1	0,4 *	0,2	0,1	0,4 *
Bas	0,8	0,5	1,3	0,7	0,4	1,2	0,8	0,4	1,3	0,7	0,4	1,3	0,7	0,4	1,3

... n'ayant pas lieu de figurer

* Le rapport de cotes diffère significativement de celui des homologues nés au Canada ayant un niveau élevé de santé mentale autodéclarée, pour une valeur de 0,05.

[‡] Comprend des répondants de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut qui ont participé au module de consultation et répondu à la question sur la santé mentale.

[§] Les facteurs sociaux comprennent les langues officielles, le niveau de scolarité et l'état matrimonial.

^{††} Les facteurs économiques comprennent le décile de revenu de la région sociosanitaire et la situation d'emploi.

^{†††} La population née au Canada ayant un niveau élevé de santé mentale autodéclarée sert de groupe de référence à tous les modèles de ce tableau.

Notes : BDIM signifie Base de données longitudinales sur l'immigration. Régression logistique tenant hiérarchiquement compte 1) des rapports de cotes bruts par rapport aux rapports de cotes corrigés après la prise en compte 2) de l'âge et du sexe, 3) de facteurs sociaux, 4) de facteurs économiques et 5) du sentiment d'appartenance. États-Unis + fait référence aux États-Unis, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande et à l'Europe de l'Ouest.

Source : Base de données couplée combinant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011 à 2014 et de la BDIM.

compte des facteurs déterminants des CSM, comme l'état de SMAD et les caractéristiques socioéconomiques.

Quatre principaux constats se dégagent de la présente étude sur les CSM autodéclarées.

Premièrement, il existe une corrélation négative générale entre la SMAD et les CSM, tant chez les personnes nées au Canada que chez les immigrants, mais la force de cette corrélation différait quelque peu entre les deux populations. Les répondants nés au Canada étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir eu recours à des CSM que leurs homologues immigrants, si l'on tient compte de leur SMAD. Cela corrobore les résultats d'études antérieures selon lesquels les immigrants étaient moins susceptibles que leurs homologues nés au Canada de déclarer avoir eu recours à des CSM, même après la prise en compte de leur état de santé mentale³. Cette ampleur différentielle, selon le statut d'immigrant, peut résulter d'un obstacle structurel, comme une difficulté à se déplacer ou à obtenir la permission de se faire traiter pendant les heures de travail, d'obstacles culturels, y compris le manque de services de santé mentale adaptés sur le plan linguistique et culturel, ou d'autres obstacles rencontrés lors de la recherche de services en santé mentale. Elle pourrait aussi simplement traduire une crainte d'être stigmatisé, ce qui pourrait être plus répandu dans le pays d'origine de nombreux immigrants racisés³, même si la stigmatisation liée à la santé mentale existe dans tous les pays et toutes les collectivités, et pas seulement au sein des populations des immigrants. La stigmatisation se manifeste différemment, mais elle existe même chez les personnes nées au Canada, aussi bien que chez les immigrants. De plus, les personnes peuvent consulter des professionnels de la santé mentale pour différentes raisons, lesquelles peuvent varier selon le niveau de santé mentale. Chez les personnes dont la santé mentale est relativement mauvaise, les CSM peuvent mettre l'accent sur la gestion de la maladie mentale et de ses symptômes. Chez les personnes qui présentent des niveaux élevés de SMAD, en particulier chez les répondants nés au Canada (et moins probablement chez les immigrants), une CSM peut servir au maintien et à l'amélioration de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies. Cela pourrait être lié à l'approche traditionnelle inhérente à la façon dont la santé mentale est pratiquée au Canada, comparativement au reste du monde²³⁻²⁴. Par ailleurs, les différences de perception au sein d'un groupe ethnique quant à l'utilité et à l'acceptabilité d'avoir recours à des services de santé mentale peuvent également expliquer les disparités dans l'utilisation des services. Par exemple, certaines personnes ayant de bas niveaux de SMAD pourraient penser que les CSM ne sont pas utiles et préférer affronter seules leurs problèmes de santé mentale. Toutefois, une analyse antérieure a révélé que le statut ethnique demeurait important, même après correction pour tenir compte de l'acceptabilité perçue²⁵.

