



Citoyenneté et
Immigration Canada

Citizenship and
Immigration Canada

Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada

Anne-Marie Robert

Planification, promotion des intérêts et innovation
Affaires étrangères et Commerce international Canada

Tara Gilkinson

Direction générale de la recherche et de l'évaluation
Citoyenneté et Immigration Canada

Novembre 2012



Canada

Les avis et opinions exprimés dans le présent document sont ceux des auteurs et ne sont pas nécessairement ceux de Citoyenneté et Immigration Canada ou du gouvernement du Canada.

N° de réf. : RR20130301

Table des matières

Résumé	iii
Sommaire.....	iv
Introduction	1
Recension des écrits	2
Données et définition	5
Source des données	5
Indicateurs de santé mentale et de bien-être	5
Cadre des déterminants de la santé	6
<i>Variables sociodémographiques</i>	6
<i>Variables socioéconomiques</i>	6
<i>Variables de réseautage social</i>	7
<i>Variables d'utilisation des services de santé</i>	7
<i>Variables psychosociales</i>	8
Analyse descriptive	9
Principales sources de stress	15
Résultats de la régression et commentaires.....	17
Analyse comparative entre les sexes	24
Le revenu et la santé mentale des réfugiés	24
Conclusion	26
Implications stratégiques	28
Références	30

Résumé

D'après le recensement de 2006, la proportion de la population née à l'étranger est à son niveau le plus élevé en 75 ans. Par conséquent, le bien-être des immigrants récents a des conséquences considérables sur notre réussite actuelle et future en tant que pays. Le processus d'immigration et d'établissement est stressant en soi, et le bien-être des immigrants récents constitue une préoccupation particulière, principalement lorsque la migration est combinée à des facteurs de risque additionnels tels que le chômage et les obstacles linguistiques.

La recherche sur la santé mentale des immigrants récents est limitée, en particulier sur les disparités entre les sous-groupes d'immigrants. Le présent document aborde ces disparités en utilisant les données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). Différents aspects de la santé mentale sont examinés, notamment la prévalence de problèmes psychologiques et le niveau de stress. Les facteurs qui pourraient être associés aux résultats en matière de santé mentale, comme les variables socioéconomiques, sont également examinés.

Les résultats de cette étude confirment l'importance de la prestation de services en santé mentale pour les immigrants, récemment identifiée comme un des principaux thèmes de la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada qui a été élaborée par la Commission de la santé mentale du Canada. La Commission a établi cinq recommandations visant à améliorer la santé mentale des immigrants et des réfugiés, qui sont d'ailleurs discutées dans la présente étude.

Sommaire

La recherche sur la santé mentale et le bien-être des immigrants récents et sur les disparités de santé mentale entre les sous-groupes d'immigrants (p. ex., réfugiés, catégorie du regroupement familial et immigrants économiques) est limitée. Les études existantes indiquent que les immigrants récents ont une meilleure santé mentale que les autres groupes, mais on ignore si cet avantage subsiste avec le temps; en utilisant les données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC), le présent document examine ces disparités.

Le présent document examine les différents aspects de la santé mentale et du bien-être durant les quatre années suivant l'établissement, notamment la prévalence de problèmes psychologiques, l'aide psychologique reçue, le niveau de stress et les principales sources de stress. Les facteurs qui pourraient être associés à l'existence de problèmes psychologiques et de stress, comme les variables sociodémographiques, socioéconomiques, liées aux réseaux sociaux, liées à l'utilisation des soins de santé et les variables psychosociales sont également examinés par l'analyse de la régression logistique.

Les résultats de l'analyse des données de l'ELIC montrent que, globalement, environ 29 % des immigrants ont signalé avoir des problèmes psychologiques et 16 % ont signalé avoir un niveau de stress élevé, lors de la vague 3.

Les résultats descriptifs et les résultats des analyses de régression indiquent que les femmes sont plus susceptibles de signaler qu'elles ont des problèmes psychologiques.

Les résultats indiquent également que la catégorie d'immigration est associée à la prévalence de problèmes psychologiques et de stress. Les réfugiés se sont révélés beaucoup plus susceptibles de signaler avoir des problèmes psychologiques et un niveau de stress élevé que les immigrants de la catégorie du regroupement familial.

On a constaté que la région d'origine était associée à la prévalence de problèmes psychologiques. Les immigrants d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale se sont révélés plus susceptibles de signaler avoir des problèmes psychologiques et les immigrants d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et d'Europe de l'Ouest, moins susceptibles de signaler avoir des problèmes psychologiques que ceux d'Asie et du Pacifique. En ce qui concerne un niveau élevé de stress, les immigrants d'Amérique du Nord et de toute l'Europe se sont révélés moins susceptibles de qualifier la plupart des jours comme étant très ou extrêmement stressants que les immigrants d'Asie et du Pacifique.

Les immigrants récents du quartile de revenu le plus faible ont été nettement plus susceptibles de signaler avoir des problèmes psychologiques et un niveau de stress élevé que ceux du quartile de revenu le plus élevé.

Enfin, les données de l'ELIC indiquent que les perceptions des immigrants récents à l'égard du processus d'établissement sont liées aux problèmes psychologiques. Les immigrants qui se sont dits « ni satisfaits ni insatisfaits » ou « insatisfaits » du processus d'établissement ont été plus susceptibles de signaler avoir des problèmes psychologiques que ceux qui se sont déclarés satisfaits.

Introduction

Au cours des cinq dernières années, la population du Canada née à l'étranger a augmenté quatre fois plus vite que la population née au Canada. Aujourd'hui, la population du Canada née à l'étranger représente environ un résident du Canada sur cinq¹. Par conséquent, le bien-être des immigrants récents a des conséquences considérables sur notre réussite actuelle et future en tant que nation. Le processus d'immigration et d'établissement est fondamentalement stressant (Levitt et coll., 2005), et le bien-être mental et émotionnel des immigrants récents constitue un enjeu particulier, principalement lorsque la migration est combinée à des facteurs de risque additionnels ou à des facteurs de stress ultérieurs à la migration, comme le chômage, la séparation de la famille, la discrimination et les préjugés, les obstacles linguistiques et l'absence de soutien social (Association canadienne pour la santé mentale – Ontario, 2010).

Les études existantes indiquent que la santé mentale des immigrants récents est meilleure (Hyman, 2007), mais on ignore si cet avantage subsiste avec le temps. La recherche sur la santé mentale et le bien-être des immigrants récents et sur les disparités de santé mentale entre les sous-groupes d'immigrants (p. ex., réfugiés, immigrants de la catégorie du regroupement familial et de la catégorie économique) est limitée. La présente étude vise à remédier à ces lacunes et utilise pour cela les données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC).

Cette étude traite des différents aspects de la santé mentale et du bien-être durant les quatre premières années suivant l'admission, notamment l'existence de problèmes émotionnels, l'aide psychologique reçue, les niveaux de stress et les principales sources de stress. Les facteurs potentiels qui peuvent être associés à l'existence de problèmes émotionnels et de stress, notamment les variables sociodémographiques, socioéconomiques, psychosociales, de réseautage social et d'utilisation des services de santé, sont également examinés au moyen de la régression logistique.

Plus précisément, la présente étude aborde les questions suivantes :

1. Quels sont les résultats des immigrants récents en matière de santé mentale, en particulier en ce qui a trait à l'existence de problèmes émotionnels et de stress, après l'arrivée au Canada?
2. Existe-t-il des différences entre les sous-groupes d'immigrants (p. ex., réfugiés, immigrants de la catégorie du regroupement familial et de la catégorie économique) en termes de résultats liés à la santé mentale après l'arrivée au Canada?
3. Quels sont les facteurs sociaux, démographiques et économiques associés aux problèmes émotionnels et au stress?

¹ Selon le recensement de 2006, 19,8 % de la population du Canada sont nés à l'étranger (Statistique Canada, 2007).

Recension des écrits

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (2007). La santé mentale est un élément nécessaire à la bonne santé générale et à la qualité de vie. La bonne santé mentale est non seulement définie par l'absence de troubles et de problèmes mentaux, mais également par la présence de diverses aptitudes d'adaptation comme l'aptitude à surmonter l'adversité, la flexibilité et l'équilibre (Association canadienne pour la santé mentale, 2010). En d'autres mots, « la santé mentale dépend d'une interaction complexe entre les facteurs de risque qui la mettent en péril et les facteurs sociaux et psychologiques qui la protègent » (Beiser et Hyman, 1997, 45).

L'état de santé mentale est associé à divers résultats en matière d'intégration, notamment le niveau d'études, les réseaux sociaux et les relations, les résultats économiques et le bien-être physique (Association canadienne pour la santé mentale, 2010), et il peut considérablement influencer sur la capacité d'un immigrant de s'adapter à la vie au Canada (Pumariega et coll., 2005). La présente étude conceptualise la santé mentale comme représentant les grandes dimensions de la vie, soit les dimensions biologique, psychologique et sociale. Ce point de vue est illustré par le modèle biopsychosocial de la santé.

Le stress est considéré comme un important facteur de risque pour diverses maladies, notamment la maladie mentale (Santé Canada, 2008), et la santé mentale des immigrants « pourrait être menacée par le stress acculturatif, au cours du déracinement, de la réinstallation et de l'adaptation » (Lou et Beaujot, 2005, 3). Les immigrants et les réfugiés peuvent être exposés à divers facteurs de stress, tant des facteurs antérieurs à la migration qui peuvent mettre leur santé grandement en péril comme le fait d'être placé dans un camp de réfugiés ou de vivre des catastrophes, que des facteurs ultérieurs à la migration comme le fait d'être séparé de sa famille ou de connaître le chômage et la pauvreté (Fenta et coll., 2004). De plus, les immigrants récents peuvent se heurter à de multiples défis d'adaptation, comme les pressions relatives à l'intégration, les changements de rôle et d'identité et la discrimination (Noh et Avison, 1996; Beiser et Edwards, 1994). Ces facteurs de stress, combinés à l'absence de soutien social et de ressources, peuvent nuire au bien-être psychologique et conduire à une faible estime de soi ou à la dépression. Par exemple, les résultats de Noh et coll. (1999) mettent en évidence la relation entre la discrimination perçue et les symptômes de dépression des migrants.

Il existe de multiples obstacles à l'accès au système médical auxquels peuvent être exposés les immigrants après l'arrivée au Canada. Par exemple, le manque de connaissance du système médical ou un malaise face au système médical peut constituer un défi important pour les immigrants récents (Newbold, 2005). En outre, un système médical qui n'offre pas de soins adaptés aux différences culturelles peut engendrer des défis additionnels. Par exemple, quoique les maladies mentales présentent des symptômes similaires dans toutes les cultures, « leurs manifestations et la façon dont les gens décrivent et interprètent les symptômes varient selon l'ethnicité et la culture » (Association canadienne pour la santé mentale – Ontario, 2010). Cela pourrait conduire à un diagnostic inexact du fournisseur de soins de santé, et le problème de santé mentale pourrait ne pas être traité.

L'hypothèse liée à la protection indique que les ressources sociales et personnelles jouent le rôle de forces modératrices influant sur l'exposition au stress et peuvent donc avoir des conséquences sur la santé mentale et physique (Turner et Lloyd, 1999). D'après Levitt et coll. (2005) « tant les caractéristiques personnelles que les facteurs contextuels joueront un rôle dans l'adaptation des immigrants. Les facteurs personnels comprennent le stade de développement de la vie et

l'ethnicité de la personne. Les facteurs contextuels comprennent le statut socioéconomique, les circonstances de la migration et le contexte d'accueil de la famille de l'immigrant, notamment l'importance du soutien social lié au capital social dont bénéficient les nouveaux arrivants » (160).

