

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé

Examen des données du recensement de 2016

Février 2019

commissionsantementale.ca

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Centre d'échange des connaissances (Lara di Tomasso, Lisa Thompson et Bonita Varga) de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et le Bureau de l'équité en matière de santé du CAMH (Aamna Ashraf, Dr. Kwame McKenzie et Andrew Tuck).

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux membres du Collaboratif pour la santé mentale des immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés ainsi qu'aux autres experts en la matière qui ont fourni une rétroaction essentielle, participé à la révision du rapport et offert des orientations pour l'élaboration de celui-ci.

Droits d'auteur

© Commission de la santé mentale du Canada, 2019

ISBN: 978-1-77318-091-5 (Ressource en ligne)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Introduction	1
Contexte	2
Une population croissante d'immigrants.....	2
Une population racialisée croissante.....	3
Répondre aux besoins en santé mentale des populations d'IRER.....	5
Les déterminants sociaux de la santé	6
Langue	6
Langue et vieillissement de la population	7
Revenus.....	8
Niveau de scolarité et revenu d'emploi.....	12
Chômage et sous-emploi.....	15
Discrimination et crimes haineux	17
Crimes haineux signalés au Canada	17
Qu'est-ce qui motive les crimes haineux et qui en est victime?	19
Conclusion	20
Références.....	22

Introduction

Étant l'un des pays les plus diversifiés au monde, le Canada dépend de l'immigration pour enrichir et renforcer son tissu social et économique. Les plus récentes données du Recensement de 2016 confirment ce portrait démographique et ses nombreux avantages. Une analyse plus poussée s'impose toutefois si nous voulons bien comprendre les questions d'équité qui ressortent des politiques, programmes et services afférents aux programmes sociaux, économiques et liés à la santé.

Il est bien établi, par exemple, que les immigrants arrivent au pays en meilleure santé mentale et physique que les Canadiens de naissance. Cependant, cet « effet de l'immigrant en bonne santé » disparaît après cinq ans¹. La recherche montre aussi que les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) sont moins susceptibles que la population canadienne de demander de l'aide en cas de problèmes de santé mentale (pour des raisons telles que les barrières linguistiques, l'accès aux services, la peur et la stigmatisation)², et sont plus susceptibles d'avoir recours à des services coûteux (comme l'urgence) si leur problème de santé mentale prend les proportions d'une crise^{2,3}.

Compte tenu de l'objectif du gouvernement fédéral d'attirer 1,3 million de nouveaux résidents permanents entre 2018 et 2021⁴, il est essentiel que ceux qui évoluent au sein de nos systèmes de santé mentale veillent à l'équité en ce qui concerne l'accès aux services et leurs résultats pour les populations d'IRER. Pour cerner les lacunes et trouver des solutions contribuant à atténuer la détérioration de la santé mentale des populations d'IRER, les systèmes de santé doivent pouvoir recueillir et utiliser les données socio-démographiques. Ces données favoriseront l'équité en santé dans la planification et la prestation des services de santé mentale, comme le recommande la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) dans deux rapports : [Issues and Options](#) (2009; en anglais seulement) et [Arguments en faveur de la diversité](#) (2016).

Pour contribuer à la réalisation de ces objectifs, le présent document fait ressortir certaines tendances et questions socio-démographiques liées à la santé mentale et au bien-être des populations d'IRER dégagées à partir des données obtenues dans le cadre du Recensement de 2016⁵ par le Collectif de la CSMC sur la santé mentale des populations d'IRER. Le Collectif s'est intéressé en priorité à certains déterminants sociaux clés qui influent sur la santé mentale, notamment la langue, le revenu, le niveau de scolarité, le chômage et le sous-emploi, la discrimination et les crimes haineux. Ces données montrent qu'après leur installation au Canada, les immigrants sont confrontés

à divers problèmes liés à l'équité – dont plusieurs ont un effet sur les résultats liés à la santé et au bien-être – et témoignent de l'urgence de plus en plus pressante d'agir.

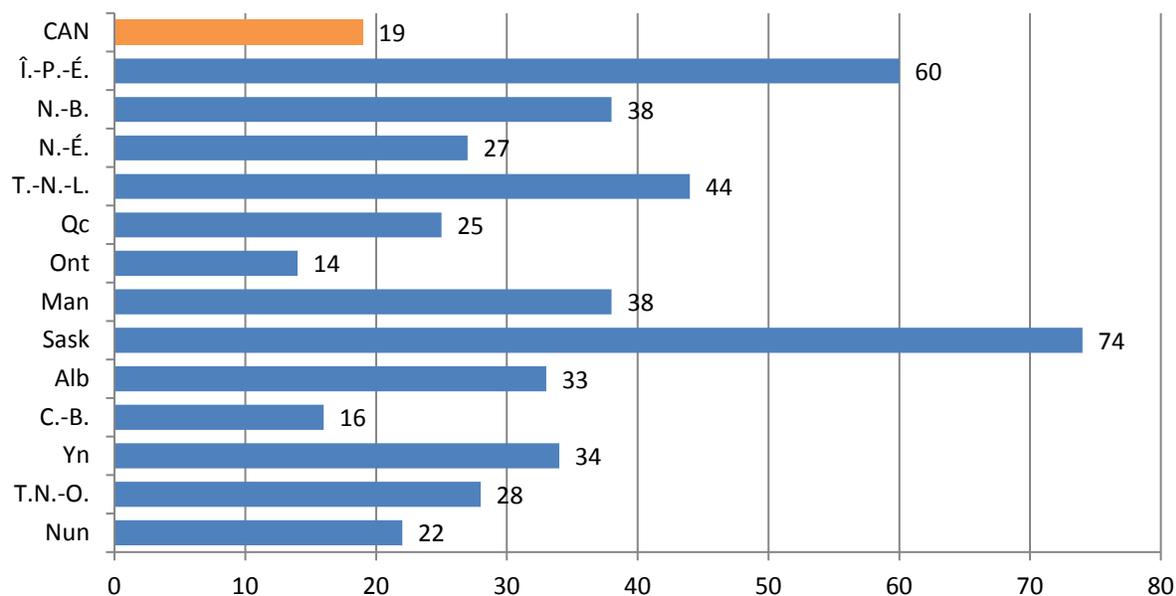
Comme les immigrants occupent une part croissante de la population, les décideurs des secteurs des services sociaux et de la santé (aux niveaux du service et du système) auraient tout intérêt à tenir compte de ces résultats dans l'élaboration de stratégies visant l'amélioration de l'accès à des services appropriés sur les plans culturel et linguistique.

Contexte

Une population croissante d'immigrants

La migration compte pour environ les deux tiers de la croissance démographique du Canada et demeurera un facteur de croissance clé alors que la population continue de vieillir et que les taux de remplacement naturel demeurent bas⁶. Entre 2011 et 2016, la population d'immigrants¹ a augmenté de 19 % (environ 1,2 million de personnes), les provinces et les territoires affichant des taux de croissance allant de 14 % à 74 % (voir la figure 1). La Saskatchewan (74 %), l'Île-du-Prince-Édouard (60 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (44 %) ont enregistré les taux de croissance les plus marqués.

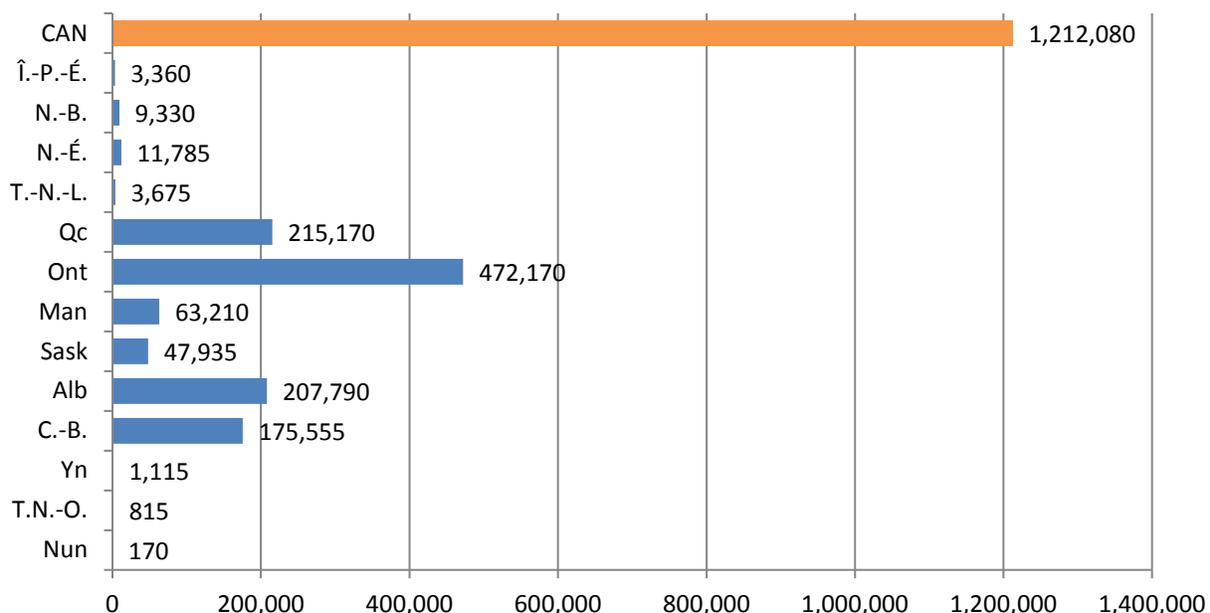
Figure 1. Hausse du pourcentage de la population d'immigrants entre 2011 et 2016⁷



* La définition d'immigrant telle que donnée lors du Recensement comprend les immigrants de la catégorie du regroupement familial et de la catégorie économique, ainsi que les réfugiés admis.

Les provinces fortement peuplées ont accueilli le plus grand nombre d'immigrants entre 2011 et 2016 (voir la figure 2), soit 472 170 immigrants en Ontario, 215 170 au Québec et 207 790 en Alberta.

