

Rapports sur la santé

Santé mentale chez les femmes et les filles de divers milieux, au Canada, avant et pendant la pandémie de COVID-19 : analyse intersectionnelle

par Jungwee Park

Date de diffusion : le 17 juillet 2024



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

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

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

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

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

Normes de service à la clientèle

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

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

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

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

This publication is also available in English.

Santé mentale chez les femmes et les filles de divers milieux, au Canada, avant et pendant la pandémie de COVID-19 : analyse intersectionnelle

par Jungwee Park

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400700002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La disparité en matière de santé mentale est associée à diverses caractéristiques, comme le genre, le statut socioéconomique, l'identité autochtone, le statut d'immigrant, la race, l'incapacité et l'orientation sexuelle. Toutefois, les études intersectionnelles sur la santé mentale des femmes sont rares, particulièrement pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie

En s'appuyant sur les données de deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (données annuelles de 2019 et données de septembre à décembre 2020), les résultats autodéclarés en matière de santé mentale avant la pandémie de COVID-19 (taille de l'échantillon de 64 880) et pendant la deuxième vague de la pandémie à l'automne 2020 (échantillon de 27 246) ont été analysés.

Résultats

Après la prise en compte des facteurs sociodémographiques, les femmes et les filles étaient plus susceptibles que les hommes et les garçons de déclarer de moins bons résultats en matière de santé mentale autoévaluée ainsi qu'une santé mentale moins bonne qu'avant la pandémie de COVID-19. Comparativement à 2019, l'écart entre les genres pour ce qui est de la santé mentale négative autoévaluée a augmenté pendant la pandémie. Le nombre et le type d'intersections de caractéristiques socioéconomiques particulières ont également eu une incidence sur les résultats en matière de santé mentale. Au cours de la pandémie, les femmes et les filles ayant les caractéristiques suivantes étaient plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale autoévaluée, comparativement aux femmes et aux filles sans intersections : celles ayant une incapacité (7,8 fois), ou celles étant lesbiennes, gaies, ou bisexuelles ou ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (5,6); ou celles étant autochtones (3,6).

Interprétation

Les intersections entre le genre et d'autres caractéristiques sociodémographiques augmentaient les cotes exprimant le risque d'une mauvaise santé mentale autoévaluée.

Mots-clés

Analyse intersectionnelle, femmes, pandémie de COVID-19, santé mentale

AUTEUR

Jungwee Park travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des études antérieures ont abondamment documenté la santé mentale des femmes et la présence de disparités entre les genres en matière de santé mentale.
- Les connaissances existantes font ressortir les diverses répercussions de la pandémie de COVID-19 sur différents groupes au Canada.
- Des travaux de recherche récents ont porté sur la santé mentale des femmes et d'autres populations pendant la pandémie.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude vise à examiner la santé mentale autodéclarée des femmes et des filles avant et pendant la pandémie de COVID-19, en tenant compte de multiples caractéristiques, comme l'identité autochtone, le statut d'immigrant, les antécédents racisés, l'orientation sexuelle, l'incapacité et le statut socioéconomique.
- En adoptant une approche intersectionnelle, l'étude cherche à comprendre la mesure dans laquelle les intersections de diverses caractéristiques sociodémographiques ont influencé la santé mentale des femmes et des filles pendant la pandémie.
- De futures analyses intersectionnelles de la santé mentale dans le contexte de la pandémie pourraient s'élargir pour englober un plus large éventail de problèmes de santé mentale, un plus vaste éventail de caractéristiques sociodémographiques et différentes périodes (diverses vagues de la pandémie et la durée de ses répercussions) et étendre l'examen aux personnes transgenres et non binaires.

De nombreuses études ont fait état d'inégalités accrues entre les hommes et les femmes en matière de santé mentale depuis la pandémie de COVID-19^{1,2,3}, y compris des risques plus élevés de symptômes de stress post-traumatique⁴, de troubles psychiatriques et de solitude⁵. De plus, des études approfondies ont été entreprises pour examiner les effets inégaux de la pandémie sur la santé mentale autoévaluée au sein de divers groupes, comme les populations autochtones et les différents groupes de genre^{1,3,6,7}.

En tant que groupe, les femmes ont fait face à des défis uniques pendant la pandémie. Au travail, elles étaient plus susceptibles d'avoir des emplois informels et précaires qui se soldaient par un plus grand nombre de mises à pied ou de congés et d'être des fournisseurs de services de première ligne, comme des membres du personnel de nettoyage, des caissières, des travailleuses sociales, des enseignantes, des infirmières et des préposées aux services de soutien à la personne, assumant ainsi un plus grand fardeau de risques pour la santé mentale et physique⁸. À la maison, elles effectuaient la plupart des tâches non rémunérées de prestation de soins qui se sont accrues pendant la pandémie, comme la garde d'enfants, l'enseignement à domicile et d'autres tâches parentales^{9,10,11}. Par conséquent, depuis la pandémie, les femmes ont déclaré des niveaux plus élevés de détresse économique (p. ex. une perte d'emploi et une diminution du revenu), de stress dans le ménage, d'isolement social, de taux d'abris sur place, de stress parental, de toxicomanie et de détresse psychologique^{6,12,13}. Ces facteurs ont également augmenté le risque de violence contre les femmes et les filles pendant la pandémie^{12,14,15}.

La pandémie a également eu une incidence différentielle sur divers groupes au Canada^{1,3,16}. Une étude de Statistique Canada a révélé que les répondants ayant les caractéristiques suivantes ont déclaré des taux plus élevés de discrimination pendant la pandémie et que les conséquences sur leur bien-être économique ont été plus importantes : les personnes racisées, les immigrants, les Autochtones et les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (LGB+)^{17,18}.

Les femmes de ces groupes avaient tendance à être particulièrement touchées par la pandémie. Par exemple, de mars 2020 à août 2021, la reprise de l'emploi des femmes autochtones a été plus lente que celle des hommes autochtones et des femmes et hommes non autochtones^{19,20}. Le taux de chômage des femmes autochtones est demeuré supérieur à son niveau prépandémie au cours de la première année suivant le début de la pandémie²⁰. De plus, les nouvelles immigrantes ont enregistré le plus grand écart de reprise de l'emploi par rapport à leurs homologues nées au Canada. Leur reprise a été plus faible de 5 points de pourcentage en mai et en juin 2020, et de 2 points de pourcentage en juillet 2020¹⁸.

On a également mentionné que la pandémie a pu exacerber les vulnérabilités des personnes LGB+ face à la perte d'emploi, à l'insécurité financière et à l'itinérance²¹. Stonewall²² a indiqué qu'un niveau de scolarité inférieur, la pauvreté, le logement et l'insécurité alimentaire chez les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres étaient liés à la stigmatisation et à la discrimination dans le monde, dans 24 pays.

La pandémie a également entraîné des répercussions importantes sur les moyens de subsistance des personnes handicapées. Selon Trudell et Whitmore²³, la précarité économique et la précarité du logement déjà vécue par les femmes handicapées ont été exacerbées pendant la pandémie. Malgré le soutien financier offert du gouvernement du Canada, les besoins économiques des femmes handicapées avaient tendance à demeurer insatisfaits²⁴. De plus, de nombreux services et soutiens officiels, y compris le soutien à domicile et les soins personnels, ont été limités pendant la pandémie de COVID-19. En raison de ces répercussions socioéconomiques et des limites imposées quant aux services offerts, les femmes handicapées étaient plus vulnérables, car elles comptaient sur des réseaux de soutien informels, qui pourraient éventuellement comporter des agresseurs ou présenter de la violence fondée sur le sexe²⁴.

Des disparités en matière de santé mentale sont non seulement observées entre les hommes et les femmes, mais également associées à certaines caractéristiques, notamment le statut socioéconomique, la race, l'invalidité et l'orientation sexuelle^{6,16,25,26,27}. Comme cela a été mentionné, la pandémie a entraîné diverses répercussions sociales et économiques ainsi que des répercussions sur la santé, qui à leur tour, ont eu une incidence sur la santé mentale de la population²⁸. Les inégalités existantes en matière de santé mentale vécues par divers groupes ont pu s'intensifier pendant la pandémie. Il est reconnu que l'inégalité entre les genres dans les résultats en matière de santé mentale s'est accentuée depuis la pandémie^{1,2,3}. Pendant cette période, certains groupes couraient un risque plus élevé de faire face à des défis plus graves. Si une seule caractéristique est étudiée, son incidence peut être trop généralisée et la nature complexe et interdépendante de l'iniquité ne peut être pleinement comprise. Il est important d'adopter une approche intersectionnelle, en examinant les multiples sources d'inégalités ensemble^{29,30,31}. Plutôt que d'étudier la santé mentale des femmes en tant que groupe général, il est essentiel d'étudier la santé mentale des femmes aux intersections de certaines caractéristiques sociodémographiques contribuant aux inégalités structurelles (p. ex. les femmes ayant un handicap grave, les femmes autochtones et les femmes LGBTQ+).