Deuxièmement, l'étude a révélé que les réfugiés, dont un grand nombre sont arrivés au Canada en provenance de milieux déchirés par la guerre, n'étaient pas plus susceptibles que les immigrants d'autres catégories d'admission d'avoir eu recours à des CSM, même si des résultats antérieurs indiquaient que les

réfugiés déclarent de bas niveaux de SMAD⁸. Plus précisément, les réfugiés ayant de bas niveaux de SMAD n'étaient que légèrement plus susceptibles de déclarer des CSM que les personnes nées au Canada présentant des niveaux élevés de SMAD. Cela indique que les réfugiés ne reçoivent peut-être pas les soins dont ils ont besoin. Une étude sur les jeunes réfugiés a révélé qu'ils utilisaient davantage que les non-immigrants les services d'urgence pour des raisons de santé mentale; ces jeunes réfugiés étaient plus susceptibles que les non-immigrants de se présenter au service des urgences pour une première crise liée à la santé mentale²⁶. Il est possible que les réfugiés se heurtent à des obstacles en ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale offerts par un médecin en consultation externe ou leur utilisation. Une prochaine étude pourrait porter sur l'existence de besoins non satisfaits en matière de santé mentale et sur la variation des obstacles à l'accès chez les réfugiés en fonction du sous-groupe ethnoculturel.

Troisièmement, les résultats de la présente étude, ainsi que ceux d'études antérieures, ont montré que les immigrants de longue date présentaient des niveaux plus bas de SMAD et étaient plus susceptibles de déclarer des CSM, tandis que les immigrants récents présentaient des niveaux plus élevés de SMAD, mais des taux de CSM inférieurs à ceux des répondants nés au Canada^{8,27-29}. Cette observation soulève la question de savoir si la détérioration de l'effet de la sélection d'immigrants en bonne santé sur la SMAD pourrait être atténuée si les nouveaux arrivants pouvaient maintenir leur SMAD initialement plus élevée grâce à un meilleur accès aux services de CSM. Selon une étude antérieure menée en Ontario, la plupart des populations d'immigrants préféraient consulter leur médecin de famille à propos de problèmes de santé mentale plutôt que d'utiliser des services de santé mentale plus spécialisés³⁰. Par conséquent, l'intégration de médecins de première ligne et de professionnels spécialisés en santé mentale pourrait constituer un moyen de pallier les lacunes du système de soins de santé mentale. De plus, l'amélioration de l'accès pour les populations d'immigrants pourrait être liée à leur compréhension de l'information et des services de santé existants, au processus d'établissement des immigrants et à la disponibilité des services appropriés³¹.

Quatrièmement, compte tenu du constat antérieur selon lequel les immigrants asiatiques étaient moins susceptibles que les répondants nés au Canada d'avoir des niveaux élevés de SMAD, la présente étude a également révélé que ces sous-groupes en provenance d'Asie ayant de bas niveaux de SMAD étaient seulement aussi susceptibles d'avoir eu recours à des CSM que les personnes nées au Canada présentant des niveaux élevés de SMAD. Ce constat corrobore les résultats d'autres études sur les variations ethniques observées dans les CSM, selon lesquels les Asiatiques avaient moins de contacts avec des professionnels de la santé mentale³²⁻³³. Ces lacunes en matière de CSM chez les immigrants asiatiques pourraient résulter des obstacles structurels et culturels mentionnés précédemment ainsi que de leur perception quant à l'utilité des CSM.

Limites

Premièrement, la mesure autodéclarée du recours aux CSM utilisée dans la présente étude est subjective et pourrait avoir fait l'objet d'une surdéclaration ou d'une sous-déclaration de la part des répondants. Les mesures autodéclarées par des personnes qui viennent de cultures où le concept de santé mentale est peu connu peuvent être trompeuses. Il peut être plus difficile, particulièrement pour les immigrants récents, de comprendre les concepts que l'on vise à saisir dans le cadre de questions liées à la santé, du fait d'obstacles linguistiques existants et de différences de contextes culturels. Cette mesure peut également être biaisée par des facteurs socioculturels, comme la stigmatisation, et les erreurs de mesure non aléatoires (p. ex. le biais de remémoration). Dans de futures études, on pourrait avoir recours à des données administratives, par exemple des dossiers d'hôpitaux, comme source de données complémentaire aux données d'enquête subjectives utilisées pour la présente étude.