Pour les immigrants, les facteurs de protection qui exercent un effet positif sur le stress et le bien-être général ont été définis dans les écrits. Fenta et coll. (2004) ont conclu que la maîtrise de la langue du pays d'accueil, la fierté ethnique et les ressources sociales, comme le soutien de la famille et de la communauté ethnique, sont associées à une meilleure santé mentale. Simich et coll. (2005) ont conclu que « le soutien social renforce l'aptitude à surmonter l'adversité, modère les répercussions des facteurs de stress et favorise la santé » (16). Les auteurs notent également que le soutien social n'a pas seulement un effet de protection, il donne aussi aux individus le pouvoir de surmonter l'adversité et de faire face aux difficultés dans leur vie.

Bien qu'on dispose de peu d'information sur les résultats des immigrants en matière de santé mentale (Ali, 2002), plusieurs études permettent de mieux comprendre ce sujet (voir Ali, 2002; Wu et coll., 2003; Malenfant, 2004; Lou et Beaujot, 2005; Kennedy et coll., 2005).

Ali (2002) et Lou et Beaujot (2005) ont utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour examiner la santé mentale des immigrants ainsi que de la population née au Canada. Ali a examiné six cohortes d'immigrants afin de déterminer s'il existait des différences entre la population née au Canada et celle des immigrants en termes de dépression et de dépendance à l'alcool. D'après les résultats, en général, les immigrants récents ont la meilleure santé mentale : « les immigrants qui sont arrivés au Canada au cours des dernières années présentent les plus faibles taux de dépression et dépendance à l'alcool » (3). Toutefois, « ceux qui sont arrivés il y a 10 à 14 ans ou il y a plus de 20 ans ne diffèrent pas beaucoup de la population née au Canada en ce qui a trait à la dépression » (3). Ali a également conclu que les immigrants qui résidaient au Canada depuis plus longtemps ont signalé un taux légèrement plus élevé de dépendance à l'alcool que les immigrants récents.

Lou et Beaujot (2005) ont analysé les données de l'ESCC du cycle 1.2, portant sur la santé mentale et le bien-être, afin de déterminer s'il existait des différences entre les résultats des immigrants et ceux de la population née au Canada en matière de santé mentale. Les conclusions indiquent que « la proportion de mauvaise santé mentale déclarée chez la population née à l'étranger est plus faible que chez la population née au Canada (5,95 % et 7,04 %, respectivement) » (5). Toutefois, les conclusions indiquent aussi que les répondants nés au Canada et les immigrants de longue date déclarent un état de santé mentale similaire : « On observe une tendance à la convergence entre la santé des immigrants de longue date et celle de la population née au Canada en termes de pourcentage et de rapport de cotes de mauvais état de santé mentale déclaré » (6). On a constaté que les immigrants récents déclaraient être en meilleure santé mentale que les immigrants de longue date. En outre, les hommes ont été moins susceptibles de déclarer être en mauvaise santé mentale que les femmes.

En utilisant les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, Wu et coll. (2003) ont examiné les taux de dépression et de symptômes de la dépression chez les groupes ethniques. Bien que les auteurs n'aient pas examiné le statut d'immigrant en particulier, ils ont souhaité examiner l'impact de l'ethnicité sur la santé mentale. Les résultats indiquent que, même après avoir tenu compte du soutien social et du statut socioéconomique, les symptômes de la dépression variaient selon l'ethnicité. Par exemple, les répondants qui ont déclaré être des Asiatiques de l'Est, du Sud-Est et du Sud, des Noirs ou des Chinois ressentaient moins de symptômes de la dépression que les autres groupes.

En utilisant les données de la World Health Statistics Database de l'Organisation mondiale de la santé et les Statistiques de l'état civil canadiennes (1991 et 1996), Malenfant (2004) a comparé les taux de suicide entre la population née au Canada et la population des immigrants. Les modèles de suicide ont été examinés selon l'âge, le sexe, le continent de naissance et la résidence à Toronto, Montréal et Vancouver. Malenfant a conclu que « les immigrants sont beaucoup moins susceptibles que les personnes nées au Canada de se suicider [...] lorsque les taux sont normalisés selon l'âge, le taux d'immigrants est presque la moitié de celui des personnes nées au Canada : 7,9 par opposition à 13,3 pour 100 000 » (12). Malenfant propose trois explications possibles pour les faibles taux de suicide des immigrants : 1) des réseaux sociaux et des liens communautaires étroits, que l'on retrouve dans certaines communautés d'immigrants, peuvent aider à protéger leurs membres du suicide; 2) le comportement suicidaire peut être le résultat de la socialisation et de l'adoption de certaines caractéristiques culturelles à un stade précoce de la vie; 3) le filtrage des immigrants en matière de santé avant la migration peut créer un « effet de sélection » qui pourrait également influencer sur les taux de suicide chez les immigrants. Les conclusions de Malenfant indiquent également que le fait de résider dans les trois principales villes du pays (Toronto, Montréal et Vancouver) offre des facteurs de protection à l'égard du suicide. Cela pourrait être attribué à des réseaux sociaux et à des liens communautaires étroits : « Il est possible que l'intégration sociale des nouveaux arrivants se fasse mieux dans les zones qui comptent d'importantes communautés d'immigrants » (15).

Kennedy et coll. (2005) ont évalué 1 135 étudiants du premier cycle d'origine indo-asiatique, chinoise et européenne afin de déterminer s'il existait des différences dans les tendances suicidaires et les projets et tentatives de suicide, selon la génération et l'ethnicité. Les résultats ont indiqué que près de la moitié de la population de l'échantillon avait eu des idées de suicide. Ils ont également indiqué qu'il n'y avait pas de différences entre les générations ou les groupes ethniques. Toutefois, les auteurs ont établi une légère association entre l'identification à un patrimoine culturel et les pensées suicidaires : « Les participants qui se sont étroitement identifiés à leur culture d'origine ont été plus à risque d'avoir des pensées suicidaires, mais pas plus en ce qui a trait aux projets ou tentatives de suicide » (355). Cette conclusion pourrait mettre en évidence les difficultés auxquelles se heurtent les jeunes immigrants lorsque vient le temps de concilier leurs valeurs culturelles traditionnelles avec les valeurs et normes canadiennes en général.

Données et définition

Source des données

La source des données utilisées dans la présente étude est l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). L'objectif de l'ELIC est d'examiner les quatre premières années de l'établissement des immigrants, moment où les immigrants établissent des liens économiques, sociaux et culturels avec la société canadienne. L'ELIC fournit de l'information sur la façon dont les nouveaux immigrants s'adaptent à la vie au Canada et permet de mieux connaître les facteurs qui peuvent contribuer ou nuire à leur adaptation. L'Enquête a été menée conjointement par Statistique Canada et Citoyenneté et Immigration Canada². La population cible de l'ELIC compte tous les immigrants qui présentent les caractéristiques suivantes : sont arrivés au Canada entre octobre 2000 et septembre 2001, avaient 15 ans ou plus au moment de l'admission et ont été admis à partir de l'étranger. La première entrevue de l'ELIC (vague 1) a eu lieu environ six mois après l'admission, la deuxième (vague 2), environ deux ans après l'admission et la troisième (vague 3), environ quatre ans après l'admission. La présente étude porte sur l'échantillon de 7 700 immigrants environ (population pondérée : 157 600) qui ont été interrogés dans le cadre des trois vagues de l'ELIC.

Indicateurs de santé mentale et de bien-être

En raison de la limitation des données de l'ELIC, nous ne sommes pas en mesure de fournir une mesure complète de la santé mentale et psychologique des immigrants récents. Toutefois, dans la présente étude, nous examinons les réponses des immigrants à deux questions portant sur les problèmes émotionnels (p. ex., sentiment persistant de tristesse, la dépression, la solitude, etc.) et le niveau de stress. Ces deux variables sont utilisées comme des variables dépendantes dans notre analyse de la régression.

Indicateur de santé émotionnelle : Dans la présente étude, le fait qu'un immigrant ait déclaré avoir éprouvé des problèmes émotionnels ou non a été utilisé comme indicateur de santé mentale. Dans le cadre de la première vague de l'ELIC, on a posé aux répondants la question suivante : « Depuis votre arrivée au Canada, avez-vous eu des problèmes émotionnels ou mentaux? » Cependant, pour les vagues 2 et 3, la question a changé comme suit : « Depuis votre dernière entrevue, avez-vous connu des problèmes émotionnels? Par problèmes émotionnels, j'entends sentiment persistant de tristesse, dépression, solitude, etc. ». Les répondants avaient l'option de répondre par « oui » ou « non ». Les réponses à cette question ont été classées en deux catégories : les personnes qui avaient éprouvé des problèmes mentaux/émotionnels et celles qui n'en avaient pas connu.

Indicateur de niveau de stress : Selon Santé Canada (2002), « le stress est traditionnellement considéré comme un important facteur de risque pour la dépression » (38). Toutefois, le stress n'est pas nécessairement négatif; par exemple, un niveau de stress faible à modéré ne devrait pas être considéré comme malsain. Cependant, un stress négatif et chronique prolongé constitue un facteur de risque pour diverses maladies, notamment la maladie mentale (Santé Canada, 2008). Dans le cadre des vagues 2 et 3 de l'ELIC, on a posé aux répondants la question suivante : « Si

² Pour plus de détails au sujet de l'ELIC, veuillez consulter le site suivant de Statistique Canada : <http://72.14.207.104/search?q=cache:XSnA6aiuXi4J:www.statcan.ca/english/sdds/4422.htm+L.SIC&hl=en&gl=ca&ct=clnk&cd=1>.

vous songez au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart des journées sont : pas du tout stressantes, pas très stressantes, un peu stressantes, très stressantes ou extrêmement stressantes? » Pour les besoins de la présente étude, les réponses à cette question ont été classées en deux catégories : pas du tout/pas très/un peu stressantes et très/extrêmement stressantes.

Cadre des déterminants de la santé

Après avoir examiné des écrits liés à la santé qui ont utilisé l'ELIC (Newbold, 2009; Zhao, 2007; Zhao et coll., 2010), nous avons utilisé le cadre des déterminants de la santé élaboré par Evans et Stoddart (1990) et adapté par Newbold (2009), qui reconnaît qu'une vaste gamme de variables ainsi que l'interaction et les interrelations entre ces variables influent sur la santé. Le cadre de Newbold démontre des associations entre l'état de santé déclaré et les variables 1) sociodémographiques, 2) socioéconomiques, 3) de réseautage social et 4) d'utilisation des services de santé.

Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques qui ont des effets possibles sur la santé émotionnelle et les niveaux de stress des immigrants récents sont neutralisées dans notre analyse de régression; elles comprennent l'âge, le sexe, la *catégorie d'immigration*, la *région d'origine* et l'*appartenance à une minorité visible*.