Figure 2. Nombre d'immigrants arrivés entre 2011 et 2016⁸



Une population racialisée croissante

Pour plusieurs raisons, il ne convient plus d'employer le terme *minorité visible* pour décrire les populations diversifiées vivant au Canada. Dans certaines villes, la majorité des individus ne s'identifient peut-être pas comme membres des Premières Nations, Inuits, Métis ou Blancs. Dans le but de considérer la race comme une construction sociale, nous employons le terme *racialisé* dans le présent rapport. Le nombre de personnes qui s'identifient comme racialisées a considérablement augmenté au Canada entre 2011 et 2016. La Saskatchewan (83 %), le Nunavut (77 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (70 %) ont connu les plus importantes hausses de pourcentage (voir la figure 3). L'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, quant à elles, ont enregistré les plus grandes hausses du nombre de résidents racialisés. Selon le Recensement de 2016, les villes de Calgary, de Winnipeg et d'Ottawa comptent toutes des populations où plus d'une personne sur quatre s'identifie comme racialisée, et ce taux grimpe à une personne sur deux à Vancouver et à Toronto (voir la figure 4).

Figure 3. Hausse du pourcentage de la population racialisée entre 2011 et 2016^{9, 10}

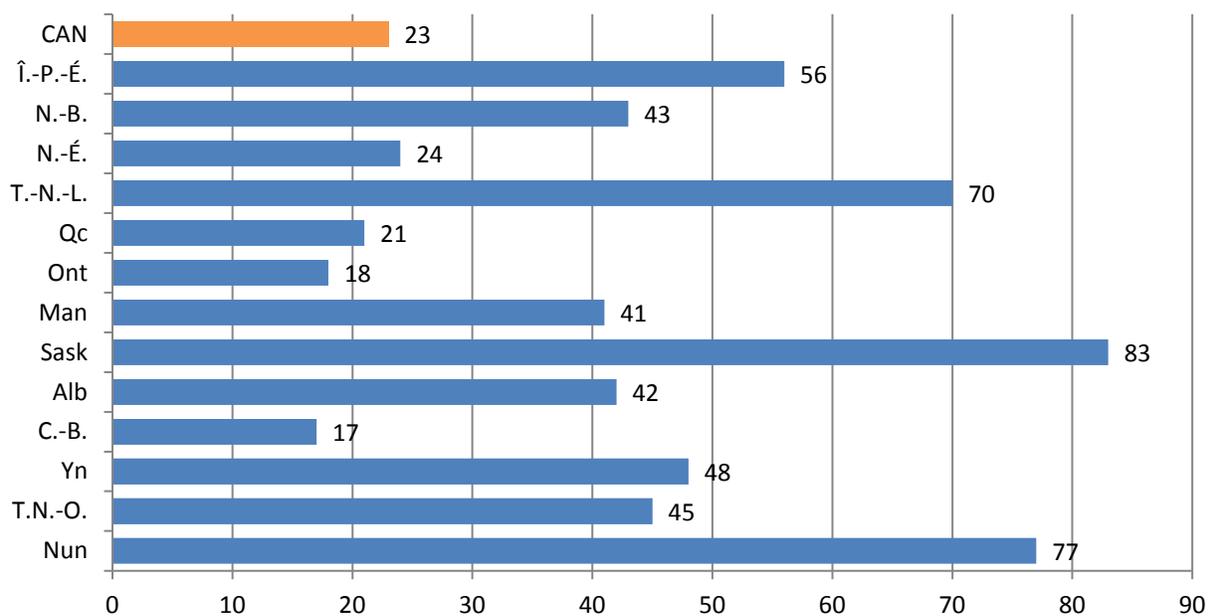
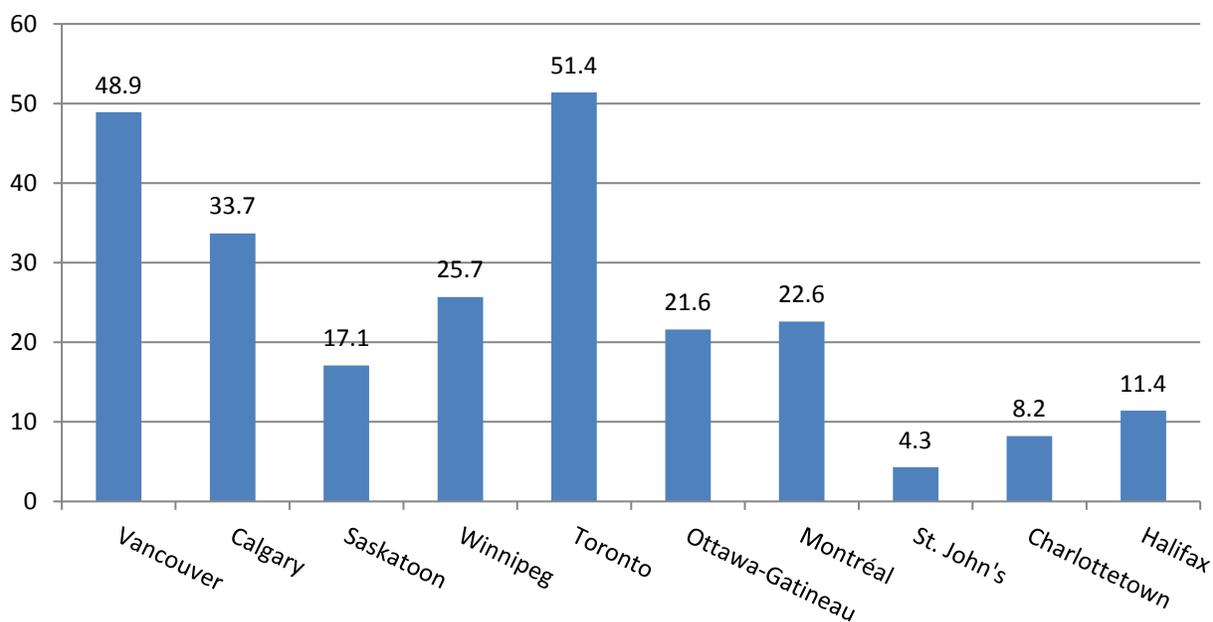


Figure 4. Pourcentage de la population pour certaines régions métropolitaines de recensement (RMR)* qui s'identifiait comme racialisée en 2016⁹



* Les RMR définies par Statistique Canada peuvent être plus larges que la zone qui relève de l'administration de la ville, menant à une densité accrue de la population.

Répondre aux besoins en santé mentale des populations d'IRER

Des études montrent que le taux d'utilisation des services de santé est faible chez les personnes aux prises avec une maladie ou un problème de santé mentale au sein des populations d'IRER. Toutefois, cette constatation peut dissimuler une utilisation accrue des services d'intensité plus élevée et à coûts plus dispendieux au fil du temps, comme les services psychiatriques médico-légaux ou hospitaliers². Dans de nombreux cas, les soins de santé mentale traditionnels sont incompatibles avec les valeurs, les attentes et les habitudes des populations d'immigrants et de réfugiés¹¹. Bien que les symptômes de maladie mentale se ressemblent dans toutes les cultures, la façon dont les gens les manifestent, les décrivent et les interprètent, elle, varie. De même, la culture influence le choix de l'endroit vers lequel les gens se tournent pour chercher de l'aide, ainsi que les traitements qu'ils préfèrent^{12, 13}.

Les données découlant d'un important corps de recherche démontrent qu'une intervention précoce améliore les résultats et peut réduire les coûts, ce qui signifie que la satisfaction des besoins en santé mentale des populations d'IRER peut entraîner des économies de coûts pour le système de soins de santé et l'économie dans son ensemble². Cela dit, les données probantes montrent également qu'une solution unique ne convient pas à toutes les situations en ce qui concerne la prestation de services de santé mentale². Les décideurs et les planificateurs des services et des systèmes doivent chercher à améliorer l'accès à des services opportuns et appropriés sur les plans culturel et linguistique, mais il faut d'abord combler les lacunes en matière de recherche sur la manière de distinguer les besoins en santé mentale des immigrants racialisés et des réfugiés de ceux des populations racialisées nées au Canada².

En vue d'appuyer une prise de décision fondée sur des données probantes, d'autres recherches doivent être réalisées afin : d'explorer les innombrables différences et les besoins distincts concernant les populations immigrantes et racialisées, et d'établir le lien entre ces facteurs et les résultats² en matière de santé mentale et de santé. Bien que les recherches indiquent que l'origine ethnique et la race jouent un rôle important dans l'état de santé, les résultats et la qualité des soins reçus, les établissements de santé canadiens ne recueillent pas systématiquement les données socio-démographiques². Ainsi, la relation entre la race et la migration (ainsi que d'autres aspects de l'identité) et l'accès aux services de santé mentale et leurs résultats n'est pas bien documentée ou comprise. Seule la cueillette assidue de données socio-démographiques – qui permettent aux systèmes de santé de cerner les disparités en matière d'accès aux services et leurs résultats, et de trouver des solutions pour améliorer les programmes et services pour l'ensemble des populations – changera la

donne. En somme, la collecte de données socio-démographiques est fondamentale pour repérer et corriger les inégalités en matière de santé et de santé mentale¹⁴.

Les déterminants sociaux de la santé

On appelle déterminants sociaux de la santé les circonstances dans lesquelles une personne vit, travaille et croît, ainsi que les systèmes plus larges ayant une incidence sur ses conditions de vie².

Les déterminants sociaux peuvent accroître ou diminuer le risque de développer une maladie ou un problème associé à la santé mentale et peuvent limiter l'accès aux soins de santé mentale appropriés et opportuns². Les populations d'IRER au Canada sont plus exposées aux déterminants sociaux reconnus pour accroître les maladies et les problèmes associés à la santé mentale¹¹. Les sections suivantes du rapport se penchent sur les données du Recensement de 2016 relatives à six déterminants sociaux de la santé :

- Langue
- Langue et vieillissement de la population
- Disparités de revenus
- Niveau de scolarité et revenu d'emploi
- Chômage et sous-emploi
- Discrimination et crimes haineux

Langue

L'accessibilité ou l'inaccessibilité à des services de santé mentale dans la langue de son choix est un indicateur d'équité quant à l'accès à des services de santé mentale et est essentielle à l'obtention de soins et de traitements adéquats.