Deuxièmement, les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des immigrants au Canada, car la BDIM ne comprenait pas, au moment du couplage d'enregistrements, les immigrants arrivés au Canada avant 1980. En incluant les immigrants arrivés au Canada entre 1952 et 1979 dans une version mise à jour de la BDIM, il sera possible à l'avenir d'élargir le couplage avec l'ESCC pour inclure davantage d'immigrants de longue date. De plus, l'ESCC n'englobe pas les répondants, y compris les immigrants, qui résident dans des établissements institutionnels. Les résultats de la présente étude ne peuvent donc pas être généralisés à ce segment de la population des immigrants. Aussi, l'absence de données provenant de cinq provinces et d'un territoire rend l'étude moins généralisable à l'ensemble du Canada. Malgré tout, les caractéristiques de la cohorte à l'étude (présentées dans le tableau 1) étaient semblables à celles décrites dans le cadre de la précédente étude menée par les auteurs sur une cohorte nationale⁸.

Conclusion

À partir de l'analyse d'une base de données récemment couplée combinant les données de l'ESCC et de la BDIM, la présente étude fournit de nouvelles données probantes sur les différences en matière de CSM entre les répondants nés au Canada et les répondants immigrants selon leur niveau de SMAD et selon d'importantes caractéristiques propres aux immigrants, comme la catégorie d'admission (en particulier dans le cas des réfugiés), le temps passé au Canada et la région d'origine. Les résultats révèlent une forte corrélation négative entre les CSM et la SMAD, surtout chez les répondants nés au Canada. Les faibles taux de CSM chez les immigrants, en particulier chez les immigrants récents, les réfugiés et les immigrants asiatiques, indiquent que davantage de soutien et de services sont nécessaires pour ces sous-groupes. De futures études pourraient permettre d'examiner de plus près les raisons pour lesquelles certains sous-groupes d'immigrants accèdent beaucoup moins que d'autres aux services de santé mentale. Plus précisément, cet accès réduit résulte-t-il d'obstacles culturels et linguistiques ou d'obstacles structurels, comme des enjeux liés au transport ou au temps nécessaire pour se prévaloir des services? D'autres travaux de recherche pourraient également traiter des hospitalisations liées à la santé mentale, une source de données complémentaire aux données d'enquête subjectives utilisées dans la présente étude, afin de corroborer les résultats généraux actuels sur les CSM.

Remerciements

Nous tenons à remercier Cédric de Chardon, directeur de la Direction de la recherche et de l'évaluation d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, et Julie Bernier, directrice de la Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada, pour leur soutien à ces travaux de recherche menés en collaboration