Pour les besoins de la présente étude, nous avons analysé les réponses des personnes de 20 ans et plus, et séparé la population en trois groupes : 20 à 34 ans, 35 à 44 ans et 45 ans et plus. Comme l'ont fait Zhao et coll. (2010), nous avons classé les catégories d'immigration en cinq groupes : immigrants de la catégorie du regroupement familial, travailleurs qualifiés – demandeurs principaux, travailleurs qualifiés – époux et personnes à charge, réfugiés, et autres immigrants. Les pays sources ont été classés en cinq grandes régions : Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest; Europe – autre (excepté le Royaume-Uni et l'Europe de l'Ouest); Asie et Pacifique; Afrique et Moyen-Orient; Amérique centrale et du Sud. Afin de vérifier si l'appartenance à une minorité visible est associée au niveau de stress ou à l'existence de problèmes émotionnels, cette variable a été saisie sous la forme suivante : membres de minorités visibles ou pas membres de minorités visibles.

Variables socioéconomiques

Les variables socioéconomiques qui peuvent être associées à la santé émotionnelle et au stress sont également neutralisées dans la présente étude; elles comprennent le *niveau de revenu familial*, la *situation d'emploi*, le *niveau d'éducation au moment de l'admission*, le *nombre de personnes dans l'unité immigrante*, l'*état civil* et la *connaissance des langues officielles*.

Pour tenir compte du niveau de revenu familial, nous avons classé les immigrants en quatre catégories par quartile de revenu familial : 0 à 25 %, 25 à 50 %, 50 à 75 % et 75 à 100 %. Pour les besoins de la présente étude, la situation d'emploi a été classée en deux catégories : employés et sans emploi. Comme l'ont fait Zhao et coll. (2010), nous avons classé l'éducation au moment de l'admission en quatre catégories : école secondaire ou moins, certificat d'une école de métiers ou collège/études universitaires partielles, baccalauréat et maîtrise et plus. Le nombre de personnes dans une unité immigrante a été classé en deux catégories : une personne dans l'unité immigrante et deux personnes ou plus dans l'unité immigrante. L'état civil a été classé en deux

catégories : marié/conjoint de fait et autre (c.-à-d., célibataire, divorcé, séparé ou veuf). La connaissance des langues officielles déclarée par les répondants en français ou en anglais a été classée en deux catégories : maîtrise du français et/ou de l'anglais (parlent assez bien, bien ou très bien) ou absence de maîtrise du français et/ou de l'anglais (parlent mal ou pas du tout).

Variables de réseautage social

On a montré que les réseaux sociaux ont un impact positif sur l'état de santé déclaré par les immigrants (van Kemenade et coll., 2006, Zhao, 2007, Newbold, 2009, Zhao et coll., 2010). En outre, les réseaux organisationnels comprenant les associations ethniques et d'immigrants, les organismes communautaires et les groupes religieux sont des sources importantes de soutien pour les immigrants récents durant le processus d'intégration. Putnam (2000) affirme que les réseaux sociaux peuvent servir de « mécanisme d'intervention psychologique, stimulant le système immunitaire des gens pour lutter contre la maladie et réduire le stress » (327). Afin de déterminer si les réseaux sociaux sont associés à la santé émotionnelle et au stress, nous avons examiné la structure et la teneur des réseaux sociaux. Nous avons utilisé l'information de l'ELIC sur la présence de famille et d'amis dans la ville, la fréquence de l'interaction avec la famille et les amis, et la participation à des groupes/organisations.

Pour étudier la présence de famille et d'amis dans la ville au moment de l'admission, deux variables ont été utilisées et les réponses ont été les suivantes : *famille dans la ville et pas de famille dans la ville*, et *amis dans la ville et pas d'amis dans la ville*, respectivement. La fréquence de l'interaction avec la famille et les amis vivant au Canada et la fréquence de l'interaction avec la famille hors du Canada ont été classées en quatre catégories : toutes les semaines, tous les mois, tous les ans et pas du tout (ce qui inclut les répondants qui ont indiqué ne pas avoir d'amis ou de famille). Enfin, la participation à des groupes ou organisations a été classée comme suit : membres et non membres.

Variables d'utilisation des services de santé

L'accès aux soins de santé et leur utilisation ont été associés à l'état de santé déclaré (Zhao et coll., 2010). Les variables que l'on a jugé être associées aux résultats en matière de santé sont examinées dans notre analyse de régression et comprennent les suivantes : les *problèmes pour accéder aux services de santé* et la *région de résidence*.

L'ELIC contient de l'information sur les problèmes pour accéder aux services de santé notamment les longs délais d'attente, la discrimination, les difficultés à trouver un médecin qui accepte de nouveaux patients, le transport, l'absence de régime d'assurance, etc. Comme l'ont fait Zhao et coll. (2010), nous avons classé l'accessibilité au système de soins de santé canadien en deux catégories : ont eu des difficultés et n'ont pas eu de difficultés à accéder aux services de soins de santé. La région de résidence a été classée en cinq catégories : Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Colombie-Britannique. La région de résidence a été incluse afin de refléter la variation possible entre les provinces dans la manière dont les services de santé sont fournis. Nous avons aussi vérifié si les répondants avaient une carte d'assurance maladie provinciale ou non comme indicateur de protection en matière de santé, mais presque tous les répondants (98 %) détenaient déjà une carte au moment de la première vague de l'étude.

Variables psychosociales

Pour les besoins de la présente étude, nous avons décidé d'ajouter une cinquième catégorie, soit les variables psychosociales, au cadre de Newbold (2009). Les variables psychosociales permettent de mieux comprendre l'interaction entre divers facteurs, notamment ceux qui sont définis dans notre modèle (p. ex., facteurs démographiques, facteurs économiques, réseautage social et utilisation des services de santé), ainsi que les facteurs psychologiques (p. ex., attitudes et perceptions). Pour étudier les variables psychosociales qui peuvent influencer sur le bien-être général et la santé mentale, deux variables ont été évaluées dans nos modèles de régression : *perceptions du processus d'établissement* et *stress*.

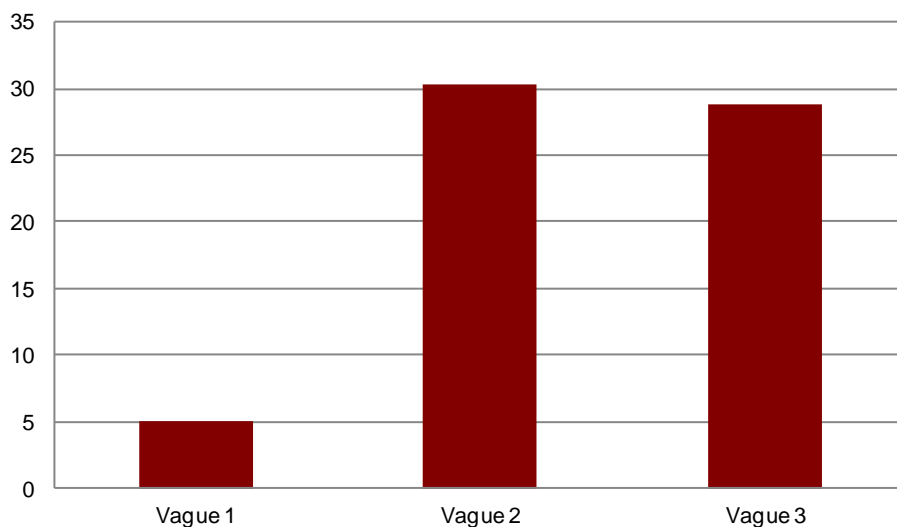
Le niveau de stress, quoiqu'utilisé comme variable dépendante dans certains modèles de régression logistique, est également inclus comme variable indépendante dans nos modèles de régression liés à la santé émotionnelle. Le niveau de stress a été classé en deux catégories : journées pas du tout/pas très/un peu stressantes et très/extrêmement stressantes. Les conclusions de Newbold (2009) indiquent que la perception du processus d'établissement est associée aux résultats des immigrants en matière de santé. Les perceptions à l'égard du processus d'établissement ont été regroupées en trois catégories : satisfaits, ni satisfaits ni insatisfaits et insatisfaits.

Analyse descriptive

Les données de L'ELIC indiquent que, pour les immigrants, au fur et à mesure du temps passé au Canada, la santé diminue (Newbold, 2009, Zhao et coll., 2010). D'après Newbold (2009), « les nouveaux arrivés connaissent une baisse rapide de la santé telle que mesurée par les problèmes de santé, de santé mentale et de santé physique déclarés » (325). Afin de nous faire une meilleure idée de la santé mentale des immigrants récents, nous avons examiné l'existence de problèmes émotionnels et de stress selon le sexe, la catégorie d'immigration et la région d'origine au moyen d'analyses descriptives.

Comme le montre la figure 1, les problèmes émotionnels semblent augmenter de façon importante entre la première vague et la deuxième, passant de 5 % à 30 %, et baissent ensuite légèrement à 29 % pour la vague 3. Toutefois, ces résultats devraient être interprétés avec précaution, étant donné le changement de formulation de la question entre la vague 1 et la vague 2. L'inclusion de l'expression « problèmes mentaux » pour la première vague et le changement ultérieur de formulation pour les vagues 2 et 3 compliquent la comparaison des trois vagues. D'après les conclusions de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, près de la moitié des personnes interrogées ont déclaré que si elles avaient un problème de santé mentale, elles seraient gênées de le révéler (2008). Par conséquent, comme le changement de formulation pourrait créer un biais, nous avons séparé la question relative aux problèmes mentaux/émotionnels posée à la première vague de la question liée aux problèmes émotionnels posée aux deuxième et troisième vagues. Les analyses suivantes présentées dans la présente étude excluent la question liée aux problèmes mentaux/émotionnels posée à la vague 1 et se concentrent sur les résultats des vagues 2 et 3.

Figure 1 : Pourcentage de problèmes émotionnels chez les immigrants récents



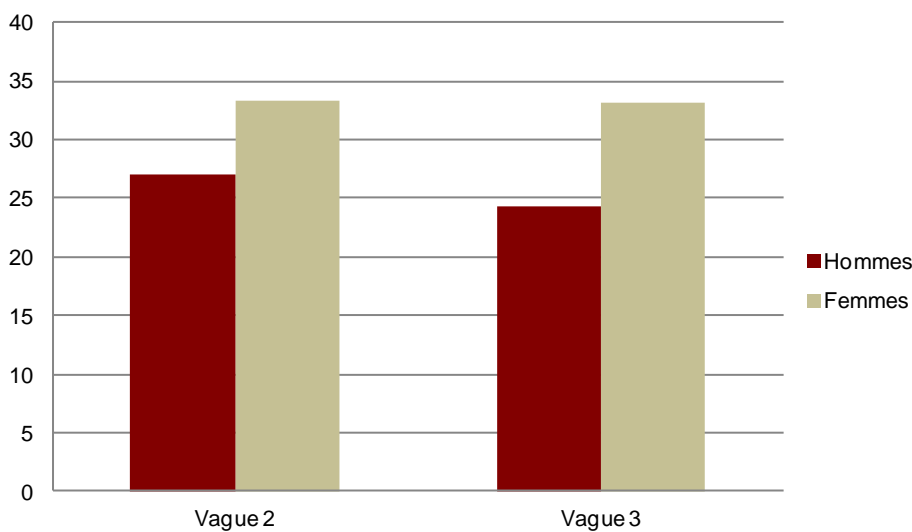
Source des données : ELIC, vague 3

D'après l'OMS, le sexe est un déterminant essentiel des résultats en matière de santé mentale : « la dépression, l'anxiété, la détresse psychologique, la violence sexuelle, la violence familiale et des taux croissants de consommation de drogues et d'alcool touchent les femmes dans une plus forte

mesure que les hommes dans différents pays et milieux » (2010). Il est donc important d'examiner la santé mentale selon un cadre d'analyse en fonction du sexe qui permette d'analyser des variables et des facteurs de stress qui, comme l'indiquent les écrits, touchent davantage les femmes (OMS, 2000).