Les études intersectionnelles sur la santé mentale des femmes sont rares, particulièrement pendant la période de pandémie^{25,32}. De plus, parmi les études intersectionnelles antérieures sur la santé mentale, seules quelques études portaient sur de multiples caractéristiques intersectionnelles^{33,34}. La plupart des études intersectionnelles ont tendance à se limiter à quelques caractéristiques^{26,27,35,36,37,38,39,40,41}. Par exemple, de nombreuses études ont porté sur l'intersection entre le genre et l'identité ethnique, mais ont rarement abordé les intersections entre le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et l'incapacité. Pour combler cette lacune des travaux de recherche, la présente étude traite de la santé mentale autodéclarée des femmes et des filles avant et pendant la pandémie de COVID-19 en s'appuyant sur sept caractéristiques, dont l'identité autochtone, le statut

d'immigrant, les antécédents racisés, l'orientation sexuelle LGBTQ+, l'incapacité et le statut socioéconomique (faible revenu et chômage). En raison de la petite taille de l'échantillon, cette étude n'a fourni des estimations que pour les femmes LGBTQ+, pas spécifiquement pour les femmes lesbiennes, bisexuelles ou ayant une orientation sexuelle autre que lesbienne, bisexuelle ou hétérosexuelle. Dans cette étude, nous tentons de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Dans quelle mesure les intersections de diverses caractéristiques ont-elles une incidence sur la santé mentale autoévaluée des femmes et des filles pendant la pandémie de COVID-19?
- Dans quelle mesure cet effet des intersections sur la santé mentale autoévaluée des femmes et des filles pendant la pandémie de COVID-19 est-il comparable à celui observé avant la pandémie?
- Dans quelle mesure les intersections de diverses caractéristiques ont-elles influé sur le changement de la santé mentale autoévaluée des femmes et des filles (aggravée ou non) depuis la pandémie de COVID-19 comparativement à avant la pandémie?

Méthodologie

Sources des données

La présente étude repose sur les cycles annuels de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête transversale qui permet de recueillir des renseignements sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé pour la population canadienne. La présente analyse a porté sur les données des résultats autodéclarés en matière de santé mentale avant la pandémie de COVID-19 (données annuelles de l'ESCC de 2019) et pendant la deuxième vague de la pandémie à l'automne 2020 (ESCC de 2020 – septembre à décembre 2020) pour les personnes vivant dans les 10 provinces. Après une brève pause à la mi-mars vers la fin de la première période de collecte en raison des mesures de confinement et des lignes directrices en matière de santé publique, la collecte de l'ESCC de 2020 a repris en septembre 2020³. La collecte des deuxième, troisième et quatrième échantillons trimestriels a eu lieu pendant de très courtes périodes d'environ cinq semaines chacune, de septembre à décembre. L'impossibilité de mener des interviews en personne, les périodes de collecte plus courtes et les enjeux relatifs à la capacité de collecte ont entraîné une diminution importante des taux de réponse⁴². La collecte de septembre à décembre 2020 a fourni des renseignements qui témoignent de la façon dont les répondants ont vécu la pandémie de COVID-19. Une description détaillée de la validation des données et de la modification de la méthodologie dans l'ESCC de 2020 est disponible ailleurs.

Échantillon

La taille de l'échantillon de l'ESCC de 2020 (de septembre à décembre) était de 27 246 (12 078 hommes et 15 168 femmes), ce qui représente 32 342 696 personnes âgées de 12 ans ou plus vivant dans les 10 provinces du Canada. La taille de l'échantillon de l'ESCC de 2019 était de 64 880, ce qui représente 31 837 719 personnes âgées de 12 ans ou plus vivant dans les 10 provinces du Canada. Le tableau 1 montre la répartition de certaines caractéristiques de la population canadienne âgée de 12 ans ou plus.

Mesures

Genre

Dans la présente analyse, le genre est basé sur la question « Quel est votre genre? » Les réponses ont été déclarées dans trois catégories : « Homme », « Femme » et « Non binaire ». Le terme « non binaire » désigne les personnes dont le genre déclaré n'est pas exclusivement homme ou femme. En raison de la petite taille de l'échantillon, les personnes classées comme non binaires ont été exclues de l'analyse.

Lieu de résidence

Tous les centres de population, y compris les petits (1 000 à 29 999 personnes), les moyens (30 000 à 99 999) et les grands (100 000 ou plus), ont été classés comme régions urbaines. Les régions rurales à l'intérieur et à l'extérieur d'une région métropolitaine de recensement ou d'une agglomération de recensement ont été classées comme des régions rurales.

Faible revenu

Dans la présente analyse, les personnes dont le revenu total du ménage se situait dans le quintile inférieur ont été classées dans la catégorie des personnes à faible revenu.

Situation d'activité

La situation d'activité a été mesurée en fonction de la situation d'emploi de la semaine précédente. Les répondants en âge de travailler (âgés de 15 à 74 ans) qui ont déclaré ne pas avoir d'emploi la semaine précédente ont été classés dans la catégorie des personnes au chômage. Les personnes de moins de 15 ans et de plus de 74 ans n'étaient pas considérées comme des personnes au chômage.

Statut d'immigrant

Toutes les personnes nées à l'extérieur du Canada, y compris les immigrants reçus et les résidents non permanents, ont été classées dans la catégorie des immigrants.

Groupes racisés

Le concept de « groupe racisé » est mesuré à l'aide de la variable « groupe de minorité visible » de l'ESCC, selon la définition de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon cette

dernière, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population des minorités visibles comprend principalement les personnes qui ont déclaré appartenir aux groupes suivants : les Sud-Asiatiques, les Chinois, les Noirs, les Philippins, les Arabes, les Latino-Américains, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens et les Japonais.

Identité autochtone

Dans le présent article, le terme « Autochtones » désigne les personnes qui ont déclaré être Métis, Inuit ou membres d'une Première Nation. Dans le cadre de l'ESCC, on ne recueille pas de données sur les réserves et les autres peuplements autochtones dans les provinces. Par conséquent, les résultats dont il est question pour les membres des Premières Nations excluent les Autochtones vivant dans une réserve ainsi que les Autochtones vivant dans les territoires ou les régions nordiques éloignées des provinces qui comprennent l'Inuit Nunangat.

Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle des répondants a été déterminée en fonction d'une question sur l'orientation sexuelle autodéclarée. Les réponses fournies sont réparties dans les catégories suivantes : hétérosexuels; lesbiennes ou gais; bisexuels; personnes dont l'orientation sexuelle déclarée n'est pas hétérosexuelle, lesbienne, gaie ou bisexuelle. La catégorie LGBTQ+ comprend les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle.

Incapacité

Dans le présent article, l'incapacité a été mesurée en fonction des résultats globaux de l'indice de l'état de santé, qui fournit un indice sommaire de la qualité de vie liée à la santé sur une échelle de 0,0 à 1,0. L'indice de l'état de santé est évalué au moyen de scores de préférence relatifs aux huit caractéristiques suivantes : la vue, l'ouïe, l'élocution, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (utilisation des mains et des doigts), l'état émotif (sentiments), la cognition (mémoire et pensée) et la douleur. Le niveau d'incapacité a été déterminé en fonction des seuils du score : aucun (1,00), léger (0,89 à 0,99), modéré (0,70 à 0,88) et grave (moins de 0,70)^{43,44}. Dans la présente analyse, les résultats en matière de santé mentale des personnes ayant une incapacité grave ont été examinés par rapport à ceux des autres personnes.

Intersectionnalité des caractéristiques socioéconomiques

Dans la présente analyse, les caractéristiques socioéconomiques suivantes des personnes ont été étudiées : le faible revenu, le chômage, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, l'appartenance à un groupe racisé, l'orientation sexuelle LGBTQ+ et l'incapacité. Lorsque les personnes présentent au moins deux de ces caractéristiques, celles-ci se recoupent et peuvent être liées à des expériences et à des résultats différents.

Nombre d'intersections de caractéristiques socioéconomiques

Pour examiner l'intersectionnalité des caractéristiques, les personnes ont été classées en quatre groupes, ce qui reflète le nombre de caractéristiques socioéconomiques parmi les sept caractéristiques mentionnées précédemment, soit zéro, un, deux et trois ou plus.

Autoévaluation de la santé mentale

On a mesuré la santé mentale perçue en posant aux répondants la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? » Si les réponses étaient « Passable » ou « Mauvaise », le répondant était considéré comme déclarant une mauvaise santé mentale autoévaluée. Si les réponses étaient « Excellente », « Très bonne » ou « Bonne », le répondant était considéré comme ayant une bonne santé mentale autoévaluée.