Pour que les services de santé mentale soient accessibles, les utilisateurs du service doivent très bien connaître la langue dans laquelle ce dernier est offert. La barrière linguistique suffit parfois à empêcher les nouveaux arrivants de demander des services, puisqu'ils pourraient avoir de la difficulté à s'orienter dans le système ou à exprimer leurs sentiments, leurs pensées et leurs symptômes¹¹.

Le nombre de personnes ayant indiqué avoir une langue maternelle autre que l'anglais ou le français a augmenté depuis 2011¹⁵, passant à 7 260 080 personnes (soit environ 21 % de la population du Canada). Selon le Recensement de 2016, 75,5 % des personnes ayant une langue maternelle étrangère vivaient dans l'une des six plus grandes RMR du

pays, soit Montréal, Ottawa-Gatineau, Toronto, Calgary, Edmonton et Vancouver. Bien que la plupart des nouveaux arrivants parlent une langue maternelle autre que l'une des deux langues officielles, bon nombre d'entre eux parlent un peu anglais ou français. Parmi les immigrants arrivés entre 2011 et 2016, 106 770 (8,9 %) ont déclaré ne parler aucune des deux langues officielles¹⁵.

Contrairement au système juridique, offrant des services d'interprétation, le système de santé s'appuie souvent sur les enfants, d'autres membres de la famille ou le personnel non médical pour agir comme interprètes¹¹. Même lorsque des services d'interprétation sont offerts dans les établissements de santé, les fournisseurs de services ne savent souvent pas comment les utiliser de façon appropriée¹¹. Les questions relatives aux barrières linguistiques qui empêchent un accès adéquat aux services de santé sont particulièrement complexes pour la population vieillissante d'immigrants, dont la première langue n'est ni l'anglais ni le français.

Langue et vieillissement de la population

Dans la région du Grand Toronto, les aînés sont plus susceptibles de déclarer avoir une moins bonne santé mentale (selon une auto-évaluation) lorsqu'il s'agit de nouveaux immigrants, de personnes racialisées ou de gens ayant une langue maternelle autre que l'anglais ou le français¹⁶.

Non seulement la population du Canada vieillit^{17, 18}, mais, depuis 2016, le segment correspondant aux personnes de 65 ans ou plus est de plus en plus diversifié¹⁹, et près du quart indique parler une langue maternelle autre que l'anglais ou le français²⁰. En outre, on estime que 1,8 million d'aînés canadiens sont actuellement aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale²¹, un nombre qui pourrait atteindre trois millions d'ici 2041^{21, 22}. Il ne fait aucun doute que l'incapacité de communiquer avec les fournisseurs de soins de santé en raison de barrières linguistiques ou de l'absence de services d'interprétation de qualité, surtout chez les personnes aux prises avec une maladie ou un problème de santé mentale (y compris la démence), peut nuire à la compréhension, à la capacité de communiquer des renseignements et, par conséquent, à la qualité des soins reçus.

En outre, plus d'un demi-million de Canadiens sont atteints de démence²². La probabilité d'avoir des problèmes de démence augmente avec l'âge. En effet, environ 35 % des aînés de plus de 90 ans sont aux prises avec des troubles cognitifs, y compris la démence²¹. Pour les personnes vivant avec la démence, l'accès à des soins appropriés sur le plan linguistique est essentiel, car, comme le montre la recherche, les personnes dont la première langue est différente de la langue parlée dans leur pays d'accueil ont

tendance à revenir à leur langue maternelle et ont plus de difficulté à comprendre la langue seconde qu'ils ont apprise plus tard dans leur vie²³⁻²⁶. Sachant que la langue parlée à la maison par les aînés canadiens n'est peut-être pas l'anglais ou le français, et que la maîtrise d'une deuxième et troisième langue peut se détériorer en raison de la maladie, les systèmes de soins de santé doivent faire un effort plus concerté pour répondre aux besoins linguistiques de sa population vieillissante diversifiée.

Le nombre d'aînés qui parlent plus couramment une langue immigrante non officielle à la maison a augmenté entre 2006 et 2016^{27, 28}. Le tableau 1 présente les 10 principales de ces langues au Canada, qui ont changé entre 2006 et 2016 en raison de l'évolution démographique. Le suivi de ces données est important pour comprendre les besoins en matière de planification de la main-d'œuvre (p. ex., personnes qui travaillent auprès des aînés) et de services d'interprétation.

Tableau 1. Les 10 langues immigrantes parlées le plus couramment à la maison parmi tous les Canadiens et aînés (65 ans et +) en 2006 par rapport à 2016^{27, 28}

	Tous les Canadiens (2006)	Tous les Canadiens (2016)	Canadiens de 65 ans et + (2006)	Canadiens de 65 ans et + (2016)
1	Chinois (non spécifié) 341 480	Mandarin 462 890	Italien 106 115	Cantonais 111 580
2	Cantonais 300 595	Cantonais 400 215	Chinois (non spécifié) 54 440	Italien 93 265
3	Punjabi 278 500	Punjabi 349 140	Cantonais 49 795	Punjabi 62 915
4	Espagnol 209 955	Espagnol 263 510	Punjabi 33 185	Mandarin 42 385
5	Italien 170 330	Arabe 223 540	Allemand 29 420	Portugais 36 655
6	Arabe 144 745	Tagalog 213 790	Portugais 28 355	Espagnol 28 450
7	Mandarin 143 385	Persan 143 020	Grec 22 275	Grec 27 340
8	Allemand 128 345	Urdu 128 785	Polonais 16 295	Tagalog 25 130
9	Tagalog 119 340	Allemand 120 330	Espagnol 15 440	Allemand 20 880
10	Vietnamien 111 440	Russe 116 595	Tagalog 13 835	Arabe 20 535
Total	3 342 790	3 878 725	537 820	705 265

Revenus

Un faible revenu, surtout lorsqu'il est combiné au chômage, limite grandement l'accès à des services opportuns de santé mentale au Canada.

Le Recensement de 2016 montre une importante disparité des revenus entre les immigrants et les non-immigrants. Le Recensement souligne également le nombre disproportionné de ménages immigrants et racialisés qui sont considérés comme à faible revenu*. Le revenu annuel médian de la population d'immigrants au Canada est inférieur de plus de 6 000 \$ à celui des non-immigrants²⁹. Cette disparité est encore plus marquée pour les nouveaux arrivants qui sont arrivés entre 2011 et 2016 : leur

* Statistique Canada utilise la mesure du SFR-Apl, qui fait référence à un seuil de revenu en dessous duquel les familles économiques ou les personnes hors famille économique consacrent probablement une part plus grande que la moyenne (20 % ou plus) de leur revenu après impôt à la nourriture, au logement et à l'habillement⁷.

revenu annuel médian était inférieur de 13 400 \$ à celui des non-immigrants²⁹. Bien que légèrement moins prononcé, cet écart de revenu est également observé entre les populations racialisées et non racialisées, les premières gagnant 11 024 \$ de moins que les populations non racialisées³⁰. Ces écarts de revenu nuisent à la santé mentale de la population et à sa capacité d'accéder à des services de santé mentale, puisque plusieurs interventions, comme la psychothérapie, doivent être payées de la poche des patients^{31, 32}. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale financés par l'État et appropriés sur les plans culturel et linguistique est donc un facteur clé pour favoriser l'équité en santé.

Le faible revenu est un déterminant social de la santé qui interagit fortement avec d'autres déterminants comme l'insécurité alimentaire et le logement. Il existe un lien clair entre le faible revenu, l'insécurité financière, la pauvreté et les problèmes associés à la santé mentale^{11, 33, 38}. Même le fait d'être *perçu* comme une personne à faible revenu peut avoir des répercussions sur l'accès aux soins de santé primaires³⁷ – ce qui est important, puisque les médecins de premier recours fournissent jusqu'aux deux tiers des services de santé mentale au Canada³⁹. Une étude longitudinale menée aux États-Unis montre qu'une diminution des niveaux de revenu sur trois ans augmente de façon importante le risque de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de problèmes d'usage de substances⁴⁰. L'étude a également montré que la hausse du revenu des ménages au cours de la même période n'avait aucun effet notable sur les risques de maladie ou de problème associé à la santé mentale⁴⁰.

En 2015, 9,2 % des Canadiens sont passés sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR-Apl)⁴¹. Pourtant, un plus grand pourcentage d'immigrants (13 %) et de Canadiens racialisés (16,4 %) que de non-immigrants (7,3 %) ou de Canadiens non racialisés (7,1 %; voir les figures 5 à 7) sont passés sous ce seuil^{7, 42}. En fait, la proportion de la population racialisée vivant sous le SFR-Apl dans n'importe quelle province est au moins deux fois[†] – et dans certains cas, dix fois – plus élevée que celle de la population

* Voir, par exemple, la série [Code Red Hamilton](#) de *Hamilton Spectator* (en anglais seulement).

† Statistique Canada n'applique pas le SFR-Apl aux territoires. L'existence d'importants transferts en nature et d'économies d'échange, ou la consommation à partir de sa propre production (produits de la chasse, de l'agriculture ou de la pêche) pourrait compliquer l'interprétation des statistiques sur le faible revenu dans ces situations⁴².

non racialisée⁴². Cela dit, les taux de faible revenu parmi les générations d'immigrants varient considérablement entre les Canadiens racialisés et non racialisés⁴².