Comme le montre la figure 2, lorsqu'on examine l'existence de problèmes émotionnels selon le sexe pour les vagues 2 et 3, on constate des disparités entre les répondants et les répondantes. Dans la vague 2, environ 27 % des hommes et 33 % des femmes ont déclaré avoir des problèmes émotionnels comme un sentiment persistant de tristesse, la dépression ou la solitude. Dans la vague 3, cet écart a légèrement augmenté, passant à 24 % pour les hommes par rapport à 33 % pour les femmes.

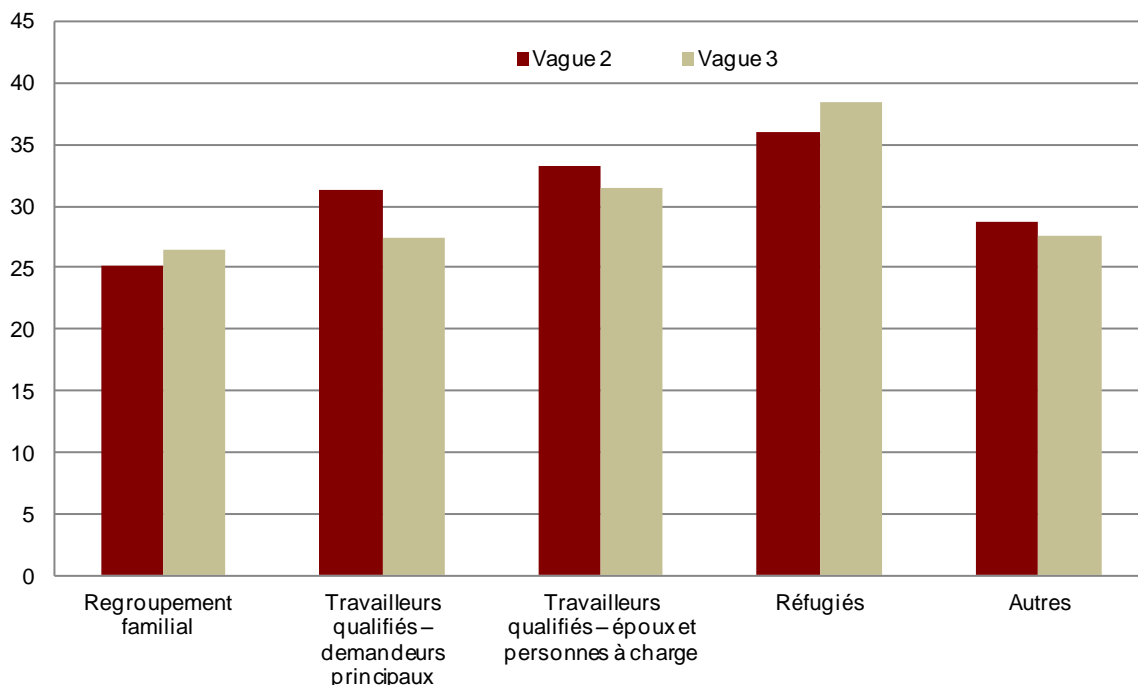
Figure 2 : Pourcentage de problèmes émotionnels chez les immigrants récents selon le sexe



Source des données: ELIC, vague 3

Comme le montre la figure 3, lorsqu'on examine la santé émotionnelle des immigrants selon la catégorie d'immigration, on constate des disparités entre les sous-groupes d'immigrants. Les réfugiés présentent les plus hauts niveaux de problèmes émotionnels de toutes les catégories d'immigration dans les vagues 2 et 3 (environ 36 % et 38 %, respectivement), tandis que les immigrants de la catégorie du regroupement familial présentent les plus bas niveaux dans les deux vagues (environ 25 % et 26 %, respectivement). Cela est conforme à d'autres études fondées sur l'ELIC qui indiquent que les réfugiés sont plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé que les autres sous-groupes d'immigrants (voir Zhao et coll., 2010; Newbold, 2009). Le plus haut niveau de problèmes émotionnels éprouvé par les réfugiés peut découler de divers facteurs, notamment des facteurs de stress antérieurs à la migration, comme la guerre et la perte de membres de la famille, ou à des facteurs de stress ultérieurs à la migration comme l'isolement social, la discrimination et les difficultés d'adaptation (Beiser et Hyman, 1997).

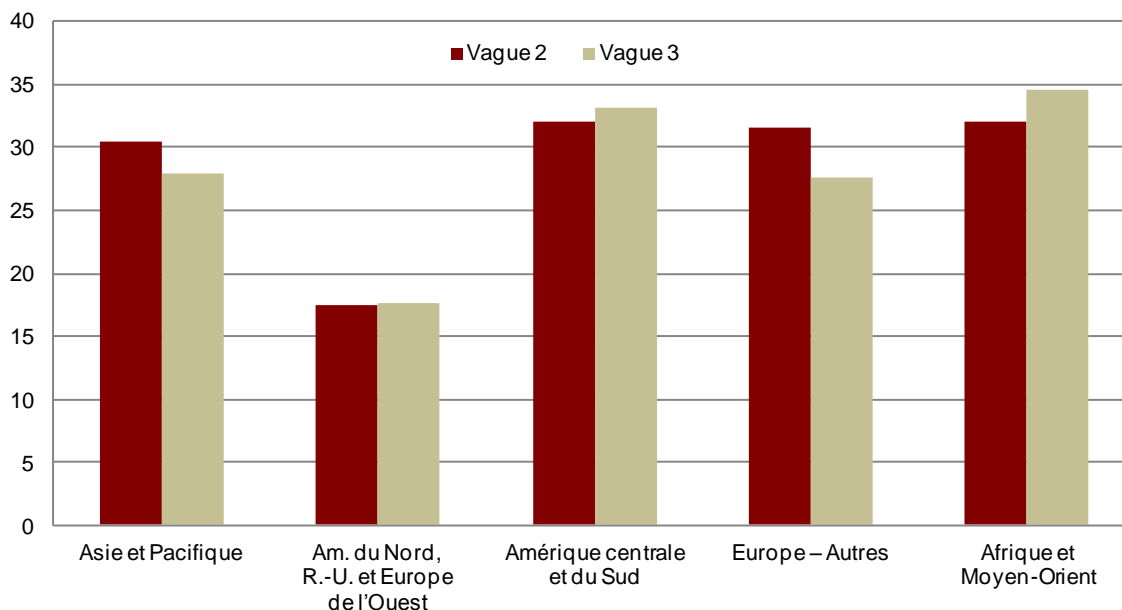
Figure 3 : Pourcentage de problèmes émotionnels chez les immigrants récents selon la catégorie d'immigration



Source des données : ELIC, vague 3

La figure 4 présente le pourcentage de problèmes émotionnels chez les immigrants récents selon la région d'origine. Les conclusions montrent que les immigrants récents venant d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et d'Europe de l'Ouest ont déclaré les plus bas niveaux de problèmes émotionnels de tous les groupes pour les vagues 2 et 3 (environ 17 %), tandis que les immigrants récents venant d'Amérique centrale et du Sud ainsi que d'Afrique et du Moyen-Orient ont déclaré les plus hauts niveaux de problèmes émotionnels pour les vagues 2 et 3. Lorsqu'on examine les changements entre les deux vagues, les immigrants récents venant d'Asie et du Pacifique ainsi que des autres régions de l'Europe ont présenté une baisse des problèmes émotionnels de la vague 2 à la vague 3, tandis que les immigrants venant d'Afrique et du Moyen-Orient ainsi que d'Amérique centrale et du Sud ont présenté une augmentation.

Figure 4 : Pourcentage de problèmes émotionnels chez les immigrants récents selon la région d'origine

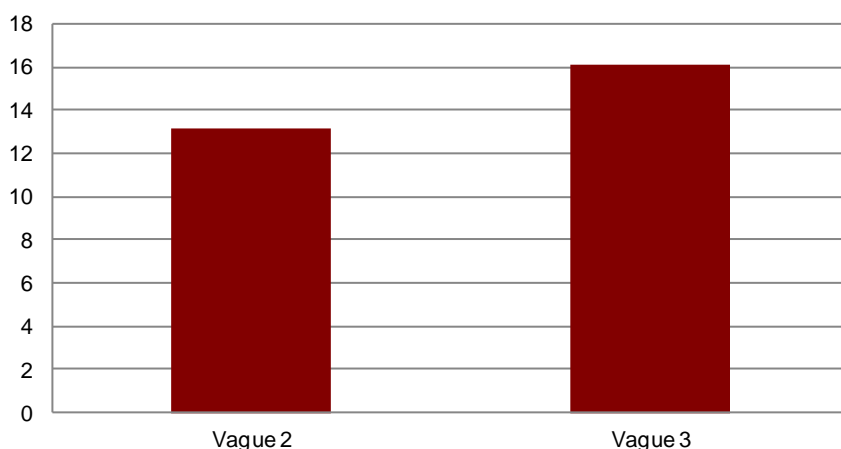


Source des données: ELIC, vague 3

Dans les vagues 2 et 3 de l'ELIC, on a aussi demandé aux répondants qui ont déclaré qu'ils avaient connu des problèmes émotionnels depuis leur dernière entrevue s'ils avaient obtenu de l'aide ou avaient parlé à quelqu'un de ces problèmes. La majorité des répondants (68 % pour la vague 2 et 65 % pour la vague 3) ont répondu qu'ils avaient reçu de l'aide ou parlé à quelqu'un des problèmes émotionnels auxquels ils étaient confrontés. Fait intéressant, seuls 12 % des répondants de la vague 2 qui ont indiqué avoir reçu de l'aide ou parlé à quelqu'un l'ont fait auprès d'un professionnel (17 % pour la vague 3). Les professionnels comprenaient les médecins généralistes, les médecins spécialistes (excluant les psychiatres), les infirmières, les psychothérapeutes, les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux. Il serait intéressant de vérifier si les immigrants ont des difficultés à avoir accès à de l'aide professionnelle pour les problèmes émotionnels.

Comme le montre la figure 5, le taux de niveaux élevés de stress (immigrants qui ont répondu que la plupart des journées sont très ou extrêmement stressantes) a légèrement augmenté, passant d'environ 13 % pour la deuxième vague à 16 % pour la troisième vague. La question du stress ne figurait pas dans le questionnaire de la vague 1 de l'ELIC et n'a été ajoutée que pour la vague 2. Par conséquent, cette variable n'est disponible que pour les vagues 2 et 3.