Détérioration de la santé mentale

La détérioration de la santé mentale était fondée sur une mesure rétrospective de la santé mentale autoévaluée pendant la pandémie de COVID-19, comparativement à avant le début de la pandémie. La question suivante a été posée aux répondants : « Comparativement à avant la pandémie de COVID-19, comment évaluez-vous votre santé mentale maintenant? Bien meilleure maintenant? Un peu meilleure maintenant? À peu près la même? Un peu moins bonne maintenant? Bien moins bonne maintenant? » Ceux ayant répondu « Un peu moins bonne maintenant » et « Bien moins bonne maintenant » ont été classés comme présentant une détérioration de la santé mentale. Ceux qui ont répondu « Bien meilleure maintenant », « Un peu meilleure maintenant » ou « À peu près la même » ont été classés comme ne présentant pas de détérioration de la santé mentale.

Analyse

Des analyses statistiques descriptives ont été menées afin de fournir les taux de prévalence des résultats négatifs en matière de santé mentale : mauvaise santé mentale autoévaluée en 2019 et en 2020 et détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19 déclarée rétrospectivement en 2020. Les estimations pour les femmes et les filles ont été comparées à celles pour les hommes et les garçons. De plus, une approche intersectionnelle a été adoptée pour comparer les résultats en santé mentale de divers groupes de femmes et de filles.

Des analyses de régression logistique multivariées ont été menées pour examiner les relations entre divers types de caractéristiques sociodémographiques et la santé mentale, tout en tenant compte de plusieurs facteurs de confusion. Les rapports de cotes ajustés d'une mauvaise santé mentale auto-perçue et d'une santé mentale détériorée depuis le début de la pandémie de COVID-19 pour

les hommes, les garçons, les femmes et les filles ont été présentés séparément. L'âge, l'état matrimonial, la structure familiale et le lieu de résidence étaient des facteurs de confusion pris en compte.

Dans la présente analyse, les cas manquants dans les principales variables étaient très faibles, allant de 0 % (revenu, âge et lieu de résidence) à 5 % (orientation sexuelle). Les statistiques descriptives étaient fondées sur l'analyse des cas disponibles, et la régression multivariée était fondée sur une analyse complète des cas à la suite de la suppression des cas manquants dans la liste.

Le symbole E à côté d'une estimation indique que le coefficient de variation pour cette estimation se situe entre 15,1 % et 35,0 % et que la qualité de la donnée était marginale. Les utilisateurs doivent donc faire preuve de prudence au moment d'interpréter ces résultats. Les estimations ont été supprimées et indiquées par le symbole F lorsque le coefficient de variation était supérieur à 35,0 %. La signification statistique a été indiquée d'après les tests affichant une valeur p inférieure à 0,05. Pour que les estimations produites à partir des données de l'ESCC soient représentatives de la population canadienne, des poids d'échantillonnage individuels ont été utilisés. Des poids bootstrap ont été utilisés pour l'estimation de la variance et les tests de signification. Le nombre de poids de rééchantillonnage bootstrap était de 1 000. Toutes les analyses ont été réalisées au moyen de SAS version 9.4 (Institut SAS, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Différences dans les résultats en santé mentale entre les femmes et les filles et les hommes et les garçons avant et pendant la pandémie de COVID-19

Avant et pendant la pandémie de COVID-19, les femmes et les filles étaient plus susceptibles que les hommes et les garçons de déclarer une mauvaise santé mentale autoévaluée. Pendant la pandémie, de septembre à décembre 2020, 11,5 % des femmes et des filles ont déclaré une mauvaise santé mentale autoévaluée, comparativement à 9,0 % des hommes et des garçons (tableau 1 en annexe). De même, les taux de prévalence globale de la détérioration de la santé mentale chez les femmes et les filles pendant la pandémie étaient plus élevés que ceux de leurs homologues masculins (tableau 2 en annexe). De septembre à décembre 2020, 37,1 % des femmes et des filles ont déclaré que leur santé mentale actuelle était un peu ou bien moins bonne qu'avant le début de la pandémie. Le taux de détérioration de la santé mentale chez les hommes et les garçons (28,5 %) était inférieur d'environ 9 points de pourcentage à celui des femmes et des filles. Le taux de mauvaise santé mentale autoévaluée chez les femmes et les filles était plus élevé en 2020 qu'en 2019, avant la pandémie (11,5 % en 2020 comparativement à 8,7 % en 2019). De même, ces taux pour les

Tableau 1

Répartition de certaines caractéristiques sociodémographiques des hommes, des garçons, des femmes et des filles de 12 ans et plus, avant et pendant la pandémie de COVID-19, 2019 et 2020 (septembre à décembre), Canada (à l'exception des territoires)

	2020				2019			
	Hommes et garçons		Femmes et filles		Hommes et garçons		Femmes et filles	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Taille de l'échantillon	12 078	100,0	15 168	100,0	29 836	100,0	35 044	100,0
N pondéré	15 966 427	100,0	16 376 269	100,0	15 714 988	100,0	16 122 731	100,0
Groupe d'âge								
12 à 24 ans	2 849 779	17,9	2 416 924	14,8	2 836 476	18,1	2 563 443	15,9
25 à 44 ans	5 041 348	31,6	5 354 359	32,7	5 027 175	32,0	5 117 875	31,7
45 à 64 ans	4 964 824	31,1	5 040 809	30,8	4 898 329	31,2	5 037 241	31,2
65 ans ou plus	3 110 476	19,5	3 564 177	21,8	2 953 008	18,8	3 404 172	21,1
État matrimonial								
Marié(e)s	7 739 554	48,5	7 448 476	45,6	7 438 913	47,4	7 214 837	44,8
Union libre	1 840 094	11,5	1 876 354	11,5	1 923 521	12,3	1 912 351	11,9
Divorcé(e)s, séparé(e)s ou veufs(ves)	1 096 575	6,9	2 422 259	14,8	1 208 188	7,7	2 476 638	15,4
Jamais marié(e)s	5 269 468	33,1	4 590 713	28,1	5 127 144	32,7	4 498 087	27,9
Famille, modalités de vie								
Personne hors famille	2 915 962	18,3	3 133 028	19,2	2 953 146	18,8	3 261 400	37,9
Personne vivant avec un conjoint(e)	4 538 545	28,5	4 378 835	26,8	4 389 798	28,0	4 096 789	17,2
Parent vivant avec un(e) conjoint(e) et des enfants	4 027 227	25,2	4 075 306	24,9	3 963 866	25,3	4 027 639	1,1
Parent seul vivant avec des enfants	259 928	1,6	926 936	5,7	273 157	1,7	1 016 225	1,0
Enfant vivant avec un parent seul	739 524	4,6	720 606	4,4	741 871	4,7	654 793	28,7
Enfants vivant avec deux parents	2 223 148	13,9	1 854 882	11,3	2 151 964	13,7	1 738 417	10,2
Autres	1 249 705	7,8	1 269 535	7,8	1 222 532	7,8	1 315 232	3,9
Lieu de résidence								
Région urbaine	13 422 656	84,1	13 786 094	84,2	12 921 720	82,2	13 439 200	83,3
Région rurale	2 539 594	15,9	2 588 884	15,8	2 792 399	17,8	2 686 550	16,7
Faible revenu (quintile inférieur)								
Non	12 769 556	80,2	12 504 406	76,4	12 849 923	82,0	12 561 574	78,0
Oui	3 168 901	19,9	3 869 047	23,6	2 822 626	18,0	3 543 008	22,0
Situation d'activité								
Travaille	11 266 796	71,3	10 718 961	66,0	11 626 661	75,3	10 842 847	68,2
Ne travaille pas	4 544 032	28,7	5 534 202	34,1	3 817 894	24,7	5 053 425	31,8
Identité autochtone								
Non-Autochtone	15 190 888	96,9	15 508 398	96,5	14 716 708	96,4	15 135 228	96,4
Autochtone	487 601	3,1	555 822	3,5	554 339	3,6	565 216	3,6
Statut d'immigrant								
Non-immigrant	11 559 169	73,5	11 795 265	73,0	11 194 420	72,8	11 487 288	72,8
Immigrant	4 176 155	26,5	4 360 419	27,0	4 186 756	27,2	4 298 459	27,2
Groupes racisés								
Non	12 005 091	76,9	12 469 825	77,6	11 790 448	77,4	12 135 779	77,3
Oui	3 604 181	23,1	3 593 327	22,4	3 440 721	22,6	3 569 901	22,7
Orientation sexuelle								
Hétérosexuelle	14 405 132	96,4	14 921 146	95,7	14 247 742	96,7	14 594 594	95,9
LGB+	544 154	3,6	663 924	4,3	492 318	3,3	628 723	4,1
Incapacité								
Aucune incapacité	4 111 011	26,3	3 222 124	20,1	3 835 350	25,1	3 264 758	20,8
Incapacité légère	6 684 381	42,8	6 753 495	42,1	6 426 010	42,1	6 817 028	43,4
Incapacité modérée	2 691 869	17,2	3 412 648	21,3	2 862 815	18,8	2 962 429	18,9
Incapacité grave	2 133 260	13,7	2 666 371	16,6	2 133 471	14,0	2 665 712	17,0

Note : La catégorie d'orientation sexuelle LGB+ comprend les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles annuels de 2019 et de 2020 (septembre à décembre).

hommes et les garçons sont passés de 7,3 % en 2019 à 9,0 % en 2020.