Références

1. Statistique Canada, « Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016 », *Le Quotidien*, 2017.
2. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2020*. Ottawa, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2020.
3. L.J. Kirmayer, L. Narasiah, M. Munoz *et al.*, « Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 183(12), 2011, p. E959-E967. Disponible à l'adresse DOI: 10.1503/cmaj.090292 et à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>.
4. R. Elamoshy et C. Feng, « Suicidal ideation and healthy immigrant effect in the Canadian population: a cross-sectional population based study », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 2018, p. 848.
5. M. Joly et J.G. Reitz, « Emotional stress and the integration of Muslim minorities in France and Canada ». *International Migration Review*, 52(4), 2018, p. 1111-1129.
6. L. Wilkinson et D. Ponka, « Mental health of immigrants and refugees in Canada », dans *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, publié sous la direction de F. Trovato F, Edward Elgar Publishing Limited, Massachusetts, 2017, p. 88-109.
7. A.M. Robert et T. Gilkinson, « The mental health and well⁸ being of recent immigrants », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* (numéro spécial sur la santé des migrants), 17, 2010, p. 24-25. Ottawa : Santé Canada.
8. E. Ng et H. Zhang, « La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national ». *Rapports sur la santé*, 31(8), 2020, p. 3-13.
9. Parlement du Canada, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, Parlement du Canada, 2006.
10. D. McDaid, E. Hewlett et A. Park, *Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 97, Paris, Éditions OCDE, 2017. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1787/bc364fb2-en>.
11. A. Durbin, E. Lin, R. Moineddin *et al.*, « Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada », *Open Medicine*, 8(4), 2014, p. 136-146.
12. A. Durbin, R. Moineddin, E. Lin *et al.*, « Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study ». *BMC Health Services Research*, 15, 2015, p. 336. Disponible à l'adresse DOI: 10.1186/s12913-015-0995-9.
13. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*, Ottawa, Statistique Canada, Disponible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDD_S=3226.
14. R. Evra et E. Prokopenko, Base de données longitudinales sur les immigrants (BDIM) – Rapport technique, 2014, Études analytiques : méthodes et références (n° 11-633-X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2017.
15. Statistique Canada, Base de données longitudinales sur les immigrants – Dictionnaire des données sur l'immigration, 2014. Ottawa, Statistique Canada, 2016.
16. Statistique Canada, *Environnement de couplage de données sociales – Aperçu*, Ottawa, Statistique Canada, 2018. Disponible à l'adresse <https://www.statcan.gc.ca/fra/ecds/aperçu>.
17. P. Biernot, *External Linkage Between the Landing File (1980 to 2013) and the SDLE Derived Record Depository (Version 3)*, Rapport interne de la Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
18. P. Judd, *External Linkage Between the Canadian Community Health Survey (2001 to 2014) and the SDLE Derived Record Depository (Version 5)*, Rapport interne de la Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages et de l'Environnement de couplage de données sociales – Production, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
19. Statistique Canada, Guide d'utilisation du Couplage des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003-2014) à la Base de données longitudinales sur l'immigration (1980-2013), Ottawa, Statistique Canada, 2017.
20. Statistique Canada, *Validation Report of the Linkage of CCHS-IMDB*, Rapport interne de Statistique Canada, Ottawa, Statistique Canada, 2017.
21. N. Ross, « Appartenance à la communauté et santé », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 35-42.
22. M. Shields, « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, 19(2), 2008, p. 57-67.
23. M. Hernandez, T. Nesman, D. Mowery *et al.*, « Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services », *Psychiatric Services*, 60, 2009, p. 1046-1050. Disponible à l'adresse DOI: 10.1176/ps.2009.60.8.1046.
24. N. Gopalkrishnan, « Cultural diversity and mental health: considerations for policy and practice », *Front Public Health*, 6, 2018, p. 179. Disponible à l'adresse DOI: 10.3389/fpubh.2018.00179.
25. H. M. Vasiliadis, A. Lesage, C. Adair *et al.*, « Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access », *Revue canadienne de psychiatrie*, 50, 2005, p. 614-619.

26. N.R. Saunders, P.J. Gill, L. Holder *et al.*, « Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: a population-based study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190, 2018, p. E1183-E1191. Disponible à l'adresse DOI: 10.1503/cmaj.180277.
27. J. Ali, « La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 13 (suppl.), 2002, p. 113-125.
28. Y. Lou et R. Beaujot, *What Happens to the Healthy Immigrant Effect: The Mental Health of Immigrants to Canada*. Document de discussion n° 05-15, London, Ontario, Population Studies Centre, Université Western Ontario, 2005.
29. E. Ng et W. Omariba, « Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidence from population-based health surveys in Canada », *Canadian Issues*, 2010 (été), p. 23-28.
30. F. Islam, N. Khanlou, A. Macpherson *et al.*, « Mental health consultation among Ontario's immigrant populations », *Community Mental Health Journal*, 54, 2018, p. 579-589.
31. M.S. Thomson, F. Chaze, U. George *et al.*, « Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 2015, p. 1895-1905.
32. S.K. Tiwari et J. Wang. « Ethnic differences in mental health service use among white, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 2018, p. 866-871.
33. A.W. Chen et A. Kazanjian, « Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique*, 96, 2005, p. 49-51.