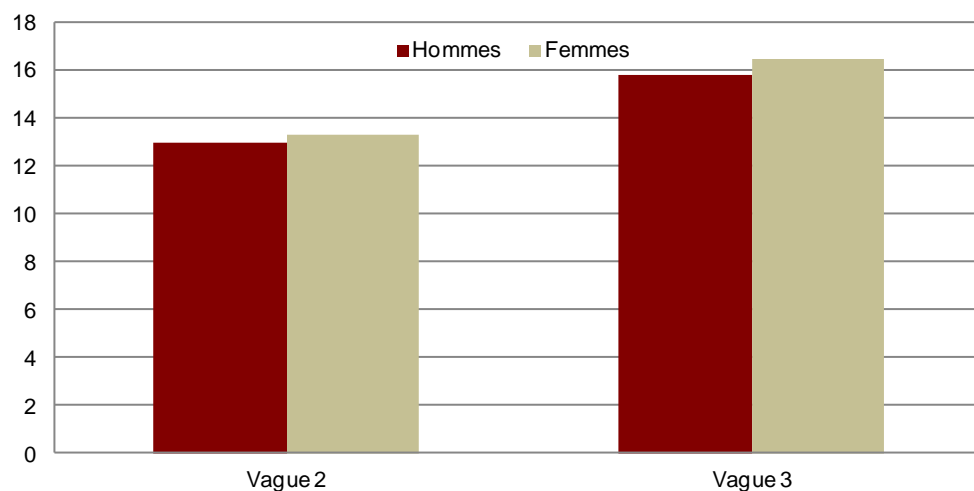
Figure 5 : Pourcentage de niveau élevé de stress chez les immigrants récents



Source des données: ELIC, vague 3

La figure 6 présente le pourcentage d’immigrants qui ont déclaré des niveaux élevés de stress selon le sexe. Les réponses étaient similaires pour les hommes et les femmes pour les vagues 2 et 3, les femmes ayant déclaré des niveaux légèrement plus élevés pour les deux vagues. Entre les vagues 2 et 3, on a constaté une légère augmentation des niveaux élevés de stress tant pour les hommes que pour les femmes.

Figure 6 : Pourcentage de niveau élevé de stress chez les immigrants récents selon le sexe

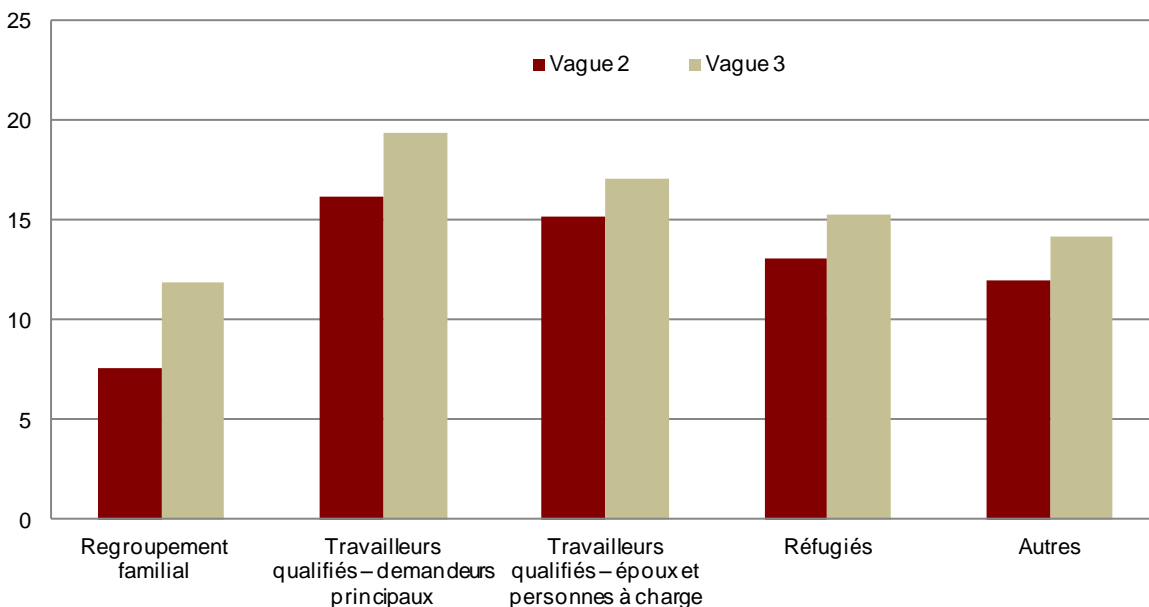


Source des données: ELIC, vague 3

La figure 7 montre le pourcentage d’immigrants récents qui ont déclaré des niveaux élevés de stress selon la catégorie d’immigration. Les travailleurs qualifiés – demandeurs principaux ont déclaré les niveaux les plus élevés de tous les sous-groupes d’immigrants tant à la vague 2 qu’à la vague 3 (environ 16 % et 19 %, respectivement), tandis que les immigrants de la catégorie du regroupement familial ont déclaré les plus faibles niveaux aux deux vagues (environ 8 % et 12 %, respectivement). Tous les sous-groupes d’immigrants ont présenté une augmentation des niveaux

élevés de stress entre la vague 2 et la vague 3, les immigrants de la catégorie du regroupement familial et les travailleurs qualifiés – demandeurs principaux présentant la plus forte augmentation entre les deux vagues.

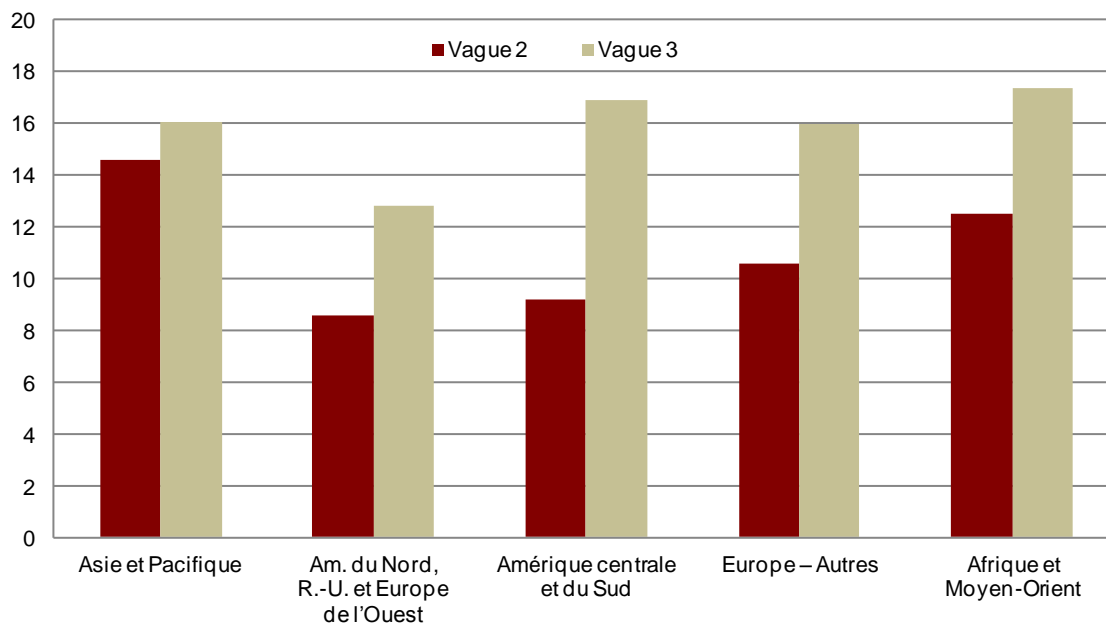
Figure 7 : Pourcentage de niveau élevé de stress chez les immigrants récents selon la catégorie d'immigration



Source des données : ELIC, vague 3

Comme le montre la figure 8, lorsqu'on examine les niveaux élevés de stress selon la région d'origine, les immigrants récents venant d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et d'Europe de l'Ouest ont déclaré les plus faibles niveaux de tous les groupes à la vague 2 et à la vague 3 (environ 9 % et 13 %, respectivement). Les immigrants venant d'Asie et du Pacifique ont déclaré les niveaux les plus élevés pour la vague 2 (environ 15 %), et les immigrants venant d'Afrique et du Moyen-Orient ont déclaré les niveaux les plus élevés pour la vague 3 (environ 17 %). Tous les groupes ont déclaré une augmentation du stress entre la vague 2 et la vague 3, l'augmentation la plus importante étant observée chez les immigrants venant d'Amérique centrale et du Sud (d'environ 9 % pour la vague 2 à 17 % pour la vague 3).

Figure 8 : Pourcentage de niveau élevé de stress chez les immigrants récents selon la région d'origine



Source des données : ELIC, vague 3

Principales sources de stress

On a aussi demandé aux répondants qui ont indiqué que la plupart de leurs journées n'étaient pas très stressantes ou étaient un peu, très ou extrêmement stressantes d'indiquer la principale source de stress dans leur vie quotidienne. Lorsqu'on examine le tableau 1, on constate que les trois sources de stress les plus fréquentes pour les immigrants de la vague 2 sont liées à leur situation économique (travail, finances et emploi). Les contraintes de temps/le manque de temps sont arrivés en quatrième position pour la vague 2. Toutefois, il est intéressant de noter que la fréquence de l'emploi comme principale source de stress déclarée a baissé de moitié pour la vague 3, tandis que la fréquence des contraintes de temps/du manque de temps a augmenté de plus de 50 %. La catégorie *Autres* comprenait les autres principales sources dont la fréquence était trop faible pour être déclarée : la discrimination, l'absence de logement adéquat/abordable, l'intégration dans la société canadienne (la sienne ou celle de ses enfants), la santé des membres de la famille au Canada, l'absence de source en particulier et les autres sources.

Tableau 1 : Principales sources de stress, ELIC, vagues 2 et 3

Principale source de stress	vague 2	vague 3
Propre situation de travail	19,3 %	22,0 %
Situation financière	17,7 %	17,0 %
Situation d'emploi	17,5 %	8,8 %
Contraintes de temps/manque de temps	10,9 %	17,3 %
Soins aux membres de la famille ou à d'autres personnes	7,4 %	6,4 %
École	4,4 %	3,8 %
Adaptation à la vie au Canada	3,7 %	1,8 %
Préoccupation pour les membres de la famille à l'étranger	3,6 %	2,5 %
Solitude /absence d'appui familial	3,3 %	2,3 %
Obstacles linguistiques	3,3 %	2,8 %
Autres responsabilités personnelles ou familiales	2,6 %	2,3 %
Propre problème ou état de santé (physique/émotionnel/mental)	2,2 %	3,6 %
Sécurité personnelle/de la famille (notamment la famille à l'étranger)	2,0 %	0,9 %
Relations personnelles	1,3 %	1,2 %
Autres	0,8 %	7,3 %

Source des données : ELIC, vague 3.

Résultats de la régression et commentaires

En raison des limites des données de l'ELIC, seuls deux points dans le temps (vague 2 et vague 3) ont été disponibles pour l'analyse longitudinale. Cela est attribuable à un changement de formulation de la question relative à la santé mentale/émotionnelle pour la vague 2 et à l'absence de question sur le stress pour la vague 1. Il y a également des variables qui n'ont été recueillies que pour la vague 1 (comme la présence de la famille ou des amis dans la ville et la perception à l'égard de l'établissement). Par conséquent, une analyse de régression pour les vagues 2 et 3 a été réalisée séparément.

La régression logistique a été utilisée pour examiner l'association entre la santé émotionnelle et le stress, les variables sociodémographiques, socioéconomiques et de réseautage social ainsi que les variables d'utilisation des services de santé et les variables psychosociales. Des coefficients de pondération ont été utilisés pour estimer les variances et les intervalles de confiance. Les résultats de la vague 2 sont présentés et examinés dans la présente section. Les résultats de la vague 3 sont seulement mis en évidence lorsqu'ils diffèrent de ceux de la vague 2.