Le graphique 1 présente les rapports de cotes d'une série de régressions logistiques montrant les résultats négatifs des femmes et des filles en matière de santé mentale, comparativement à ceux des hommes et des garçons pendant la pandémie. Le modèle 1 montre l'effet du genre sur la santé mentale après prise en compte de l'âge; le modèle 2 tient compte de l'âge, de l'état matrimonial, de la structure familiale et du lieu de résidence (rural ou urbain); le modèle 3 tient compte du nombre d'intersections de caractéristiques socioéconomiques (faible revenu, chômage, statut d'immigrant, identité autochtone, groupe racisé, orientation sexuelle LGB+ et incapacité); le modèle 4 tient compte de tous les facteurs mentionnés ci-dessus ensemble. Dans tous les modèles, les femmes et les filles étaient plus susceptibles que les hommes et les garçons de déclarer des problèmes de santé mentale, y

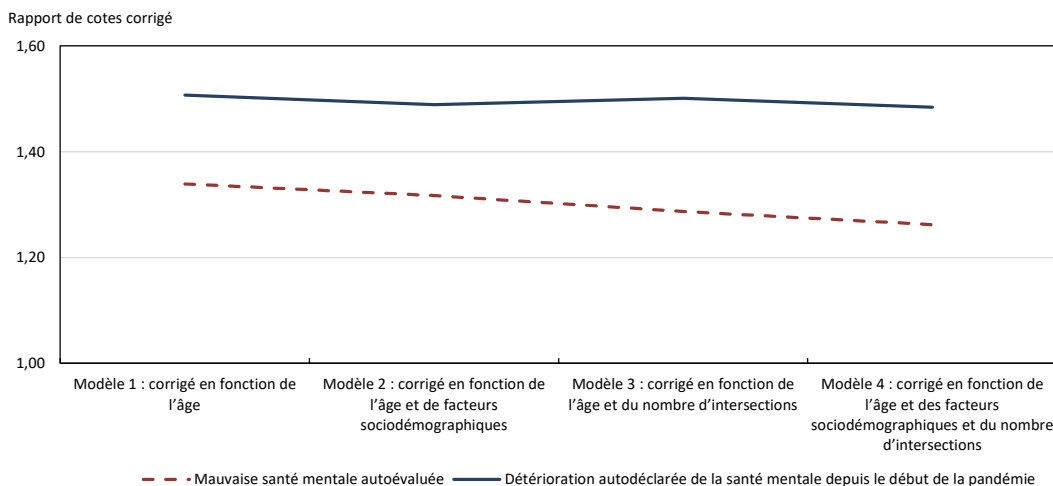
compris un niveau inférieur de santé mentale autodéclarée et une détérioration de la santé mentale depuis la pandémie de COVID-19. Une tendance semblable a été observée pour les deux résultats en matière de santé mentale. Par exemple, les femmes et les filles enregistraient des cotes exprimant le risque de déclarer une détérioration de la santé mentale pendant la pandémie 1,5 fois supérieures à celles des hommes et des garçons, après correction pour tenir compte des caractéristiques sociodémographiques.

Nombre d'intersections de caractéristiques socioéconomiques

Le nombre d'intersections a suscité de l'intérêt dans des études antérieures sur l'intersectionnalité^{45,46}. Dans la présente analyse, ce nombre a été mesuré en examinant le nombre de caractéristiques sociodémographiques sélectionnées suivantes

Graphique 1

Rapports de cotes des femmes et des filles d'une mauvaise santé mentale auto-perçue et d'une santé mentale détériorée depuis le début de la pandémie, comparativement aux hommes et aux garçons pendant la pandémie de COVID-19, Canada (à l'exclusion des territoires), 2020



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle annuel de 2020 (septembre à décembre).

que les personnes ont déclarées : le faible revenu, le chômage, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, l'appartenance à un groupe racisé, l'orientation LGB+ et l'incapacité. En 2020 (depuis le début de la pandémie de COVID-19), environ 15,6 % des femmes et des filles, et 12,5 % des hommes et des garçons, ont déclaré au moins trois des caractéristiques sélectionnées. Par exemple, les femmes adultes LGB+ racisées sans emploi ou les immigrantes à faible revenu ayant une incapacité appartiennent à cette catégorie de « trois ou plus » caractéristiques. En 2020, environ 30,3 % des femmes et des filles ne présentaient aucune de ces caractéristiques, et 29,5 % d'entre elles en présentaient une (données non présentées). Ces pourcentages étaient inférieurs à ceux de 2019 (32,4 % n'en présentant aucune et 30,5 % en présentant une), principalement en raison d'une augmentation du nombre de femmes au chômage en 2020.

Il n'est pas étonnant que les femmes et les filles caractérisées par un plus grand nombre d'intersections aient eu tendance à autodéclarer un taux de prévalence plus élevé de problèmes de santé mentale en 2020. Comparativement aux femmes et aux filles ayant déclaré ne faire partie d'aucun des groupes sociodémographiques sélectionnés (c.-à-d. les femmes nées au Canada, les femmes blanches, les femmes hétérosexuelles sans incapacité grave ayant un emploi et dont le revenu du ménage appartenait au deuxième quintile ou à un quintile supérieur), les femmes et les filles ayant déclaré l'une des sept caractéristiques sociodémographiques étaient 2,0 fois plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale auto-évaluée; les femmes et les filles ayant deux intersections étaient 2,5 fois plus susceptibles de le faire; les femmes et les filles ayant trois intersections ou plus étaient presque trois fois plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale auto-évaluée

(graphique 2, tableau 1 en annexe). Le nombre d'intersections n'indique pas d'effet important sur la détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie.

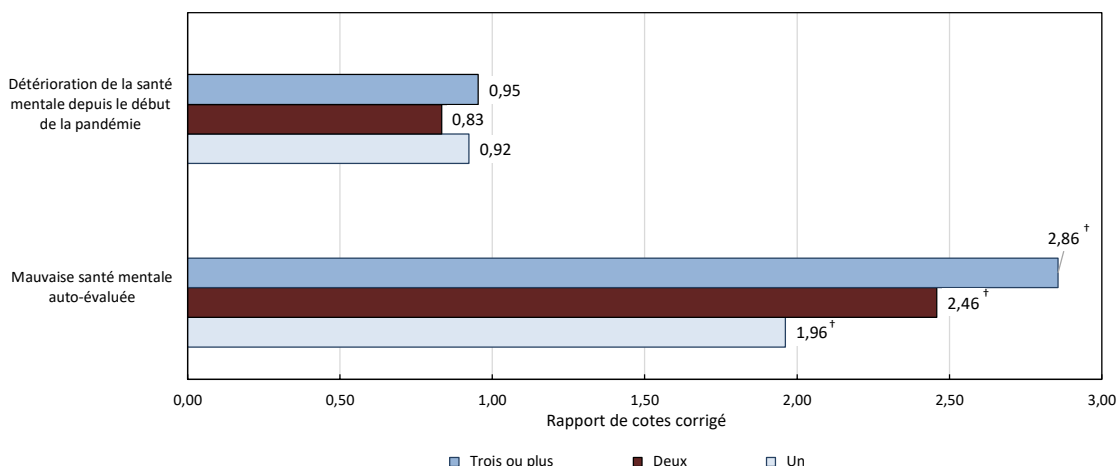
Examen d'intersections particulières

Le graphique 3 montre les variations des résultats en matière de santé mentale pendant la pandémie entre les femmes et les filles présentant des caractéristiques sociodémographiques croisées particulières, comparativement aux femmes et aux filles n'ayant déclaré aucune des caractéristiques sélectionnées. Ce graphique présente des rapports de cotes corrigés de deux résultats négatifs en matière de santé mentale. Une fois l'âge, l'état matrimonial, la structure familiale et le lieu de résidence (rural ou urbain) pris en compte dans l'analyse, les sept caractéristiques sélectionnées étaient associées à une mauvaise santé mentale auto-évaluée pendant la pandémie. Dans l'ensemble, 11,5 % des femmes et des filles ont déclaré une mauvaise santé mentale auto-évaluée pendant la pandémie. Une désagrégation plus poussée a révélé que 30,2 % des femmes et des filles ayant une incapacité grave, 35,9 % des femmes et des filles LGB+ et 24,4 % des femmes et des filles autochtones ont déclaré une mauvaise santé mentale auto-évaluée pendant la pandémie. Par ailleurs, les femmes et les filles immigrantes (6,7 %) et racisées (8,5 %) étaient moins susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale auto-évaluée (tableau 2, tableau 1 en annexe). Plus précisément, les femmes et les filles ayant une incapacité grave étaient 6,3 fois plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale que les autres femmes et filles sans incapacité ou ayant une incapacité moins grave (légère ou modérée).