Figure 5. Pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR-ApI) selon le statut d'immigrant pour le Canada et les provinces⁷

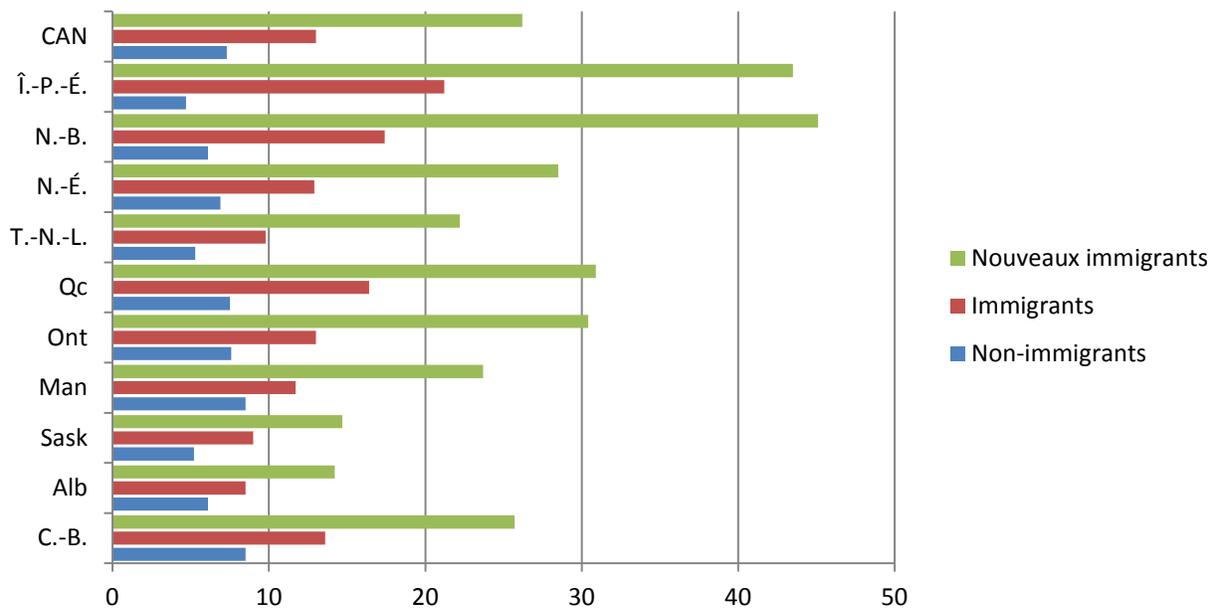


Figure 6. Pourcentage de la population de RMR données vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR-ApI) selon le statut d'immigrant⁷

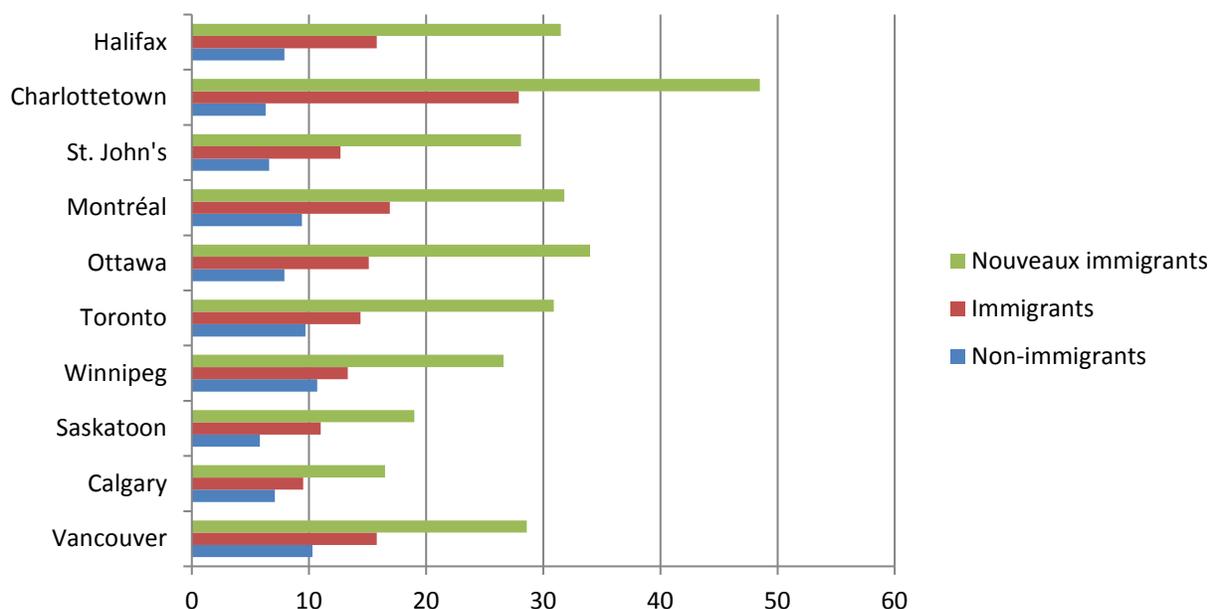
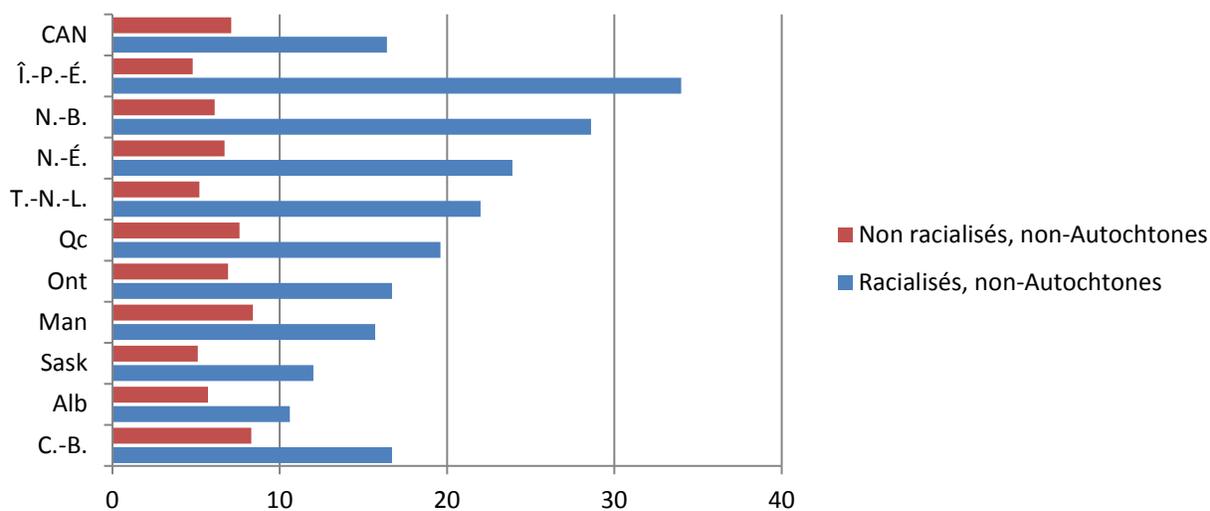


Figure 7. Pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR-ApI) selon le statut racialisé (non autochtone) pour les provinces et les territoires⁴²



Peu importe le nombre d'années écoulées depuis l'arrivée d'immigrants particuliers au Canada (ou l'endroit où ils vivent), en 2015, ils étaient plus susceptibles que les non-immigrants de vivre sous le SFR-ApI (voir les figures 5 et 6). Alors que le pourcentage d'immigrants à faible revenu est semblable dans l'ensemble des provinces, on observe des écarts plus marqués parmi les provinces pour les personnes qui sont arrivées entre 2011 et 2016⁵. Au sein de populations racialisées spécifiques, les pourcentages de

personnes vivant sous le SFR-Apl varient énormément : de 6,3 % pour les Canadiens d'origine philippine à plus de 25 % pour les Canadiens d'origine arabe, ouest-asiatique et coréenne⁴². Les données n'expliquent pas ces différences, mais elles indiquent qu'une approche uniformisée ne convient pas pour répondre aux besoins des diverses populations. Le pourcentage des populations racialisées vivant sous le SFR-Apl diminue proportionnellement aux années vécues au Canada. Dans plusieurs provinces (N.-B., N.-É., T.-N.-L., Qc), cependant, le pourcentage de Canadiens racialisés de deuxième génération vivant sous le SFR-Apl est inférieur aux groupes de première et de troisième génération⁴².

Au cours d'une année donnée entre 2000 et 2012, les deux tiers des immigrants ont connu une situation de faible revenu chronique⁴³ (durant cinq ans ou plus). Bien que la situation de faible revenu chronique chez les immigrants se soit améliorée avec le temps⁴³, cette amélioration n'a pas été aussi rapide que pour le groupe de comparaison formé de Canadiens de naissance⁴³. Les taux les plus élevés de faible revenu chronique sont observés chez les immigrants de plus de 65 ans : 30 % chez ceux qui vivent au Canada depuis 20 ans ou moins et 50 % chez les nouveaux immigrants⁴³.

Niveau de scolarité et revenu d'emploi

*Les recherches laissent entendre qu'une disparité entre les niveaux de scolarité et d'occupation engendrerait des taux plus élevés de dépression et de maladie mentale*⁴⁴.

⁴⁵.

En général, les populations d'immigrants ont des niveaux de scolarité plus élevés et sont plus susceptibles d'avoir un diplôme d'études postsecondaires que les personnes nées au Canada. Près de la moitié (44 %) des gens qui ont immigré entre 2011 et 2014 sont titulaires d'un baccalauréat, et plus de 15 % détiennent une maîtrise, un doctorat ou un diplôme en médecine (voir le tableau 2). Ces tendances s'expliquent dans une large mesure par les six facteurs de sélection utilisés dans le cadre du Programme des travailleurs qualifiés du volet fédéral (système de points). Le groupe se classant au deuxième rang pour la proportion parmi tous les immigrants admis au Canada en 2016⁴⁶ est entré au pays en vertu de ce programme, qui attribue plus de points aux détenteurs d'un diplôme d'études supérieures⁴⁷.

Pourtant, malgré leur niveau de scolarité plus élevé, les immigrants gagnent en moyenne moins que les Canadiens de naissance. Les immigrants qui travaillaient à

⁴³ Cette étude utilise une Mesure de faible revenu (MFR) *ajustée*, soit la MFR nationale, multipliée par un facteur propre à la ville prenant compte des différences dans le coût des produits de première nécessité⁴³.

temps plein en 2015 gagnaient moins que les Canadiens non immigrants titulaires du même diplôme (voir les figures 8 et 9). Les nouveaux immigrants affichant les taux de scolarisation postsecondaire les plus élevés étaient ceux qui gagnaient le moins parmi les travailleurs à temps plein⁴⁸. Les femmes, qu'elles soient immigrantes ou non, gagnent moins que leurs homologues masculins, toutes catégories confondues, ce qui classe les nouvelles immigrantes parmi les Canadiens dont les revenus sont les plus bas^{48, 49}.