Le tableau 2 présente les résultats de l'analyse de régression logistique pour la question liée à la santé émotionnelle (personnes qui ont connu des problèmes émotionnels par opposition aux personnes qui n'en ont pas connu) pour la vague 2. Le modèle présente un bon ajustement avec une valeur $p > 0,05$ pour le test de Hosmer et Lemeshow (un test qui détermine s'il existe des preuves d'absence d'ajustement dans un modèle de régression logistique). Il convient de préciser que le même modèle appliqué aux données de la vague 3 a également fourni un bon ajustement (avec une valeur $p > 0,05$ pour le test de Hosmer et Lemeshow).

Tableau 2 : Résultats du modèle de régression logistique pour les problèmes émotionnels, ELIC, vague 2

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur p
Facteurs sociodémographiques			
Groupe d'âge			
(20 à 34 ans)			
35 à 44 ans	1,00	0,8682-1,1536	0,9918
45 ans et plus	0,84	0,7113-1,0034	0,0546
Sexe			
(Femmes)			
Hommes	0,69	0,5986-0,7853	<0,0001
Appartenance aux minorités visibles			
(Pas membres de minorités visibles)			
Membres de minorités visibles	0,72	0,5465-0,9617	0,0257
Catégorie d'immigration			
(Catégorie du regroupement familial)			
Travailleurs qualifiés - demandeurs principaux	1,08	0,8710-1,3457	0,4745
Travailleurs qualifiés - époux et personnes à charge	0,96	0,7669-1,2112	0,7517
Réfugiés	1,47	1,1182-1,9233	0,0056
Autres immigrants	1,11	0,8404-1,4652	0,4629
Région d'origine			

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur p
(Asie et Pacifique)			
Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest	0,51	0,3451-0,7519	0,0007
Amérique centrale et du Sud	1,36	1,0591-1,7463	0,0160
Europe - Autres	0,89	0,6385-1,2447	0,4999
Afrique et Moyen-Orient	1,18	0,9781-1,4116	0,0848
Facteurs socioéconomiques			
Niveau de revenu familial			
Quartile de revenu 0-25 %	1,72	1,4398-2,0577	<0,0001
Quartile de revenu 25-50 %	1,37	1,1571-1,6329	0,0003
Quartile de revenu 50-75 %	1,16	0,9692-1,3841	0,1062
(Quartile de revenu 75-100 %)			
Situation d'emploi			
(Employés)			
Sans emploi	1,03	0,8985-1,1841	0,6597
Niveau d'éducation au moment de l'admission			
École secondaire ou moins	0,64	0,5279-0,7861	<0,0001
Certificat d'une école de métiers ou collège/études universitaires partielles	0,80	0,6780-0,9492	0,0103
(Baccalauréat)			
Maîtrise ou plus	0,81	0,6865-0,9641	0,0172
Nombre de personnes dans l'unité immigrante			
(Une)			
Deux ou plus	0,96	0,8155-1,1357	0,6501
État civil			
(Mariés/conjoints de fait)			
Autre	0,70	0,5844-0,8369	0,0001
Connaissance des langues officielles			
(Parlent le français et/ou l'anglais)			
Ne parlent ni le français ni l'anglais	0,88	0,7053-1,0873	0,2294
Réseaux sociaux			
Présence de famille dans la ville			
(Famille dans la ville)			
Pas de famille dans la ville	1,05	0,9078-1,2075	0,5285
Présence d'amis dans la ville			
(Amis dans la ville)			
Pas d'amis dans la ville	1,03	0,9078-1,1746	0,6248
Fréquence de l'interaction avec la famille vivant au Canada			
(Toutes les semaines)			
Tous les mois	1,23	0,9832-1,5511	0,0696
Tous les ans	0,86	0,6234-1,1907	0,3667
Pas du tout	0,96	0,8199-1,1124	0,5542
Fréquence de l'interaction avec les amis vivant au Canada			
(Toutes les semaines)			
Tous les mois	1,00	0,8421-1,1814	0,9762

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur p
Tous les ans	1,25	0,9797-1,6071	0,0723
Pas du tout	1,17	0,7599-1,7988	0,4772
Fréquence de l'interaction avec la famille vivant hors du Canada (Toutes les semaines)			
Tous les mois	0,80	0,6967-0,9101	0,0008
Tous les ans	0,71	0,5574-0,8944	0,0039
Pas du tout	0,56	0,3950-0,8038	0,0015
Participation à des groupes/organisations (Membres)			
Pas membres	1,16	1,0151-1,3354	0,0297
Utilisation des services de santé			
Difficultés à accéder aux services de santé (N'ont pas eu de difficultés à accéder aux services de santé)			
Ont eu des difficultés à accéder aux services de santé	1,89	1,6165-2,2001	<0,0001
Région de résidence			
(Ontario)			
Atlantique	1,07	0,5357-2,1295	0,8515
Québec	0,48	0,3923-0,5783	<0,0001
Prairies	1,18	0,9934-1,3969	0,0596
Colombie-Britannique	0,69	0,5775-0,8145	<0,0001
Facteurs psychosociaux			
Stress			
(Pas du tout/pas très/un peu stressés)			
Très/extrêmement stressés	2,42	2,0541-2,8426	<0,0001
Perceptions de l'établissement			
(Satisfaits)			
Ni satisfaits ni insatisfaits	1,43	1,2170-1,6836	<0,0001
Insatisfaits	2,03	1,6595-2,4753	<0,0001

Remarque : Les catégories de référence sont entre parenthèses. R2=0,8699

Source des données : ELIC, vague 3.

Les hommes immigrants étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que les femmes, de même que les immigrants qui ont déclaré appartenir à une minorité visible par rapport aux personnes n'appartenant pas à une minorité visible. La catégorie d'immigration et la région d'origine étaient également associées à la santé émotionnelle. Les réfugiés étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que les immigrants de la catégorie du regroupement familial. Cependant, les immigrants des autres catégories ne différaient pas beaucoup des immigrants de la catégorie du regroupement familial. Ces résultats sont similaires aux conclusions de Newbold (2009) dans son analyse de la mauvaise santé déclarée par les répondants.

Quant à la région d'origine, les immigrants venant d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et d'Europe de l'Ouest étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels, tandis que les immigrants venant d'Amérique centrale et du Sud étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels par rapport aux immigrants venant d'Asie et du Pacifique. Lorsqu'on examine les variables socioéconomiques, les immigrants ayant un faible revenu étaient plus

susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels. Fait intéressant, les immigrants dont le niveau d'éducation est inférieur au baccalauréat ainsi que ceux ayant une maîtrise ou plus étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que ceux qui avaient un baccalauréat. Enfin, les immigrants qui n'étaient pas mariés étaient moins susceptibles d'avoir connu des problèmes émotionnels que ceux qui étaient mariés. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour expliquer pleinement ces résultats.

La plupart des variables liées aux réseaux sociaux n'étaient pas significatives dans le modèle des problèmes émotionnels. Néanmoins, il est intéressant de noter que les immigrants qui avaient une interaction avec leur famille hors du Canada moins d'une fois par semaine étaient moins susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels que ceux qui avaient une interaction hebdomadaire. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour expliquer pleinement ces résultats; il se pourrait que les personnes qui connaissent des problèmes émotionnels soient plus susceptibles d'être en contact fréquent avec leur famille hors du Canada. Toutefois, il est également possible qu'un contact fréquent avec la famille hors du Canada soit associé à des difficultés et des problèmes familiaux qui peuvent compromettre le bien-être émotionnel. Les conclusions ont également montré que les personnes qui étaient membres d'un groupe ou d'une organisation étaient moins susceptibles d'avoir des problèmes émotionnels que celles qui ne l'étaient pas. Zhao et coll. (2010) ont rapporté des résultats similaires pour l'état de santé déclaré par les répondants; leurs conclusions ont indiqué que les personnes qui étaient membres d'un groupe ou d'une organisation déclaraient être en meilleur état de santé.

Les conclusions montrent également que les immigrants qui avaient une interaction mensuelle ou annuelle avec leur famille vivant au Canada étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que les personnes qui avaient une interaction hebdomadaire. D'après Levitt et coll. (2005), « la capacité de faire face à une période de transition est facilitée par la présence de soutien social » (160). Par conséquent, une interaction peu fréquente avec la famille vivant au Canada peut indiquer des niveaux moindres de soutien social et de capital social, qui pourraient entraîner un risque accru de stress et de maladie mentale.

Nous avons conclu que les deux variables d'utilisation des services de santé étaient significatives. Les immigrants qui avaient eu des difficultés à accéder aux services de santé étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels (par rapport aux immigrants qui n'en avaient pas eu), et les immigrants vivant au Québec et en Colombie-Britannique étaient plus susceptibles d'avoir des problèmes émotionnels que ceux vivant en Ontario. Enfin, un niveau élevé de stress a été associé aux problèmes émotionnels. Cela est conforme aux écrits sur le stress et la maladie mentale (Santé Canada, 2008). Les immigrants qui ont indiqué qu'ils n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits ainsi que ceux qui ont indiqué qu'ils étaient insatisfaits du processus d'établissement étaient plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels que les immigrants qui en étaient satisfaits. Cela souligne l'importance d'une expérience positive en matière d'établissement et d'intégration pour la santé et le bien-être généraux des immigrants. Des résultats similaires ont été observés dans les réponses de la vague 3; cependant, l'effet de l'éducation et de l'état civil disparaissait.

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de régression logistique de la question du stress (la plupart des journées sont : pas du tout stressantes, pas très stressantes, un peu stressantes par opposition à très stressantes ou extrêmement stressantes) pour la vague 2. Le modèle a un bon ajustement avec une valeur $p > 0,05$ pour le test de Hosmer et Lemeshow, et des conclusions intéressantes peuvent être tirées.