Comparativement aux autres femmes et filles, les femmes et les filles racisées ainsi que les femmes et les filles immigrantes

Graphique 2

Rapports de cotes corrigés d'une mauvaise auto-évaluation de la santé mentale et d'une détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie, selon le nombre d'intersections, femmes et filles de 12 ans ou plus, Canada (à l'exception des territoires), 2020



[†] valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (femmes et filles sans intersections)

Notes : Corrigés en fonction de l'âge, de l'état matrimonial, de la structure familiale et du lieu de résidence. Sur sept intersections : le faible revenu, le chômage, l'identité autochtone, le statut d'immigrant, l'appartenance à un groupe racisé, l'orientation non hétérosexuelle et l'incapacité grave.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle annuel 2020 (septembre à décembre).

étaient moins portées à déclarer une détérioration de leur santé mentale pendant la pandémie. Toutefois, les femmes et les filles ayant une incapacité grave étaient 1,5 fois plus enclines que les autres femmes et filles à déclarer une détérioration de leur santé mentale (graphique 3). Comparativement à 37,1 % des femmes et des filles dans l'ensemble, 47,1 % des femmes et des filles ayant une incapacité ont déclaré une détérioration de leur santé mentale pendant la pandémie (tableau 2, tableau 2 en annexe).

Femmes et filles ayant de multiples caractéristiques se recoupant

Le tableau 2 présente les résultats en matière de santé mentale des femmes et des filles ayant de multiples caractéristiques se recoupant. Par exemple, ce tableau fournit des statistiques pour les femmes et les filles LGB+ en général, ainsi que les femmes et les filles LGB+ à faible revenu, les femmes et les filles LGB+ sans emploi et les femmes et les filles LGB+ ayant une incapacité grave, tout en tenant compte des intersections avec toutes les autres variables sociodémographiques du modèle. Le groupe de référence pour ces analyses était les femmes et les filles n'ayant aucune des sept caractéristiques sociodémographiques sélectionnées (c.-à-d. le faible revenu, le chômage, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, l'appartenance à un groupe racisé, l'orientation LGB+ ou l'incapacité).

Par rapport au groupe de référence, les cotes exprimant le risque d'une mauvaise santé mentale autoévaluée étaient de 5,6 pour les femmes et les filles LGB+ dans l'ensemble, de 5,4 pour les femmes et les filles LGB+ à faible revenu, de 6,2 pour les femmes et les filles LGB+ sans emploi et de 18,7 pour les femmes LGB+ et les filles ayant une incapacité grave.

Les cotes exprimant le risque de problèmes de santé mentale autodéclarés pour les femmes et les filles immigrantes et

racisées étaient statistiquement inférieures à celles du groupe de référence. Pour les femmes et les filles immigrantes et les femmes et les filles racisées ayant une incapacité, toutefois, les cotes exprimant le risque de problèmes de santé mentale étaient beaucoup plus élevées que celles du groupe de référence (5,5 pour les femmes et les filles immigrantes ayant une incapacité; 7,2 pour les femmes et les filles racisées ayant une incapacité).

Lorsque les femmes et les filles LGB+ ou les femmes et les filles ayant une incapacité grave présentaient l'une des autres caractéristiques sociodémographiques étudiées, leur santé mentale autoévaluée était touchée. Par exemple, les femmes et les filles ayant une incapacité grave sans emploi étaient 9,2 fois plus susceptibles que le groupe de référence de déclarer une mauvaise santé mentale. Les cotes exprimant le risque de déclarer une mauvaise santé mentale autoévaluée chez les femmes et les filles LGB+ ayant une incapacité étaient 18,7 fois plus élevées que pour le groupe de référence n'ayant aucune des sept caractéristiques croisées (tableau 2).

Près de 40 % des femmes et des filles ont déclaré que leur santé mentale actuelle était un peu moins bonne ou bien moins bonne qu'avant la pandémie (tableau 2). En particulier, les femmes et les filles autochtones sans emploi ainsi que les femmes et les filles sans emploi ayant une incapacité étaient plus enclines que le groupe de référence à déclarer une détérioration de la santé mentale. Dans l'ensemble, les femmes et les filles immigrantes et racisées étaient moins portées à déclarer une détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie. Toutefois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la déclaration de la détérioration de la santé mentale entre le groupe de référence et les femmes et les filles immigrantes et racisées ayant une autre caractéristique sociodémographique sélectionnée, comme le faible revenu, le chômage, l'orientation sexuelle LGB+ ou une incapacité grave.

Discussion

La présente étude a mis en lumière certains résultats en matière de santé mentale de divers groupes de femmes et de filles avant (2019) et pendant (de septembre à décembre 2020) la pandémie de COVID-19. Comme prévu, les disparités entre les genres quant aux résultats en matière de santé mentale entre les hommes et les garçons et les femmes et les filles étaient persistantes. Après correction pour tenir compte de certains facteurs sociodémographiques, les cotes exprimant le risque pour les femmes et les filles de déclarer certains résultats en matière de santé mentale dans cette analyse (mauvaise santé mentale autoévaluée et détérioration de la santé mentale par rapport à avant la pandémie) étaient plus élevées que celles des hommes et des garçons. Comparativement à 2019, l'écart pour ce qui est de la santé mentale négative autoévaluée entre les hommes et les garçons d'une part et les femmes et les filles d'autre part a augmenté pendant la pandémie. Cette constatation concordait avec des études antérieures laissant entendre qu'il existe une exacerbation des problèmes de santé mentale vécus par certaines populations, en particulier les femmes^{1,2}. Il est largement reconnu que la pandémie de COVID-19 a exacerbé divers défis socioéconomiques et liés à la santé préexistants auxquels font face les femmes, qui subissent depuis longtemps une oppression, une discrimination et une inégalité systémique^{6,7,15,17,18,21,22,23,24,47,48}.

Les résultats de la présente étude concordaient avec des études antérieures ayant révélé une moins bonne santé mentale autoévaluée chez les populations autochtones^{3,15} et d'autres populations vulnérables, comme les personnes LGBTQ+ et les personnes ayant des problèmes de santé ou des incapacités à

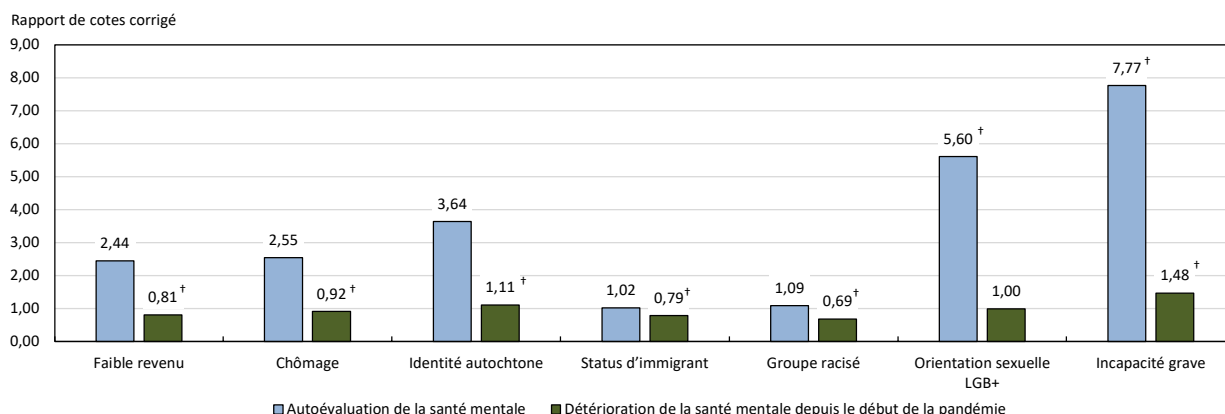
long terme³. Toutefois, plus important encore, cette analyse a montré que l'exacerbation de ces défis devenait plus prononcée en cas d'intersectionnalité de multiples caractéristiques de vulnérabilité. En particulier, lorsque deux de ces trois caractéristiques (l'identité autochtone, l'orientation sexuelle LGBTQ+ et l'incapacité ou les problèmes de santé graves) interagissent, la probabilité d'avoir une mauvaise santé mentale autoévaluée augmentait considérablement.