D'après les données de recensement disponibles, il est difficile de déterminer si les gens exercent les professions pour lesquelles ils sont formés ou s'ils occupent des emplois correspondant à leur niveau de scolarité et d'expérience. Il est probable qu'une forte proportion de nouveaux immigrants occupent des « emplois de survie » qui ne reflètent pas leur niveau de scolarité ou le niveau de rémunération correspondant^{50, 51}. Une réglementation stricte et d'autres obstacles à la reconnaissance des titres de compétences font en sorte qu'il est plus difficile, pour certains, de trouver du travail dans leur domaine, en particulier les avocats, les ingénieurs, les médecins et autres professionnels de la santé réglementés. Ces obstacles ont probablement une influence sur les différences observées entre les revenus médians des populations d'immigrants et de non-immigrants. Dans cette mesure, la surqualification (définie comme un emploi dans une profession demandant un niveau de compétences ou d'expérience inférieur à celui que possède l'occupant du poste)^{52, 53} est très répandue parmi les populations d'immigrants au Canada⁵³. Pourtant, bien que la surqualification soit associée négativement à la satisfaction dans la vie, cette association s'affaiblit au fil des années vécues au Canada⁵³.

Figure 8. Revenu d'emploi médian des travailleurs à temps plein en 2015 selon le statut d'immigrant et le plus haut diplôme obtenu⁴⁸

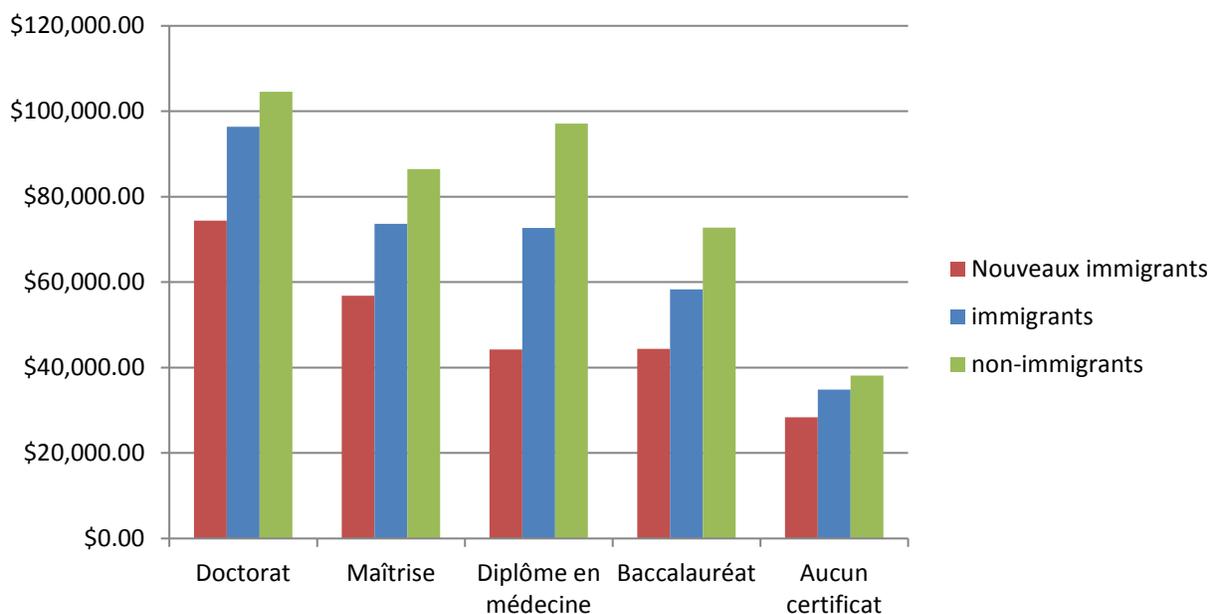


Figure 9. Revenu d'emploi médian des travailleurs à temps plein en 2015 selon le statut d'immigrant, le plus haut diplôme obtenu et le genre⁴⁸

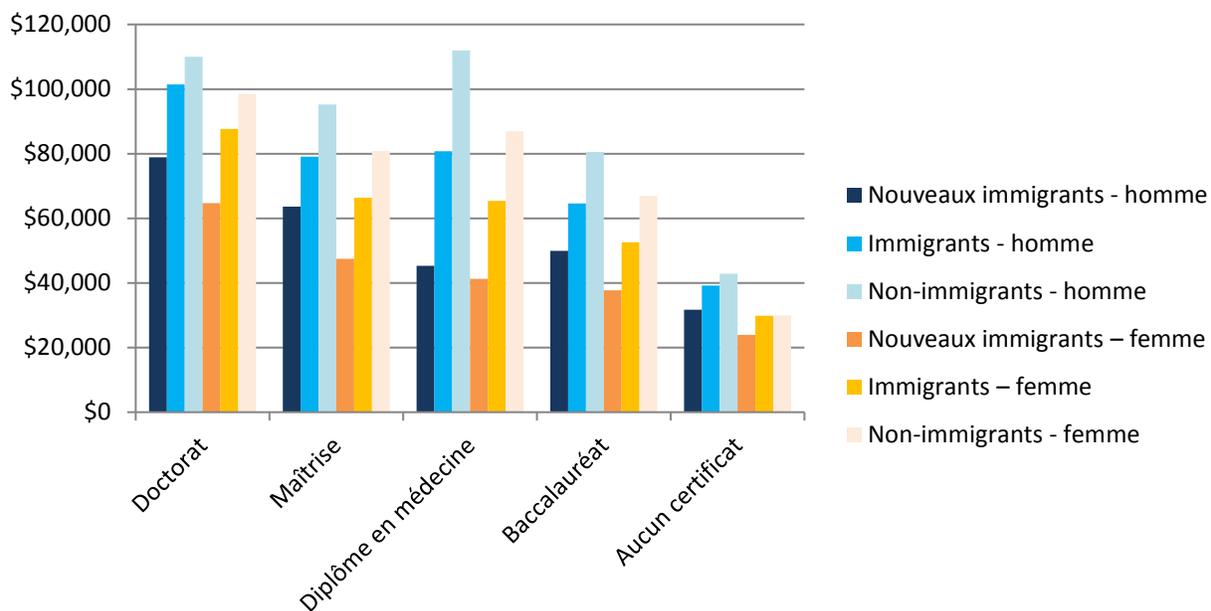


Tableau 2. Pourcentage de la population ayant obtenu un diplôme donné selon le statut d'immigrant (15 ans et +)⁵⁴

	Aucun diplôme	Baccalauréat ou diplôme postbaccalauréal [*]	Maîtrise, doctorat ou diplôme en médecine obtenu
Non-immigrant	18,78 %	19,64 %	4,46 %
Immigrant	17,38 %	32,53 %	10,40 %
Nouvel immigrant	14,94 %	44,16 %	15,25 %

Chômage et sous-emploi

Le chômage et les mauvaises conditions d'emploi sont des facteurs de risque de maladies et de problèmes associés à la santé mentale particulièrement importants. Mais la relation de cause à effet entre le chômage et la santé mentale est complexe, puisque les personnes aux prises avec des problèmes associés à la santé mentale sont plus susceptibles d'être sans emploi^{40, 55, 56}.

La précarité d'emploi (l'alternance travail-chômage, les bas salaires, le sous-emploi et les emplois indésirables en raison de la précarité des marchés de l'emploi) peut avoir un effet néfaste sur la santé mentale⁵⁷⁻⁵⁹.

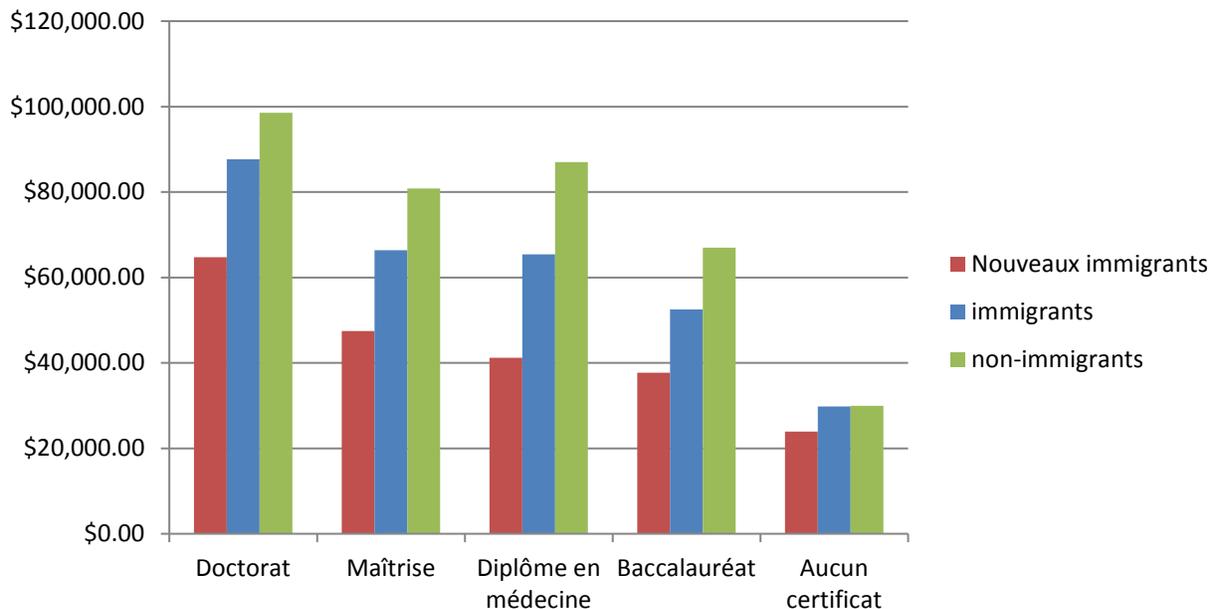
Lorsque, au contraire, l'emploi est valorisant, utile et stimulant, il joue un rôle important dans la santé globale et le bien-être, ce qui contribue à la sécurité financière, aux interactions sociales positives, ainsi qu'à la croissance et au développement personnels.