Tableau 3 : Résultats du modèle de régression logistique pour le stress, ELIC, vague 2

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur p
Facteurs sociodémographiques			
Groupe d'âge			
(20 à 34 ans)			
35 à 44 ans	1,04	0,8601-1,2579	0,6850
45 ans et plus	1,06	0,8375-1,3541	0,6080
Sexe			
(Femmes)			
Hommes	0,89	0,7431-1,0635	0,1982
Appartenance aux minorités visibles			
(Pas membres de minorités visibles)			
Membres de minorités visibles	0,71	0,4926-1,0295	0,0710
Catégorie d'immigration			
(Catégorie du regroupement familial)			
Travailleurs qualifiés - demandeurs principaux	1,83	1,3265-2,5129	0,0002
Travailleurs qualifiés - époux et personnes à charge	1,53	1,0911-2,1483	0,0137
Réfugiés	1,92	1,3296-2,7693	0,0005
Autres immigrants	1,39	0,9327-2,0828	0,1053
Région d'origine			
(Asie et Pacifique)			
Amérique du Nord, Royaume-Uni et Europe de l'Ouest	0,57	0,3393-0,9414	0,0284
Amérique centrale et du Sud	0,88	0,6026-1,2987	0,5315
Europe - Autres	0,54	0,3464-0,8304	0,0052
Afrique et Moyen-Orient	0,88	0,6855-1,1246	0,3031
Facteurs socioéconomiques			
Niveau de revenu familial			
Quartile de revenu 0-25 %	1,57	1,2178-2,0121	0,0005
Quartile de revenu 25-50 %	1,38	1,0949-1,7518	0,0066
Quartile de revenu 50-75 %	0,97	0,7567-1,2394	0,7987
(Quartile de revenu 75-100 %)			
Situation d'emploi			
(Employés)			
Sans emploi	0,94	0,7810-1,1223	0,4763
Niveau d'éducation au moment de l'admission			
École secondaire ou moins	0,86	0,6565-1,1333	0,2886
Certificat d'une école de métiers ou collège/études universitaires partielles	0,95	0,7589-1,2005	0,6903
(Baccalauréat)			
Maîtrise ou plus	1,13	0,9116-1,3948	0,2682
Nombre de personnes dans l'unité immigrante			
(Une)			
Deux ou plus	1,00	0,7824-1,2739	0,9895
État civil			
(Mariés/conjoints de fait)			
Autre	1,18	0,9088-1,5326	0,2140

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur p
Connaissance des langues officielles (Parlent le français et/ou l'anglais)			
Ne parlent ni le français ni l'anglais	0,73	0,5577-0,9621	0,0252
Réseaux sociaux			
Présence de famille dans la ville (Famille dans la ville)			
Pas de famille dans la ville	0,98	0,8052-1,1982	0,8598
Présence d'amis dans la ville (Amis dans la ville)			
Pas d'amis dans la ville	1,11	0,9378-1,3203	0,2210
Fréquence de l'interaction avec la famille vivant au Canada (Toutes les semaines)			
Tous les mois	1,29	0,9461-1,7663	0,0696
Tous les ans	1,03	0,6533-1,6170	0,9055
Pas du tout	1,11	0,8882-1,3783	0,5542
Fréquence de l'interaction avec les amis vivant au Canada (Toutes les semaines)			
Tous les mois	1,12	0,9095-1,3847	0,9095
Tous les ans	1,05	0,7612-1,4349	0,7850
Pas du tout	2,42	1,5136-3,8841	0,0002
Fréquence de l'interaction avec la famille vivant hors du Canada (Toutes les semaines)			
Tous les mois	0,97	0,8144-1,1610	0,7569
Tous les ans	0,86	0,6226-1,1786	0,3417
Pas du tout	0,92	0,5664-1,4998	0,7427
Participation à des groupes/organisations (Membres)			
Pas membres	0,98	0,8146-1,1735	0,8086
Utilisation des services de santé			
Difficultés à accéder aux services de santé (N'ont pas eu de difficultés à accéder aux services de santé)			
Ont eu des difficultés à accéder aux services de santé	1,62	1,3344-1,9690	<0,0001
Région de résidence (Ontario)			
Atlantique	0,90	0,2846-2,8588	0,8608
Québec	0,75	0,5790-0,9663	0,0263
Prairies	1,10	0,8681-1,3819	0,4428
Colombie-Britannique	0,98	0,7914-1,2243	0,8871
Facteurs psychosociaux Perceptions de l'établissement (Satisfaits)			
Ni satisfaits ni insatisfaits	1,93	1,5978-2,3310	<0,0001
Insatisfaits	2,55	2,0132-3,2212	<0,0001

Remarque : Les catégories de référence sont entre parenthèses. R²=0,6259

Source des données : ELIC, vague 3.

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, on a conclu que la catégorie d'immigration et la région d'origine étaient associées aux niveaux élevés de stress. Les travailleurs qualifiés (demandeurs principaux et époux et personnes à charge) et les réfugiés étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux élevés de stress que les immigrants de la catégorie du regroupement familial. Les immigrants venant d'Amérique du Nord et d'Europe étaient moins susceptibles d'avoir des niveaux élevés de stress que les immigrants venant d'Asie et du Pacifique.

Les immigrants ayant un revenu plus bas étaient plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress. De plus, les personnes ayant indiqué une faible capacité ou une incapacité à parler le français ou l'anglais étaient moins susceptibles de connaître des journées stressantes que les immigrants ayant la capacité de parler au moins une des deux langues officielles. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour expliquer pleinement ce résultat. Nous avons conclu que les autres variables socioéconomiques n'étaient pas statistiquement significatives.

Comme pour le modèle de la santé émotionnelle, la majorité des variables liées aux réseaux sociaux n'ont pas été significatives pour le modèle du stress. Ce résultat est similaire aux conclusions de Newbold (2009) relatives à l'état de santé déclaré par les répondants. L'unique résultat significatif indique que les immigrants qui n'avaient pas d'interaction avec des amis vivant au Canada (cela inclut les immigrants qui ont indiqué ne pas avoir d'amis au Canada) étaient plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress. La participation à des groupes ou organisations n'a pas été jugée significative.

Les deux variables d'utilisation des services de santé (*problèmes à accéder aux soins de santé* et *région de résidence*) ont été significatives. Les immigrants qui avaient des problèmes à accéder aux services de santé étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux élevés de stress que ceux qui n'avaient pas de problèmes. Les immigrants vivant au Québec (mais pas les immigrants vivant en Colombie-Britannique) étaient moins susceptibles de connaître des journées stressantes que ceux vivant en Ontario. Enfin, les immigrants qui ont indiqué qu'ils n'étaient *ni satisfaits ni insatisfaits* ou qu'ils étaient *insatisfaits* du processus d'établissement étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux élevés de stress que les immigrants qui étaient satisfaits du processus.

Des résultats similaires ont été obtenus pour les réponses de la vague 3. Toutefois, l'effet de la région d'origine, de la maîtrise des langues et de l'interaction avec les amis vivant au Canada a disparu. Les immigrants qui ont déclaré appartenir à une minorité visible étaient moins susceptibles de déclarer des niveaux élevés de stress que les personnes n'appartenant pas à une minorité visible. Par ailleurs, les immigrants vivant en Colombie-Britannique (pas au Québec) étaient nettement moins susceptibles de connaître des niveaux élevés de stress que ceux qui vivaient en Ontario.

Analyse comparative entre les sexes

Dans le modèle lié à la santé émotionnelle, nous avons constaté que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir des problèmes émotionnels, comme un sentiment de tristesse, la dépression ou la solitude. Cette conclusion est conforme aux écrits sur la santé mentale (OMS, 2000). Des modèles additionnels de régression logistique pour les indicateurs de la santé émotionnelle ont été ajustés afin d'examiner les facteurs pouvant avoir un effet différent sur les hommes et les femmes. Les données ont été séparées en deux groupes (les femmes et les hommes) et une analyse distincte a été réalisée pour chacun des groupes. Certaines conclusions intéressantes méritent d'être signalées. Veuillez noter que seules les conclusions intéressantes des données de la vague 2 sont décrites ci-dessous.

Quoique l'âge n'ait pas été une variable significative dans le modèle global lié aux problèmes émotionnels, on a conclu qu'il était un facteur significatif pour les hommes immigrants. On a établi que les hommes immigrants de 35 à 44 ans et de 45 ans et plus étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que les hommes immigrants plus jeunes (20 à 34 ans). Cela n'a pas été le cas pour les femmes, dont l'âge n'a pas été significatif. L'appartenance à une minorité visible a semblé être associée à la santé émotionnelle seulement pour les femmes, celles qui ont indiqué appartenir à une minorité visible étant moins susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels. Les femmes immigrantes venant d'Amérique du Sud étaient plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels que celles venant d'Asie et du Pacifique. On n'a pas établi que c'était le cas pour les hommes immigrants.

Quoique, dans l'ensemble, les immigrants détenant une maîtrise ou plus étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels, ce niveau d'éducation n'a été significatif que pour les hommes. En ce qui concerne les variables liées aux réseaux sociaux, la fréquence de l'interaction avec la famille hors du Canada avait le même effet sur les femmes que sur l'ensemble des immigrants, le rapport de cotes du signalement de problèmes émotionnels baissant avec la fréquence de l'interaction. Cela n'a pas été le cas pour les hommes. De plus, l'appartenance à un groupe ou à une organisation n'a été significative que pour les hommes (ceux qui étaient membres d'un groupe ou d'une organisation étaient moins susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels que ceux qui ne l'étaient pas).

Le revenu et la santé mentale des réfugiés

D'après Bowen (2001), « l'un des domaines où le besoin est le plus grand touche les services liés à la santé mentale, en particulier pour les réfugiés » (31). Les réfugiés ont des besoins distincts en matière de santé mentale; avant leur arrivée au Canada, ils peuvent avoir été victimes de violence physique et/ou sexuelle, connu le stress de la guerre et la perte de membres de leur famille et peuvent avoir passé des périodes de temps importantes dans des camps de réfugiés (Beiser et Hyman, 1997). Par conséquent, les réfugiés peuvent avoir plus de risques de souffrir des effets de ces divers événements traumatisants (Khanlou, 2009).

Tel que l'ont indiqué les analyses de régression, plusieurs variables sont étroitement associées à l'existence de stress et de problèmes émotionnels, notamment *le niveau de revenu familial*. Une analyse plus approfondie de la population des réfugiés révèle que, pour la vague 2, 46 % de la population des réfugiés étaient concentrés dans le quartile de revenu le plus bas, 35 % dans le deuxième, 15 % dans le troisième et seulement 4 % dans le quatrième quartile de revenu. Ce profil est très différent de celui des sous-groupes d'immigrants qui ne sont pas des réfugiés (24 %, 24 %, 26 % et 26 %, respectivement). De plus, lorsqu'on se penche sur les changements entre la

vague 2 et la vague 3, le pourcentage de réfugiés se situant dans le plus bas quartile de revenu augmente, passant de 46 % pour la vague 2 à 51 % pour la vague 3, tandis que le pourcentage des autres groupes d'immigrants demeure le même entre les deux vagues (24 % pour la vague 2 et 23 % pour la vague 3). Ces résultats indiquent que les réfugiés peuvent être plus à risque en ce qui a trait à la mauvaise santé mentale.

Conclusion

L'immigration constitue une « profonde transition de vie non normative qui nécessite une considérable adaptation » (Levitt et coll., 2005, 160) et elle est souvent accompagnée de divers facteurs de stress. En utilisant les vagues 2 et 3 de l'ELIC, nous avons examiné les résultats en matière de santé mentale des immigrants récents grâce à des analyses descriptives et de régression, et nous avons constaté plusieurs résultats importants.

Dans l'ensemble, environ 29 % des immigrants ont déclaré avoir des problèmes émotionnels et 16 % ont déclaré connaître des niveaux élevés de stress dans la vague 3. On a observé une légère augmentation des niveaux élevés de stress de la vague 2 à la vague 3. Nos analyses descriptives et de régression indiquent que le *sexe*, la *catégorie d'immigration*, la *région d'origine*, le *revenu* et les *perceptions à l'égard du processus d'établissement* sont associés aux résultats des immigrants récents en matière de santé mentale et de bien-être. Les résultats des analyses descriptives et de régression indiquent que les femmes étaient plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels. Cette conclusion est conforme aux autres études sur la santé mentale. D'après Santé Canada (2002), « les études indiquent systématiquement des taux plus élevés de dépression chez les femmes que chez les hommes : le ratio femme-homme est de l'ordre de 2:1 » (34). Ces différences peuvent être le résultat de symptômes différents entre les deux sexes : « par exemple, les hommes sont plus susceptibles d'être irritables, en colère et découragés lorsqu'ils sont déprimés alors que les femmes expriment les symptômes les plus "classiques" de sentiment de dévalorisation et de détresse et une tristesse persistante. Par conséquent, la dépression pourrait ne pas être aisément détectée chez les hommes » (Santé Canada, 2002, 34).