De plus, l'intersection de ces caractéristiques avec certaines conditions économiques, comme le faible revenu ou le chômage, était associée à de fortes cotes exprimant le risque d'une mauvaise santé mentale autoévaluée. Les femmes et les filles autochtones sans emploi étaient plus susceptibles de déclarer une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie. Environ 55 % d'entre elles l'ont déclaré, comparativement à 37 % des femmes et des filles en général et à 29 % des hommes et des garçons.

La situation vis-à-vis de l'incapacité augmentait constamment les cotes exprimant le risque d'une mauvaise santé mentale autoévaluée, lors de l'intersection de cette caractéristique avec toutes les autres caractéristiques comprises dans la présente analyse. De plus, les femmes et les filles présentant une incapacité grave enregistraient des cotes exprimant le risque de déclarer une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie plus élevées. Toutefois, il est important de mentionner que les huit composantes de la mesure de l'incapacité de l'indice de l'état de santé utilisées dans cette analyse comprenaient l'état émotif ainsi que la cognition (voir la section « Mesures »). Cela peut être lié à l'effet élevé de l'incapacité sur les résultats en matière de santé mentale.

Graphique 3

Rapports de cotes corrigés d'une mauvaise auto-évaluation de la santé mentale et d'une détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie, des femmes et des filles ayant un type particulier de caractéristique intersectionnelle comparativement aux femmes et aux filles sans intersections, femmes et les filles de 12 ans ou plus, Canada (à l'exception des territoires), 2020



[†] valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (femmes et filles sans intersections)

Notes : Corrigés en fonction de l'âge, de l'état matrimonial, de la structure familiale et du lieu de résidence.

La catégorie LGBTQ+ est fondée sur l'orientation sexuelle et comprend les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle annuel de 2020 (septembre à décembre).

Tableau 2

Taux et rapports de cotes corrigés selon l'âge d'une mauvaise santé mentale autoévaluée avant et pendant la pandémie de COVID-19 et d'une détérioration de la santé mentale autodéclarée depuis le début de la pandémie de COVID-19, selon des marqueurs d'identité intersectionnels, hommes et garçons et femmes et filles de 12 ans ou plus, 2019 et 2020 (de septembre à décembre), Canada (sauf les territoires)

	Mauvaise santé mentale autoévaluée pendant la pandémie – 2020						Mauvaise santé mentale autoévaluée pendant la pandémie – 2019						Détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie					
	Taux (%)	Intervalle de confiance		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Taux (%)	Intervalle de confiance		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Taux (%)	Intervalle de confiance		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Ensemble des hommes et des garçons	9,0	8,0	10,1	1,00	...	...	7,3	6,8	8,0	1,00	...	...	28,5	27,0	30,0	1,00	...	...
Ensemble des femmes et des filles	11,5 [†]	10,5	12,5	1,32 [†]	1,12	1,55	8,7 [†]	8,2	9,3	1,20 [†]	1,08	1,34	37,1 [†]	35,7	38,6	1,49 [†]	1,36	1,64
Femmes et filles sans intersections (référence)	6,9	5,6	8,6	1,00	...	...	4,0	3,4	4,6	1,00	...	...	39,1	36,4	42,0	1,00	...	...
Femmes et filles autochtones	24,4 [†]	18,1	32,1	3,64 [†]	2,28	5,80	20,5 [†]	17,3	24,1	5,40 [†]	4,19	6,96	42,8	35,9	50,0	1,11	0,81	1,53
Femmes et filles autochtones à faible revenu	27,7 ^{†,E}	17,8	40,3	3,96 [†]	2,07	7,56	31,2 [†]	24,7	38,6	8,00 [†]	5,54	11,55	42,4	31,3	54,3	1,08	0,65	1,80
Femmes et filles autochtones sans emploi	29,0 ^{†,E}	19,8	40,4	5,01 [†]	2,86	8,81	27,0 [†]	21,6	33,1	7,80 [†]	5,59	10,88	54,8 [†]	44,3	65,0	1,86 [†]	1,21	2,87
Femmes et filles autochtones LGB+	46,2 ^{†,E}	20,2	74,4	7,08	0,88	56,88	46,0 [†]	31,7	61,0	15,27 [†]	7,61	30,61	44,4 [†]	20,7	70,9	1,10	0,31	3,83
Femmes et filles autochtones ayant une incapacité	36,4 ^{†,E}	25,0	49,5	7,68 [†]	4,04	14,59	45,2 [†]	37,1	53,6	19,24 [†]	13,42	27,60	46,8	34,7	59,3	1,35	0,78	2,34
Femmes et filles immigrantes	6,7	5,3	8,4	1,02	0,72	1,44	6,3 [†]	5,4	7,4	1,72 [†]	1,36	2,18	34,7	31,5	38,0	0,79 [†]	0,65	0,96
Femmes et filles immigrantes à faible revenu	7,4 [†]	4,8	11,4	1,15	0,64	2,06	9,7 [†]	7,5	12,3	2,59 [†]	1,89	3,56	34,3	27,9	41,3	0,79	0,56	1,10
Femmes et filles immigrantes sans emploi	7,2 [†]	5,1	10,1	1,21	0,78	1,88	8,9 [†]	7,0	11,2	2,76 [†]	2,01	3,77	36,0	30,6	41,8	0,86	0,65	1,14
Femmes et filles immigrantes LGB+	F	...	...	2,08	0,60	7,22	F	...	...	2,94 [†]	1,25	6,90	F	...	...	0,59	0,13	2,76
Femmes et filles immigrantes ayant une incapacité	21,8 ^{†,E}	15,3	30,1	5,47 [†]	3,25	9,19	22,8 [†]	18,3	28,0	9,47 [†]	6,79	13,21	45,6	37,1	54,4	1,34	0,92	1,94
Femmes et filles immigrantes racisées	5,4	4,0	7,4	0,73	0,49	1,09	6,8 [†]	5,6	8,3	1,74 [†]	1,32	2,30	32,1	27,8	36,7	0,68 [†]	0,53	0,87
Femmes et filles racisées	8,5	6,5	10,9	1,09	0,75	1,58	8,1 [†]	6,8	9,5	1,82 [†]	1,41	2,35	32,3	28,5	36,4	0,69 [†]	0,55	0,87
Femmes et filles racisées à faible revenu	8,1 [†]	4,6	13,8	1,07	0,55	2,08	11,6 [†]	9,0	14,8	2,72 [†]	1,91	3,87	32,3	24,2	41,7	0,68	0,44	1,07
Femmes et filles racisées sans emploi	8,5 [†]	5,9	12,2	1,23	0,76	2,01	10,8 [†]	8,2	14,1	2,79 [†]	1,91	4,06	33,1	26,6	40,4	0,74	0,52	1,05
Femmes et filles LGB+ racisées	F	...	...	1,74	0,41	7,40	15,7 ^{†,E}	8,8	26,3	3,11 [†]	1,63	5,93	F	...	...	0,45	0,14	1,42
Femmes et filles racisées ayant une incapacité	33,7 ^{†,E}	22,8	46,8	7,22 [†]	3,79	13,77	29,5 [†]	23,3	36,6	10,55 [†]	7,16	15,54	45,3	33,5	57,7	1,28	0,75	2,20
Femmes et filles LGB+	35,9 [†]	29,1	43,3	5,60 [†]	3,73	8,42	27,0 [†]	23,2	31,2	6,74 [†]	5,20	8,74	39,2	32,3	46,6	1,00	0,71	1,39
Femmes et filles LGB+ à faible revenu	35,3 ^{†,E}	24,1	48,3	5,42 [†]	2,89	10,15	34,6 [†]	27,1	43,0	8,67 [†]	5,79	12,98	41,4	29,0	54,9	1,06	0,61	1,87
Femmes et filles LGB+ sans emploi	38,5 [†]	28,3	49,8	6,23 [†]	3,61	10,74	38,3 [†]	30,2	47,3	10,72 [†]	7,15	16,07	45,1	34,2	56,6	1,30	0,79	2,13
Femmes et filles LGB+ ayant une incapacité	64,7 [†]	50,5	76,7	18,70 [†]	9,66	36,19	59,6 [†]	51,5	67,3	28,01 [†]	19,10	41,05	47,4	33,8	61,4	1,46	0,80	2,68
Femmes et filles ayant une incapacité	30,2 [†]	26,8	33,8	7,77 [†]	5,66	10,66	27,5 [†]	25,3	29,7	10,98 [†]	8,99	13,41	47,1 [†]	43,4	50,8	1,48 [†]	1,21	1,80
Femmes et filles à faible revenu ayant une incapacité	29,0 [†]	24,5	33,9	7,55 [†]	5,23	10,91	35,0 [†]	31,0	39,1	14,35 [†]	11,14	18,49	40,9	36,1	45,8	1,16	0,90	1,48
Femmes et filles sans emploi ayant une incapacité	32,1 [†]	27,8	36,7	9,18 [†]	6,49	12,97	33,3 [†]	29,8	36,9	14,66 [†]	11,55	18,61	45,3	40,5	50,2	1,37 [†]	1,07	1,74

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence

[†] valeur significativement différente des estimations pour les hommes

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Notes : Corrigé en fonction de l'âge, de l'état matrimonial, de la structure familiale et du lieu de résidence. La catégorie LGB+ est fondée sur l'orientation sexuelle et comprend les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles annuels de 2019 et de 2020 (septembre à décembre).