Les tendances en matière de chômage chez les non-immigrants, les immigrants et les nouveaux immigrants sont semblables à tous les niveaux de scolarité (voir la figure 10) : les nouveaux immigrants affichent les taux de chômage les plus élevés et les non-immigrants enregistrent les plus bas⁶⁰. La principale exception concerne ceux qui ne détiennent aucun certificat, diplôme ou grade, ou ceux qui possèdent un certificat de formation professionnelle. Dans tous ces cas, les immigrants affichent des taux de chômage moins élevés que les non-immigrants⁶⁰. En 2016, le taux de chômage au Canada était relativement faible (7,7 %) ⁶¹. Alors que le taux de chômage était le même pour les immigrants⁶⁰, celui des populations racialisées s'élevait à 9,2 %⁶². Les personnes ne détenant aucun certificat (c.-à-d. sans diplôme d'études secondaires) affichaient les

^{*} *Baccalauréat ou diplôme postbaccalauréal* fait référence à la catégorie « Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur (plus haut niveau) » utilisée par Statistique Canada.

taux de chômage les plus élevés⁶⁰. Les nouveaux immigrants (arrivés entre 2011 et 2016) détenteurs d'un doctorat sont 3,5 fois plus susceptibles d'être sans emploi que les non-immigrants ayant le même niveau de scolarité (voir la figure 10).

Figure 10. Pourcentage de Canadiens au chômage, âgés de 15 ans et plus, selon le statut d'immigrant et le plus haut diplôme obtenu⁶⁰



La recherche sur les populations immigrantes et racialisées indique que le chômage et la précarité d'emploi ont des répercussions importantes sur la santé mentale⁶³⁻⁶⁶. Une de ces études montre que lorsque le chômage survient peu après l'arrivée d'une personne, cela a une influence considérable sur sa santé mentale et son bien-être⁶³. Une autre étude conclut que les taux élevés de chômage dans un quartier ont des répercussions psychologiques plus importantes sur les immigrants de première génération que sur les non-immigrants qui vivent dans le même quartier⁶⁴. Il est probable que la précarité d'emploi constitue un fardeau plus lourd pour les femmes immigrantes, surtout celles qui sont racialisées⁶⁵. Les femmes immigrantes vivant de telles situations font état de nombreux symptômes émotionnels et liés à la santé mentale : insomnie, anxiété, crises de panique, sentiment d'impuissance et stress constant^{65, 66}.

Discrimination et crimes haineux

La discrimination est un facteur déterminant de la santé mentale dont les effets sur les populations immigrantes et racialisées⁸, 64-68 sont nombreux : traumatismes d'origine sociale (vécus de manière indirecte ou dont la personne est témoin), inégalités sociales et soins médicaux inadéquats, inappropriés ou dégradants^{67, 68}.

Les données longitudinales canadiennes⁶⁹ révèlent un lien entre la discrimination perçue et une détérioration de la santé mentale auto-déclarée des immigrants après leur arrivée. Non seulement la discrimination fragilise-t-elle la santé mentale des populations immigrantes et racialisées, mais elle peut aussi décourager les comportements de recherche d'aide^{11, 70, 71}. Les populations immigrantes et racialisées ayant été victimes de discrimination (réelle, perçue ou attendue) en matière d'accès aux services sont moins susceptibles d'aller vers le système de soins de santé pour obtenir de l'aide^{11, 70, 71}. Elles ont plutôt tendance à se tourner vers des services non médicaux pour aborder leurs préoccupations liées à la santé mentale⁷⁰.

Crimes haineux signalés au Canada

Les taux de discrimination et de crimes haineux sont difficiles à comprendre et à mesurer, notamment en raison de la sous-déclaration et du manque d'uniformité dans les sources de données⁷². Bien que les services de police recueillent l'information et font rapport sur les crimes haineux, les rapports sont limités par le nombre de cas qui sont signalés directement, qui est probablement plus faible que les taux d'incidence^{72,73}. Statistique Canada demande aux Canadiens de signaler eux-mêmes les cas de discrimination et de crimes haineux dont ils sont victimes au moyen de son Enquête sociale générale⁷⁴⁻⁷⁶. Cette enquête annuelle permet d'au moins comprendre un peu plus qui sont les cibles de ces comportements, ainsi que les schémas et les tendances générales au fil du temps⁷².

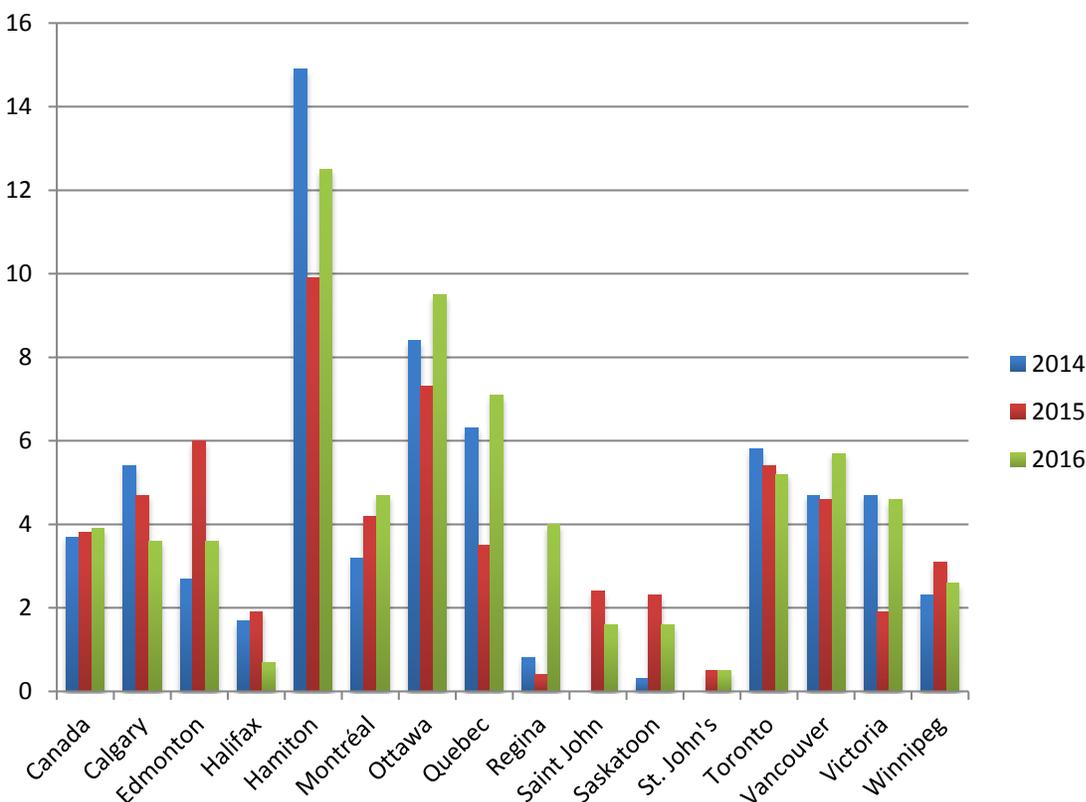
On observe toutefois des différences marquées entre les plus grandes RMR du pays en ce qui concerne la prévalence des crimes haineux et ce qui les motive. De 2014 à 2016, le nombre de crimes haineux signalés à la police était d'environ quatre par 100 000 habitants à l'échelle nationale. Cependant, les taux sont plus ou moins élevés que ce dernier dans différentes RMR (voir la figure 11), allant de moins d'un cas par 100 000 habitants à Halifax et St. John's à 12,5 cas par 100 000 habitants à Hamilton⁷³.

Bien que le pourcentage de crimes haineux signalés pour le pays soit resté stable de 2014 à 2015 et de 2015 à 2016, certaines RMR ont enregistré des variations spectaculaires⁷³. Il se peut que les plus petites RMR affichent de plus grands écarts d'une année à l'autre en raison de la faiblesse des chiffres globaux. Par exemple, les crimes

haineux rapportés à Edmonton ont augmenté de 122,2 % entre 2014 et 2015 (leur nombre passant de 36 à 81), mais ont diminué de 40 % entre 2015 et 2016⁷².

Dans la ville de Québec, les crimes haineux rapportés ont diminué de 44,4 % de 2014 à 2015 (leur nombre passant de 50 à 28) et ont augmenté de 102,9 % de 2015 à 2016, avec 57 crimes par 100 000 habitants en 2016⁷³. Ces écarts peuvent s'expliquer par de véritables variations du nombre de crimes haineux d'une année à l'autre ou par un changement dans le désir de signaler les incidents.

Figure 11. Crimes haineux par 100 000 habitants : Canada et RMR choisies (2014, 2015, 2016)⁷³



Qu'est-ce qui motive les crimes haineux et qui en est victime?

Le type de crime haineux le plus courant est motivé par la race ou l'origine ethnique⁷³.

En 2014, 611 crimes haineux fondés sur l'origine ethnique ou la race ont été commis au Canada; 641 incidents ont été signalés en 2015 et 666 incidents en 2016. Les Canadiens de race noire sont ceux qui ont signalé le plus grand nombre de crimes au cours de ces trois années (voir la figure 12).

Les données d'enquête par auto-déclaration laissent entendre que les Canadiens non immigrants affichent des niveaux de victimisation violente plus élevés* que les immigrants^{74, 75}, et que les Canadiens de naissance faisant partie d'une population racialisée affichent un taux nettement plus élevé de victimisation violente auto-déclarée que les immigrants racialisés⁷⁵. Bien que les facteurs expliquant ce nombre plus élevé de signalements ne soient pas clairs, les Canadiens et les immigrants racialisés se disent moins satisfaits des mesures prises par la police^{74, 75}. Plus de la moitié des immigrants (53 %) ayant déclaré avoir été victimes d'un crime n'en ont pas fait part à la police⁷⁴, mais les trois quarts ne croyaient pas que le crime était motivé par la haine⁷⁴. Et parmi ceux qui ont signalé un crime, les immigrants avaient une moins bonne opinion (55 %) que les non-immigrants (28 %) quant aux mesures prises par la police⁷⁴. Les Canadiens racialisés étaient moins susceptibles que les Canadiens non racialisés de dire que les policiers étaient accessibles et qu'il était facile de leur parler, et deux fois plus susceptibles de signaler une expérience de discrimination lorsqu'ils ont fait affaire avec eux (dans les cinq années précédant l'enquête)⁷⁵.