Les résultats indiquent également que la catégorie d'immigration est associée à l'existence de problèmes émotionnels et de stress. Les réfugiés ont été nettement plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels et des niveaux élevés de stress que les immigrants de la catégorie du regroupement familial. Cette conclusion est appuyée par des études antérieures sur la santé déclarée par les répondants utilisant l'ELIC (Zhao et coll., 2010, Newbold, 2009), et elle met en évidence la nécessité d'études supplémentaires sur les difficultés auxquelles est confronté ce groupe à risque élevé.

Nous avons également constaté que la région d'origine était associée à l'existence de problèmes émotionnels. Les immigrants venant d'Amérique centrale et du Sud étaient plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels, tandis que les immigrants venant d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni et d'Europe de l'Ouest étaient moins susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels, par rapport à ceux venant d'Asie et du Pacifique. En ce qui concerne les niveaux élevés de stress, les immigrants venant d'Amérique du Nord et de toute l'Europe étaient moins susceptibles de qualifier leurs journées de très ou extrêmement stressantes que les immigrants venant d'Asie et du Pacifique.

Les immigrants récents se situant dans le plus bas quartile de revenu étaient nettement plus susceptibles de déclarer avoir des niveaux élevés de stress et des problèmes émotionnels que ceux qui se situaient dans le quartile de revenu le plus élevé. Cette conclusion est appuyée par les résultats de Orphana et coll. (2009), qui indiquent qu'un revenu plus bas est associé à un risque plus élevé de détresse psychologique : « étude appuie l'hypothèse de la causalité sociale du gradient de santé, parce qu'un faible revenu précédait l'apparition de la détresse psychologique » (6).

Enfin, les données de l'ELIC indiquent que les perceptions du processus d'établissement par les immigrants récents étaient liées aux problèmes émotionnels. Les immigrants qui n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits ou qui étaient insatisfaits à l'égard du processus d'établissement étaient plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels que ceux qui étaient satisfaits.

Implications stratégiques

Les conclusions de cette étude contribuent à notre connaissance des disparités dans les résultats en matière de santé mentale chez les immigrants récents. Les données de L'ELIC ont montré que la santé mentale et le bien-être des immigrants sont associés à divers résultats liés à l'intégration socioéconomique, notamment le niveau de revenu, la participation à des groupes ou organisations et les perceptions à l'égard du processus d'établissement.

En mai 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a publié la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Ce rapport comportait cinq recommandations visant à améliorer la santé mentale des immigrants et des réfugiés, lesquelles vont être examinées dans la présente section. Une des recommandations mettait l'accent sur l'importance de la collaboration des organismes communautaires d'aide aux immigrants aux services et à l'appui du système de santé mentale traditionnel. Comme l'indique le rapport, « en collaboration avec les services de santé mentale généraux et les autres systèmes de services, ces organisations ont également un rôle important à jouer pour évaluer les besoins et forces locaux en matière de santé mentale, et pour prendre des mesures à l'égard des priorités locales » (Commission de la santé mentale du Canada, 2012, 84).

En tirant parti de la recommandation mentionnée ci-dessus, cette étude indique que les difficultés à accéder aux services de santé sont associées à une probabilité accrue d'avoir des problèmes émotionnels et des niveaux élevés de stress. Par conséquent, les services de santé mentale communautaires intégrés qui « se penchent sur les déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants sont adaptés au sexe et à l'âge des immigrants et reconnaissent les défis à surmonter et la résilience des différents groupes d'immigrants » (Khanlou, 2009, 16) pourraient aider à établir les obstacles à l'accès aux services de santé et à les éliminer. Across Boundaries constitue un exemple de cela. C'est un service communautaire adapté sur le plan ethnoculturel, financé par le réseau local d'intégration des services de santé de l'Ontario, qui répond aux besoins uniques des communautés racialisées en offrant une gamme de services et un soutien, notamment le développement des capacités, la sensibilisation aux soins de santé et la promotion de l'engagement communautaire (Across Boundaries, 2010).

Les autres recommandations contenues dans le rapport portent sur l'élargissement de l'utilisation de normes pour les compétences culturelles et la sécurité culturelle par le biais d'associations et d'organismes d'accréditation, etc. Ces efforts devraient reconnaître le rôle que peuvent avoir les inégalités de pouvoir et les disparités sociales dans les relations. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et à l'information dans diverses langues et l'élaboration et la mise en œuvre de plans provinciaux et territoriaux relatifs à la santé mentale ont été définies comme importantes.

Les programmes d'établissement du gouvernement du Canada peuvent jouer un rôle important dans la facilitation de l'intégration sociale et économique et avoir un effet sur le bien-être général des immigrants. Par exemple, notre étude a indiqué que la participation à des organisations et/ou groupes est associée à une réduction de la probabilité d'avoir des problèmes émotionnels. Une des priorités centrales du programme d'établissement du Canada est d'encourager la participation des immigrants dans tous les aspects de la vie sociale canadienne et elle est destinée à répondre aux besoins immédiats des immigrants en fournissant une orientation et des services d'aiguillage et facilite l'accès aux installations sociales, de santé et récréatives. Par conséquent, ces programmes peuvent jouer un rôle important dans la facilitation de l'établissement et de l'intégration des immigrants dans la société canadienne.

Les résultats de la présente étude indiquent aussi que les réfugiés peuvent être confrontés à un plus grand risque en matière de santé mentale que les autres sous-groupes d'immigrants et qu'ils ont également des besoins distincts. Par conséquent, ces conclusions mettent en évidence la nécessité que le gouvernement du Canada appuie de façon continue les services de réinstallation visant à répondre aux besoins de la population des réfugiés. Enfin, des études supplémentaires sur la santé mentale de la population de réfugiés du Canada sont nécessaires pour guider l'élaboration des politiques et programmes destinés à répondre aux besoins de ce groupe.

Références

- Across Boundaries (2010), « Who We Are », [en ligne], consulté le 16 Avril 2010, tiré de www.acrossboundaries.ca/about.html.
- Ali, J. (2002). « La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé* 13 (Suppl.), 1-11. Ottawa : Statistique Canada.
- Beiser, M. et Edwards R. G. (1994). « Mental health of immigrants and refugees », *New Directions for Mental Health Services* 61: 73-86.
- Beiser, M. et Hyman, I. (1997). « Southeast Asian Refugees in Canada » dans I. Al-Issa et M. Tousignant (Eds.). *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. New York : Plenum Publishing.
- Bowen, S. (2001). « Language Barriers in Access to Healthcare » dans *Certain Circumstances: Issues in Equality and Responsiveness in Access to health Care in Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2008). *National Integrated Framework for Enhancing Mental Health Literacy in Canada : Final Report*. Ottawa : Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale.
- Association canadienne pour la santé mentale – Ontario (2010), « Immigrant and Refugees », [en ligne], consulté le 16 Avril 2010, tiré de www.ontario.cmha.ca/about_mental_health.asp?cid=23054
- Association canadienne pour la santé mentale (2010), « Meaning of Mental Health », [en ligne], consulté le 16 Avril 2010, tiré de www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=2-267-1319
- Evans, R. G. et Stoddart G. L. (1990). « Producing Health, Consuming Health Care », *Soc Sci Med* 31 (12) : 1347-63.
- Fenta, H., Hyman, I. et Noh, S. (2004). « Determinants of Depression among Ethiopian Immigrants and Refugees in Toronto ». *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (5) : 363-372.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Canada (2008). « Santé mentale - Gestion du stress ». *Votre santé et vous* - Janvier 2008.
- Hyman I. (2007). *Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*. M. Doucet (Ed.) CERIS Working Paper, document de travail n° 55. Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration, Toronto, mars 2007.
- Kennedy, M. A., Parhar, K. K., Samra, J. et Gorzalka, B. (2005). « Suicide Ideation in Different Generations of Immigrants », *Revue canadienne de psychiatrie* 50 (6) : 353-356.
- Khanlou N. (2009). *Document d'orientation : Santé mentale et populations immigrantes*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada et Metropolis Canada.
- Levitt, M., Lane, J. et Levitt, J. (2005) « Immigration Stress, Social Support, and Adjustment in the First Postmigration Year: An Intergenerational Analysis » *Research in Human Development* 2(4) : 159–177.
- Lou, Y. and Beaujot, R. (2005). *What happens to the 'Healthy Immigrant Effect': The mental health of immigrants in Canada*. London (Ontario) : Population Studies Centre of the University of Western Ontario.
- Malenfant, É. C. (2004). « Suicide in Canada's Immigrant Population », *Health Reports* 15 (2) : 9-17.
- Commission de la santé mentale du Canada (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary (Alberta)
- Newbold, K. B. (2005). « Self-rated Health within the Canadian Immigrant Population: Risk and the Healthy Immigrant Effect », *Social Science and Medicine* 60: 1359-1370.

- Newbold, K. B. (2009). « The Short-Term Health of Canada's New Immigrant Arrivals: Evidence from LSIC », *Ethnicity and Health* 14 (3) : 315-336.
- Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F. et Rummens, J. (1999). « Perceived Racial Discrimination, Depression and Coping: A Study of Southeast Asian Refugees in Canada », *Journal of Health and Social Behavior* 40: 193–207.
- Noh, S. et Avison, W. (1996). « Asian Immigrants and the Stress Process: A Study of Koreans in Canada », *Journal of Health and Social Behavior* 37 (2) : 192-206.
- Orphana, H. M., Lemyre, L. et Gravel, R. (2009) « Income and Psychological Distress: The Role of the Social Environment », *Health Reports* 20 (1). Ottawa : Statistique Canada.
- Pumariega, A. J., Rothe E. et Pumariega J. B. (2005). « Mental Health of Immigrants and Refugees », *Community Mental Health Journal* 41 (5) : 581-597.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, NY : Simon & Schuster.
- Simich, L., Scott, J. et Agic B. (2005). « Alone in Canada: A Case Study of Multilingual Health Promotion », *International Journal of Mental Health Promotion* 7 (2) : 14-22.
- Statistique Canada (2007) « Immigration au Canada : un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006 ». Ottawa : Statistique Canada.
- Turner R. J. et Lloyd D. A. (1999). « The Stress Process and the Social Distribution of Depression », *Journal of Health and Social Behaviour* 40: 374-404.
- van Kemenade, S., Roy J. et Bouchard L. (2006). « Social Networks and Vulnerable Populations: Findings from the GSS », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* 12 : 16-20.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva: Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Organisation mondiale de la santé (2007), « Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale », [en ligne], consulté le 16 April 2010, tiré de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/
- Organisation mondiale de la santé (2010), « Gender and Women's Mental Health », [en ligne], consulté le 16 April 2010, tiré de www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/index.html
- Wu, Z., Noh, S., Kaspar, V. et Schimmele, C. M. (2003). « Race, Ethnicity, and Depression in Canadian Society », *Journal of Health and Social Behavior* 44 (3) : 426-441.
- Zhao, J. (2007). *Socio-economic Determinants of Health and Health Care Utilization of Recent Immigrants in Canada*. Préparé pour Citoyenneté et Immigration Canada.
- Zhao, J., Xue L. et Gilkinson, T. (2010). « Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada » in *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*, édité par T. McDonald, E. Ruddik, A. Sweetman et C. Worswick. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press, Queen's Policy Studies Series.