Comme cette analyse n'a pas désagrégé davantage les données par sous-groupes particuliers, les résultats rendent compte des moyennes pour seulement les populations globales de femmes et de filles immigrantes et racisées. Cependant, en général, le statut d'immigrant et l'appartenance à un groupe racisé présentaient des effets « protecteurs » sur les résultats en matière de santé mentale. Par exemple, leurs cotes exprimant le risque de déclarer une détérioration de la santé mentale étaient inférieures à celles du groupe de référence n'ayant aucune des sept caractéristiques sociodémographiques sélectionnées comprises dans l'étude. Pour les femmes racisées, cela peut être lié en partie au paradoxe de la santé mentale entre les Noirs et les Blancs, soulignant l'avantage subjectif des personnes racisées en matière de santé mentale par rapport aux Blancs^{49,50}. Les résultats positifs en matière de santé mentale observés chez les femmes et les filles immigrantes donnent à penser que l'effet de l'immigrant en bonne santé s'étend à la santé mentale⁵¹. Leurs résultats relativement positifs en matière de santé mentale peuvent également être liés à la tendance des immigrants et des personnes racisées à sous-déclarer les problèmes de santé mentale et leur sous-utilisation des soins de santé mentale⁵².

Fait intéressant, les faibles cotes exprimant le risque d'une mauvaise santé mentale autoévaluée chez les femmes et les filles immigrantes et racisées par rapport au groupe de référence

s'inversaient pour les femmes et les filles ayant une incapacité. Autrement dit, pour les femmes et les filles racisées et immigrantes ayant une incapacité ou un problème de santé grave, les effets protecteurs sur la santé mentale autodéclarée disparaissaient. Comparativement au groupe de référence, les femmes et les filles immigrantes ayant une incapacité grave étaient cinq fois plus portées à déclarer une mauvaise santé mentale, et les femmes et les filles racisées ayant une incapacité étaient sept fois plus susceptibles de le faire. Ces résultats peuvent indiquer que les effets de la pandémie sur le bien-être des femmes et des filles racisées ou immigrantes ayant une incapacité^{23,24} étaient si importants que tout facteur protecteur contre une mauvaise santé mentale associé à leur appartenance à un groupe racisé ou à leur statut d'immigrante était annulé.

Même si les femmes et les filles ont déclaré une santé mentale moins bonne pendant la pandémie que l'année précédente, les tendances observées au cours des deux périodes étudiées étaient semblables. Autrement dit, les caractéristiques associées aux résultats en matière de santé mentale des femmes et des filles pendant la pandémie, ainsi que l'effet de leurs intersections, ont également été observées avant la pandémie. Le cycle de 2019 a donné lieu à des constatations plus importantes puisque la taille de son échantillon était plus de deux fois plus élevée que celle du cycle de 2020.

Limites

Les données relatives à la période de pandémie ont été recueillies dans le cadre du cycle annuel de l'ESCC de 2020. Par conséquent, la portion du cycle portant sur la période de pandémie était limitée quant à sa taille d'échantillon. En raison de la petite taille de l'échantillon en 2020, il n'a pas été possible d'examiner de manière plus approfondie les sous-groupes des groupes de population compris dans cette analyse. Par exemple, en raison de la taille limitée de l'échantillon, il n'a pas été possible de fournir une analyse fondée sur les distinctions des résultats en matière de santé mentale des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuit. De même, certaines caractéristiques des femmes et des filles immigrantes, comme le temps écoulé depuis l'immigration (immigrantes récentes ou immigrantes de longue date), l'âge au moment de l'immigration et le pays de naissance, ayant des répercussions sur la santé mentale⁵¹, n'ont pas pu être examinées. Encore une fois, en raison de la petite taille de l'échantillon, l'analyse n'a pas permis d'examiner différents groupes de femmes et de filles racisées. Chaque groupe racisé peut présenter des caractéristiques culturelles et ethniques uniques et justifier un examen plus approfondi de la façon dont ces caractéristiques influent sur les résultats en matière de santé mentale. Les enjeux relatifs à la taille de l'échantillon ont également limité les possibilités d'examiner le lien entre les résultats en matière de santé mentale et l'intersectionnalité de certaines caractéristiques sociodémographiques incluses dans la présente analyse. Pas plus de trois caractéristiques croisées ont été analysées.

La collecte des données pour la période de la pandémie s'est déroulée de septembre à décembre 2020. Par conséquent, cette analyse n'a pas permis d'examiner l'ensemble des répercussions de la pandémie. De plus, dans le cycle de 2020 de l'ESCC, on a découvert un certain biais, probablement attribuable aux limites de la collecte des données d'enquête pendant la pandémie, notamment la diminution du taux de réponse et le recours aux interviews téléphoniques³ seulement. Il est donc difficile de comparer les résultats de cette étude avec ceux d'autres cycles.

Comme l'ESCC est une enquête transversale, aucune relation de cause à effet ne peut être déduite à partir des associations relevées dans la présente analyse. Certains problèmes de santé mentale peuvent précéder des conditions socioéconomiques données ou déboucher sur celles-ci. Par exemple, les désavantages économiques qui figurent dans la présente analyse, comme le faible revenu ou le chômage, peuvent aussi bien être une conséquence d'une mauvaise santé mentale. De plus, les deux résultats en matière de santé mentale présentés dans cette analyse ont été autodéclarés. Il ne s'agit donc pas de diagnostics cliniques et les résultats ne devraient pas être interprétés comme tels.

Malgré ces limites, la présente étude, qui repose sur les données initiales de l'ESCC englobant les périodes avant et pendant la

pandémie, fournit une analyse unique de l'intersectionnalité de différentes caractéristiques sociodémographiques des femmes et des filles au Canada ainsi que de leur association avec différents résultats en matière de santé mentale. Cela contribue à une compréhension plus complète des expériences des femmes et des filles de divers milieux.

Conclusion et futures études

L'analyse intersectionnelle de la présente étude met en évidence l'effet cumulatif d'inégalités sociales existantes sur la santé mentale des femmes et des filles ayant des antécédents divers avant et pendant la pandémie de COVID-19. Il est essentiel de tenir compte des intersections de certaines caractéristiques des femmes et des filles pour mieux comprendre les résultats en matière de santé mentale des femmes et des filles, particulièrement pendant la pandémie de COVID-19. Cette approche est importante non seulement pour cerner les groupes de femmes qui sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale, mais surtout pour comprendre les interrelations particulières entre les diverses caractéristiques pertinentes pour les résultats en matière de santé mentale. Les résultats de cette étude pourraient aider les cliniciens à reconnaître les facteurs de risque et donner aux décideurs un aperçu des répercussions des politiques visant à orienter les services et les ressources vers les personnes plus vulnérables à des problèmes de santé mentale.

Les futures analyses intersectionnelles de la santé mentale dans le contexte de la pandémie pourraient tirer parti d'un examen des répercussions sur différentes périodes, y compris les diverses vagues de la pandémie et la durée de ses effets. De plus, la collecte des données devrait être conçue de façon à permettre un examen plus complet d'un large éventail de caractéristiques sociodémographiques et de leurs intersections avec des tailles d'échantillon suffisantes, ce qui permettrait une désagrégation en sous-groupes plus précis. Ces analyses intersectionnelles peuvent également être élargies pour inclure davantage de résultats en matière de santé mentale, comme ceux liés au stress et aux troubles mentaux diagnostiqués, ainsi que leur association à long terme avec la santé physique^{28,53}. De plus, une analyse intersectionnelle future pourrait permettre de traiter plus en détail des aspects de la santé mentale des hommes. La combinaison des données de plusieurs cycles de l'ESCC pourrait améliorer la taille des échantillons, en permettant d'effectuer ces analyses efficacement.

Remerciement

Ce document a été financé par Femmes et Égalité des genres Canada.