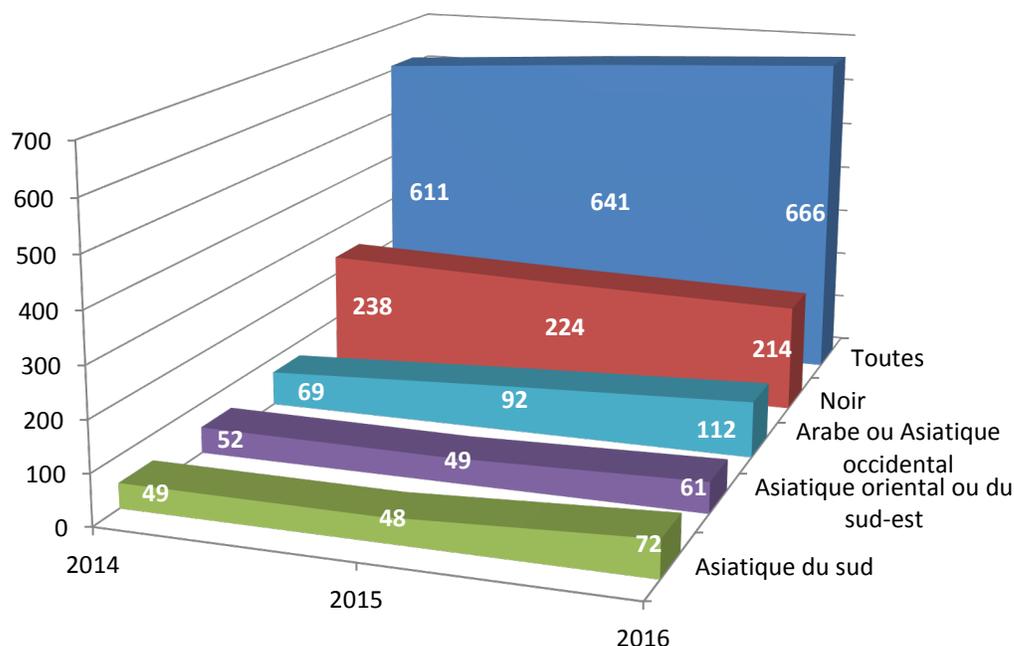
Les crimes haineux ciblant les Canadiens de race noire ayant été signalés à la police ont diminué chaque année depuis 2012. Depuis 2013, cependant, le nombre de tels crimes visant des Arabes[†] et des Asiatiques occidentaux[‡] a augmenté⁷³. Les services de police rapportent aussi des crimes motivés par l'orientation sexuelle et la religion. Les crimes haineux motivés par la religion ciblent principalement les Canadiens juifs et musulmans⁷³, et les taux de victimisation autodéclarée indiquent que les non-chrétiens sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination que les chrétiens⁷⁶.

* Englobant les agressions sexuelles, les vols et les agressions physiques⁷⁴.

† Le terme *Arabe* est employé par Statistique Canada dans les rapports et comme catégorie de minorité visible; il est basé sur la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*⁷⁷

‡ Le terme *Asiatique occidental* est employé par Statistique Canada dans les rapports et comme catégorie de minorité visible comme suit : « Asiatique occidental (p. ex., Iranien, Afghani, etc.) »⁷⁷

Figure 12. Crimes haineux motivés par la race ou l'origine ethnique au Canada (groupes donnés)⁷³



Conclusion

Pour assurer l'accès équitable des populations d'IRER à des services de santé mentale, il faut intervenir au niveau des déterminants sociaux de la santé, se concentrer sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie, et prendre un engagement à l'égard de la création de services et de systèmes accessibles, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel qui répondent à leurs besoins²

Le présent document démontre, à l'aide des données du Recensement de 2016, que les groupes d'IRER sont toujours confrontés à divers problèmes d'équité qui peuvent compromettre leur santé mentale et leur bien-être, notamment la discrimination, le sous-emploi et les situations de faible revenu. La croissance rapide des populations d'IRER dans l'ensemble du pays oblige les provinces et les territoires à fournir des services de santé et de santé mentale équitables afin de répondre à leurs besoins. L'une des approches envisagées permettrait aux provinces et aux territoires de produire des régimes fondés sur la population afin d'adapter la création de services à leurs impératifs démographiques¹¹. Pour ce faire, les services et les systèmes doivent d'abord recueillir des données socio-démographiques aux points d'accès des services afin de cerner les

lacunes et les inégalités dans l'accès aux soins de santé et les résultats en la matière, et créer des réponses adaptées au système de services et en assurer le suivi¹⁴.

À la lumière des problèmes persistants décrits dans le présent document, la CSMC a l'intention d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre des principales recommandations du rapport *Issues and Options*. En partenariat avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale, la CSMC examinera les documents politiques fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de déterminer les priorités gouvernementales en ce qui concerne l'amélioration de la situation des groupes d'IRER (par rapport aux déterminants sociaux de la santé) et de l'accès à des services de santé mentale plus sûrs et adaptés sur le plan culturel.

Cette analyse des politiques permettra également de déterminer les domaines où des progrès ont été enregistrés, ainsi que les possibilités de renforcement des activités visant à améliorer le soutien offert aux populations d'IRER en matière de santé mentale et de bien-être. Elle orientera aussi les décideurs quant aux domaines sur lesquels ils doivent concentrer leurs efforts.

Les objectifs du gouvernement du Canada en matière d'immigration contribueront invariablement à accroître la diversité. Certaines projections indiquent que, d'ici 2036, entre 24,5 % et 30 %⁷⁸ des personnes vivant au Canada seront nées ailleurs. Favoriser et appuyer la santé physique et mentale de tous les nouveaux arrivants et s'assurer que toutes les personnes vivant au Canada ont accès à des services de santé mentale équitables et de qualité leur permettant de vivre une vie satisfaisante, valorisante et remplie d'espoir constituent des moteurs de la vigueur sociale et économique du Canada. En définitive, l'établissement, l'intégration et la réussite des nouveaux arrivants constituent une responsabilité partagée entre les provinces et les territoires.

Références

- ¹ 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.048>
- ² Mental Health Commission of Canada. (2016). *The case for diversity: Building the case to improve mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized populations*. Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_eng.pdf
- ³ Saunders, N. R., Gill, P. J., Holder, L., Vigod, S., Kurdyak, P., Gandhi, S., & Guttman, A. (2018). Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, *190*, E1183-E1191. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180277>
- ⁴ Smith, S., & Katem, E. (2018, November 1). Canada extends immigration targets into 2021 with prominent roles for express entry, PNPs. *Canada Immigration News*. Retrieved from <https://www.cicnews.com/2018/11/canada-extends-immigration-targets-into-2021-with-prominent-roles-for-express-entry-pnps-1111368.html#gs.haCiwHc>
- ⁵ Statistics Canada. (2018). Census profile: 2016 Census of population. Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- ⁶ Statistics Canada. (2014). Population growth: Migratory increase overtakes natural increase (Catalogue No. 11-630-X2014001). Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/11-630-X2014001>
- ⁷ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Immigrant status and period of immigration (10), income statistics (17), age (10), and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016206). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁸ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Admission category and applicant type (46), period of immigration (7), age (12) and sex (3) for the immigrant population who landed between 1980 and 2016, in private households (Catalogue No. 98-400-X2016201). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁹ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Visible minority (15), immigrant status and period of immigration (11), age (12) and sex (3) for the population in private households (Catalogue No. 98-400-X2016191). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016>
- ¹⁰ Statistics Canada. (2014). Data tables, 2011 National Household Survey. Visible minority (15), generation status (4), age groups (10) and sex (3) for the population in private households (Catalogue No. 99-010-X2011029). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/>
- ¹¹ Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K., for the Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. (2009). *Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement*. Retrieved from the Mental Health Commission of Canada website: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/457/improving-mental-health-services-immigrant-refugee-ethno-cultural-and-racialized-groups>
- ¹² Srivastava, R. (2007). *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*. Toronto: Elsevier Canada.
- ¹³ Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., El Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., . . . Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. Retrieved from the UN High Commissioner for Refugees website: <https://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf>
- ¹⁴ Sinai Health System. (2017). *Measuring health equity: Demographic data collection and use in Toronto Central LHIN hospitals and community health centres*. Retrieved from <http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/2013/02/Measuring-Health-Equity-Demographic-Data-Collection-Use-in-TC-LHIN-Hospitals-and-CHCs-2017.pdf>
- ¹⁵ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Mother tongue (187), immigrant status and period of immigration (11), number of languages known (11), age (12) and sex (3) for the population in private households (Catalogue No. 98-400-X2016193). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ¹⁶ Um, S., & Lightman, N. (2017). *Seniors' health in the GTA: How immigration, language, and racialization impact seniors' health*. Retrieved from the Wellesley Institute website: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2017/05/Seniors-Health-in-the-GTA-Final.pdf>