Références

1. Moyser, M. Différences entre les genres en matière de santé mentale durant la pandémie de COVID-19. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
2. Thibaut, F., PJM. van Wijngaarden-Cremers. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*. 8; 1:588372.
3. Statistique Canada. Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2021.
4. Liu, N., F. Zhang, C. Wei et coll. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Research* 2020; 287:112921.
5. Li, LZ, S. Wang. Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research* 2020; 291:113267.
6. Arriagada, P., T. Hahmann, V. O'Donnell. Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
7. Hahmann, T. et MB. Kumar. Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2022.
8. Société royale du Canada. *Impacts de la pandémie de COVID-19 sur les femmes au Canada*. Recueil d'essais présenté par la SRC. 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/Women%20PB_FR_0.pdf.
9. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). *Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and response*. Interim Technical Brief. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Gender_Equality_and_GBV_23_March_2020_.pdf.
10. Leclerc, K. Soins des enfants : répercussions de la COVID-19 sur les parents. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
11. Charnock, S., A. Heisz, J. Kaddatz et coll. Le bien-être des Canadiens au cours de la première année de la pandémie de la COVID-19. *Statistique Canada : Série de documents de recherche – Revenu*. 15 avril 2021.
12. Khanlou, N., A. Ssawe, LM. Vazquez et coll. *COVID-19 pandemic guidelines for mental health support of racialized women at risk of gender-based violence: Knowledge synthesis report*. Financé par la subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : Knowledge Synthesis: COVID-19 in Mental Health & Substance Use. Université de York. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52062.html>
13. Wenham, C., J. Smith, SE. Davies et coll. Women are most affected by pandemics - Lessons from past outbreaks. *Nature* 2020; 583(7815) :194-198.
14. Onyango, M. Sexual and gender-based violence during COVID-19 : Lessons from Ebola. *The Conversation*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://theconversation.com/sexual-and-gender-based-violence-during-covid-19-lessons-from-ebola-137541>
15. Arriagada, P., T. Hahmann, V. O'Donnell. Les perceptions des Autochtones à l'égard de la sécurité pendant la pandémie de COVID-19. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
16. Jenkins, EK., C. McAuliffe, S. Hirani, C. Richardson, KC. Thomson, L. McGuinness, J. Morris, A. Kousoulis, A. Gadermann. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive Medicine* 2021. Avril. 145:106333.
17. Statistique Canada. *Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm>.
18. Statistique Canada. *Répercussions sur les immigrants et les personnes désignées comme minorités visibles*. (n° 11-631-X au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-fra.htm>
19. Bleakney, A., H. Masoud, H. Robertson. Les répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des Autochtones : mars à août 2020. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
20. Bleakney, A., H. Masoud, H. Robertson. Répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des Autochtones vivant hors réserve dans les provinces : mars 2020 à août 2021. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2021,
21. Prokopenko, E. et C. Kevins. Vulnérabilités liées à la COVID-19 chez les Canadiens et les Canadiennes LGBTQ2+. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.

22. Stonewall. *Out of the Margins: LBT + Exclusion through the Lens of the SDGs. Report on key research findings from the global Out of the Margins network*. Avril 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://outofthemargins.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/Out-of-the-Margins-report-2020.pdf>.
23. Trudell, AL., E. Whitmore. Pandemic meets Pandemic: Understanding the Impacts of COVID19 on Gender-Based Violence Services and Survivors in Canada. Ottawa et London (Ontario) : Ending Violence Association of Canada & Anova. 2020.
24. Alimi S., J. Abbas. Parliamentary Brief : The Impact of COVID-19 on Women living with Disabilities in Canada. *Réseau d'action des femmes handicapées du Canada* 2020.
25. Hearne, BN. Psychological distress across intersections of race/ethnicity, gender, and marital status during the COVID-19 pandemic. *Ethnicity & Health* 2021; 1-20.
26. Robertson L., ER. Akre, G. Gonzales. Mental health disparities at the intersections of gender identity, race, and ethnicity. *LGBT Health* 2021; 8(8): 526-535.
27. Walubita, T., A.L. Beccia, E. Boama-Nyarko et coll. Complicating narratives of sexual minority mental health: An intersectional analysis of frequent mental distress at the intersection. *Ethnicity & Health* 2021; 1-20.
28. CAMH. Mental health in Canada: COVID-19 and beyond. *CAMH Policy Advice* 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf>.
29. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics et Violence against Women of Color. *Stanford Law Review* 1991; 43(6) :1241-1299.
30. Bowleg L. The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality-an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*. Mai 2012; 102(7) : 1267-73.
31. Bauer, GR., SM. Churchill, M. Mahendran et coll. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *Social Science & Medicine – Population Health* 2021; 14 :100798.
32. Kira, IA., HAM. Shuwiekh, A. Alhuwailah et coll. The effects of COVID-19 and collective identity trauma (intersectional discrimination) on social status and well-being. *Traumatology* 2020; 26(4) : 401-411.
33. Mancenido A., EC. Williams, A. Hajat. Examining psychological distress across intersections of immigrant generational status, race, poverty, and gender. *Community Mental Health Journal* 2020; 56(7) :1269-1274.
34. Trygg, NF., A. Månsdotter, PE. Gustafsson. Intersectional inequalities in mental health across multiple dimensions of inequality in the Swedish adult population. *Social Science & Medicine* 2021; 283 : 114184.
35. Bergey, M, G. Chiri, NLB. Freeman, TI. Mackie. Mapping mental health inequalities: The intersecting effects of gender, race, class, and ethnicity on ADHD diagnosis. *Sociology of Health & Illness* 2022; 44(2) : 449-466.
36. Eisenberg, M.E., A.L. Gower, G. Nic Rider et coll. At the intersection of sexual orientation and gender identity: Variations in emotional distress and bullying experience in a large population-based sample of U.S. adolescents. *Journal of LGBT Youth* 2019; 16(3) : 235-254.
37. Etowa J., Y. Sano, I. Hyman et coll. Difficulties accessing health care services during the COVID-19 pandemic in Canada: examining the intersectionality between immigrant status and visible minority status. *International Journal for Equity in Health* 2021; 20 : 255.
38. Everett ,BG., SM. Steele, AK. Matthews, TL. Hughes. Gender, race, and minority stress among sexual minority women: An intersectional approach. *Archives of Sexual Behavior* 2019; 48(5) : 1505-1517.
39. Jones, M.S., V. Womack, G. Jérémie-Brink et DD. Dickens. Gendered racism and mental health among young adult U.S. Black women: The moderating roles of gendered racial identity centrality and identity shifting. *Sex Roles* 2021; 85(3-4) : 221-231.
40. Kem, MR., EL. Duinhof, SD. Walsh et coll. Intersectionality and adolescent mental well-being: A cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender. *Journal of Adolescent Health* 2020; 66(6S) : S12-S20.
41. Rodriguez-Seijas C., NR. Eaton, JE. Pachankis. Prevalence of psychiatric disorders at the intersection of race and sexual orientation: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions-III. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019; 87(4) : 321-331.
42. Colley, RC., J. Watt. Les répercussions inégales de la pandémie de COVID-19 sur les habitudes d'activité physique des Canadiens. *Rapports sur la santé* 2022; 33(5) : 22-33.
43. Horsman, J., W. Furlong, D. Feeney et coll. The Health Utilities Index (HUI): Concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1 : 54.
44. Feng, Y., J. Bernier, C. McIntosh, H. Orpana. Validation of disability categories derived from Health Utilities Index Mark 3 scores. *Health Reports*. Juin 2009; 20(2) : 43-50.
45. Mahendran, M. Evaluating quantitative methods for intercategory-intersectionality research: a simulation study. *Electronic Thesis and Dissertation Repository* 6913. 2020. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/6913>
46. Brown, M. Gender and sexuality I: intersectional anxieties. *Progress in Human Geography* 2012; 36(4) : 541-550.
47. Wilk, P., A. Maltby, M. Cooke. Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—a scoping review. *Public Health Reviews*. 2017; 38 :8.
48. Arriagada, P., T. Hahmann, V. O'Donnell. Les Autochtones vivant en milieu urbain : Vulnérabilités aux répercussions socioéconomiques de la COVID-19. *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* (n° 45-28-0001 au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2020.
49. Erving, CL., CS. Thomas, C. Frazier. Is the Black-White Mental Health Paradox Consistent Across Gender and Psychiatric Disorders? *American Journal of Epidemiology*. 1^{er} février 2019; 188(2) : 314-322.

-
50. Thomas Tobin, CS, CL. Erving, TW. Hargrove, LA. Satcher. Is the Black-White mental health paradox consistent across age, gender, and psychiatric disorders? *Aging & Mental Health*. Janvier 2022; 26 (1) :196-204.
51. Ng E, H. Zhang. La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national. *Rapports sur la santé* 2020; 31(8) : 3-12.
52. Augsberger, A., A. Yeung, M. Dougher, HC. Hahm. Factors influencing the underutilization of mental health services among Asian American women with a history of depression and suicide. *BMC Health Services Research* 2015; 15 : 542.
53. Kousoulis, AA., T. Van Bortel, P. Hernandez, A. John. The long term mental health impact of COVID-19 must not be ignored. *BMJ Opinion* 2020.