- ¹⁷ Statistics Canada. (2017, May 3). Age and sex, and type of dwelling data: Key results from the 2016 Census [Press release]. *The Daily*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-eng.htm>
- ¹⁸ Statistics Canada. (2017). A portrait of the population aged 85 and older in 2016 in Canada (Catalogue No. 98-200-X2016004). *Census in Brief*. Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-eng.pdf>
- ¹⁹ Statistics Canada. (2017). Immigration and ethnocultural diversity highlight tables, 2016 Census (Catalogue No. 98-402-X2016007). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/imm/index-eng.cfm>
- ²⁰ Statistics Canada. (2017). Language highlight tables, 2016 Census (Catalogue No. 98-402-X2016005). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/lang/index-eng.cfm>
- ²¹ Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Retrieved from the Mental Health Commission of Canada website: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf
- ²² Alzheimer Society of Canada. (2016). *Prevalence and monetary costs of dementia in Canada*. Retrieved from http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsofdementia_en.pdf
- ²³ Visala Rao, D., Warburton, J., & Bartlett, H. (2006). Health and social needs of older Australians from culturally and linguistically diverse backgrounds: Issues and implications. *Australasian Journal on Ageing*, 25, 174-179. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2006.00181.x>
- ²⁴ Alzheimer's Australia Vic. (2008). *Perceptions of dementia in ethnic communities*. Retrieved from <https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20101201-Nat-CALD-Perceptions-of-dementia-in-ethnic-communities-Oct08.pdf>
- ²⁵ Tipping, S. A., & Whiteside, M. (2015). Language reversion among people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds: The family experience. *Australian Social Work*, 68, 184-197. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2014.953187>
- ²⁶ Kokorelias, K. M., Ryan, E. B., & Elliot, G. (2017). Innovative practice: Conversational use of English in bilingual adults with dementia. *Dementia*, 16, 233-242. doi:10.1177/1471301216635827
- ²⁷ Statistics Canada. (2008). 2006 Census, topic-based tabulations: Language (Catalogue No. 97-955-XCB2006045). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/>
- ²⁸ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Population language spoken most often at home (269), other language(s) spoken regularly at home (270) and age (15a) for the population excluding institutional residents (Catalogue No. 98-400-X2016075). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ²⁹ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Immigrant status and period of immigration (10), income statistics (17), age (10) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016205). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ³⁰ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Visible minority (15), income statistics (17), generation status (4), age (10) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016210). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ³¹ Mental Health Commission of Canada. (2017). *Options for improving access to counselling, psychotherapy and psychological services for mental health problems and illnesses*. Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-07/Options_for_improving_access_to_counselling_psychotherapy_and_psychological_services_eng.pdf
- ³² Mental Health Commission of Canada. (2018). *Expanding access to psychotherapy: Mapping lessons learned from Australia and the United Kingdom to the Canadian context*. Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-08/Expanding_Access_to_Psychotherapy_2018.pdf
- ³³ Beiser, M., Hou, F., Hyman, I., & Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *American Journal of Public Health*, 92, 220-227.
- ³⁴ Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481. doi:10.1056/NEJMsa0707519
- ³⁵ Orpana, H. M., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009, January). Income and psychosocial distress: The role of the social environment. *Health Reports*, 21-28. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2009001/article/10772-eng.pdf?st=SpAF76wK>
- ³⁶ Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 419-427. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15
- ³⁷ Olah, M. E., Gaisano, G., & Hwang, S. W. (2013). The effect of socioeconomic status on access to primary care: An audit study. *Canadian Medical Association Journal*, 185(6), E263-E269. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121383>

- ³⁸ Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science and Medicine*, *90*, 24-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- ³⁹ Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Gagne, M.-A., Dudgeon, S., Kasman, N., & Hay, C. (2006). Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: An analysis of the Canadian Community Health Survey. Retrieved from the Canadian Collaborative Mental Health Initiative website: http://www.shared-care.ca/files/09_Prevalence_EN.pdf
- ⁴⁰ Dooley, D., Prause, J., & Ham-Rowbottom, K. A. (2000). Underemployment and depression: Longitudinal relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 421-436.
- ⁴¹ Statistics Canada. (2017). Income highlight tables, 2016 Census (Catalogue No. 98-402-X2016006). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/inc-rev/index-eng.cfm>
- ⁴² Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Visible minority (15), individual low-income status (6), low-income indicators (4), generation status (4), age (6) and sex (3) for the population in private households (Catalogue No. 98-400-X2016211). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁴³ Picot, G., & Lu, Y. (2017). *Chronic low income among immigrants in Canada and its communities*. Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11f0019m/11f0019m2017397-eng.pdf?st=Hd8caAKU>
- ⁴⁴ Gal, G., Kaplan, G., Gross, R., & Levav, I. (2008). Status inconsistency and common mental disorders in the Israel-based world mental health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 999-1003.
- ⁴⁵ Bracke, P., Pattyn, E., & von dem Knesebeck, O. (2013). Overeducation and depressive symptoms: Diminishing health returns to education. *Sociology of Health and Illness*, *35*, 1242-1259. doi:10.1111/1467-9566.12039
- ⁴⁶ Immigration, Refugees and Citizenship Canada. (2017). *2017 Annual report to Parliament on immigration*. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2017.html>
- ⁴⁷ Immigration, Refugees and Citizenship Canada. (2018). Six selection factors, Federal Skilled Workers Program (express entry). Retrieved from <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/immigrate-canada/express-entry/eligibility/federal-skilled-workers/six-selection-factors-federal-skilled-workers.html>
- ⁴⁸ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: First official language spoken (7), income statistics (17), highest certificate, diploma or degree (15), immigrant status and period of immigration (10), work activity during the reference year (4a), age (6b) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016200). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁴⁹ Statistics Canada. (2011). *Women in Canada: A gender-based statistical report* (6th ed.; Catalogue No. 89-503-X). Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-503-x/89-503-x2010001-eng.pdf?st=vEIBXYP5>
- ⁵⁰ Creese, G., & Wiebe, B. (2012). "Survival employment": Gender and deskilling among African Immigrants in Canada. *International Migration*, *50*(5), 56-76. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2009.00531.x>
- ⁵¹ Moyce, S., Lash, R., & de Leon Siantz, M. L. (2016). Migration experiences of foreign educated nurses: A systematic review of the literature. *Journal of Transcultural Nursing*, *27*, 181-188. <https://doi.org/10.1177/1043659615569538>
- ⁵² Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity and Health*, *15*, 601-619. doi:10.1080/13557858.2010.502591
- ⁵³ Frank, K., & Hou, F. (2016). *Over-education and life satisfaction among immigrant and non-immigrant workers in Canada*. Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11f0019m/11f0019m2017393-eng.pdf?st=TaAaYg1>
- ⁵⁴ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Immigrant status and period of immigration (11), major field of study – classification of instructional programs (CIP) 2016 (43), highest certificate, diploma or degree (15), school attendance (3), age (13a) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016269). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁵⁵ Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, *153*, 529-540.
- ⁵⁶ World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf
- ⁵⁷ Dooley, D. (2003). Unemployment, underemployment, and mental health: Conceptualizing employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology*, *32*, 9-20.
- ⁵⁸ Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S. L., Llorens, C., Muntaner, C., . . . Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: Evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health*, *2013*, 1-10. doi:10.1155/2013/978656
- ⁵⁹ Canivet, C., Aronsson, G., Bernhard-Oettel, C., Leineweber, C., Moghaddassi, M., Stengard, J., . . . Östergren, P.-O. (2017). The negative effects on mental health of being in a non-desired occupation in an increasingly precarious labour market. *SSM-Population Health*, *3*, 516-524. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.009>

- ⁶⁰ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: First official language spoken (7), labour force status (8), highest certificate, diploma or degree (15), immigrant status and period of immigration (11), age (12a) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016198). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁶¹ Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: Aboriginal identity (9), secondary (high) school diploma or equivalency certificate (14), labour force status (8), registered or treaty Indian status (3), residence by Aboriginal geography (10), age (13a) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98-400-X2016365). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁶² Statistics Canada. (2017). Data tables, 2016 Census: First official language spoken (7), labour force status (8), highest certificate, diploma or degree (15), major field of study – classification of instructional programs (CIP) 2016 (82), age (6b) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households (Catalogue No. 98.400-X2016286). Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>
- ⁶³ Kennedy, S., & McDonald, J. T. (2006). Immigrant mental health and unemployment. *Economic Record*, 82, 445-459. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4932.2006.00358.x>
- ⁶⁴ Zunzunegui, M.-V., Forster, M., Gauvin, L., Raynault, M.-F., & Willms, J. D. (2006). Community unemployment and immigrants' health in Montreal. *Social Science and Medicine*, 63, 485-500. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.004>
- ⁶⁵ Ng, W., Sundar, A., Poole, J., Karpoche, B., Abdillahi, I., Arat-Koc, S., . . . Galabuzi, G.-E. (2016). "Working so hard and still so poor!" A public health crisis in the making: The health impacts of precarious work on racialized refugee and immigrant women. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B7HYn4lqOns4RiNiZHJGYjhKaXc/view>
- ⁶⁶ Premji, S., & Shakya, Y. (2017). Pathways between under/unemployment and health among racialized immigrant women in Toronto. *Ethnicity and Health*, 22, 17-35. <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2016.1180347>
- ⁶⁷ McKenzie, K. (2006). Racial discrimination and mental health. *Psychiatry*, 5, 383-387. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.08.002>
- ⁶⁸ Williams, D. R., & Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.
- ⁶⁹ De Maio, F. G., & Kemp, E. (2010). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5, 462-478. doi:10.1080/17441690902942480
- ⁷⁰ Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 925-934. doi:10.1097/01.nmd.0000249109.71776.58
- ⁷¹ Edge, S. & Newbold, B. (2013). Discrimination and health of immigrants and refugees: Exploring Canada's evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15, 141-148.
- ⁷² Canada. Parliament. House of Commons. (2018). *Taking action against systemic racism and religious discrimination including Islamophobia. Report of the standing committee on Canadian heritage, 42nd Parliament, 1st Session*. Retrieved from <http://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/CHPC/Reports/RP9315686/chpcrp10/chpcrp10-e.pdf>
- ⁷³ Gaudet, M. (2018). Police-reported hate crime in Canada, 2016. *Juristat*, 38(1). Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54915-eng.htm>
- ⁷⁴ Ibrahim, D. (2018). Violent victimization, discrimination and perceptions of safety: An immigrant perspective, Canada, 2014. *Juristat*, 38(1). Retrieved from the Statistics Canada website: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54911-eng.pdf?st=ZNR_k690
- ⁷⁵ Simpson, L. (2018). Violent victimization and discrimination among visible minority populations, Canada, 2014. *Juristat*, 38(1). Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54913-eng.pdf?st=s9D02aBf>
- ⁷⁶ Ibrahim, D. (2018). Violent victimization and discrimination, by religious affiliation in Canada, 2014. *Juristat*, 38(1). Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54914-eng.pdf>
- ⁷⁷ Visible minority. (2017). In Dictionary, Census of Population, 2016. Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop127-eng.cfm>
- ⁷⁸ Morency, J.-D., Malenfant, E. C., & MacIsaac, S. (2017). *Immigration and diversity: Population projections for Canada and its regions, 2011 to 2036*. Retrieved from the Statistics Canada website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/91-551-x/91-551-x2017001-eng.pdf?st=IK8kixve>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

T: 613.683.3755
F: 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [@/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in/Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/Mental-Health-Commission-of-Canada)