

Rapports sur la santé

Troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

Date de diffusion : le 17 décembre 2025



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 la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2025

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.

Troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée

par Md Kamrul Islam  et Heather Gilmour

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202501200002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Un nombre croissant de Canadiennes et de Canadiens vivent avec des problèmes de santé mentale, y compris des troubles de l'humeur. Cependant, peu d'études ont porté sur la prévalence des troubles de l'humeur et les facteurs qui leur sont associés au sein de la population canadienne âgée (65 ans et plus).

Données et méthodologie

Un échantillon groupé composé de 172 524 Canadiennes et Canadiens âgés vivant dans la collectivité a été constitué à partir de neuf cycles de l'Enquête annuelle sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), menés de 2015 à 2022. Cet échantillon a été utilisé pour analyser les troubles de l'humeur ainsi que leurs corrélats. Une régression logistique multivariée et stratifiée selon le sexe a été mise en œuvre pour déterminer les facteurs associés aux troubles de l'humeur.

Résultats

De 2015 à 2023, en moyenne, 7,0 % de la population canadienne âgée a déclaré un diagnostic de trouble de l'humeur, et les femmes (8,3 %) étaient plus susceptibles que les hommes (5,5 %) d'en avoir déclaré un. Dans une analyse à plusieurs variables tenant compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi que de facteurs liés à la santé, les Autochtones (hommes et femmes) étaient plus susceptibles de présenter des troubles de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées. Les hommes sud-asiatiques et chinois, ainsi que les femmes noires et celles appartenant à d'autres groupes racisés, étaient considérablement moins susceptibles d'avoir des troubles de l'humeur que leurs pairs non autochtones et non racisés. Le fait de vivre seul, d'être un homme immigrant et de faire partie d'un ménage à plus faible revenu étaient tous des facteurs associés à une probabilité plus élevée d'éprouver des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée.

Interprétation

Les résultats de la présente étude soulignent l'importance de tenir compte des groupes de population racisés ainsi que des facteurs socioéconomiques et géographiques de même que des facteurs liés à la santé, en les analysant séparément selon le sexe, afin d'orienter les programmes de dépistage et d'intervention visant les troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée.

Mots-clés

troubles mentaux, populations racisées, fait de vivre seul, statut d'immigrant, COVID-19

AUTEURS

Md Kamrul Islam et Heather Gilmour travaillent à la Division de l'analyse et de la modélisation de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Un nombre croissant de Canadiennes et de Canadiens présentent des problèmes de santé mentale, y compris des troubles de l'humeur. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir des troubles de l'humeur que les hommes.
- Les troubles de l'humeur peuvent avoir de nombreuses conséquences négatives sur la santé physique, le fonctionnement social et la qualité de vie.
- Les troubles de l'humeur sont associés à des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi qu'à des facteurs liés à la santé.

Ce qu'apporte l'étude

- Au sein de la population canadienne âgée, les femmes étaient considérablement plus susceptibles que les hommes de faire état de troubles de l'humeur, même après la prise en compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi que de facteurs liés à la santé.
- Les Autochtones étaient plus susceptibles de présenter des troubles de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées, ce qui a été observé tant chez les hommes que chez les femmes. Les personnes appartenant aux groupes de population « Chinois », « Noir » et « autres personnes racisées » étaient moins susceptibles de faire état d'un diagnostic de trouble de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées.
- Le fait de vivre seul était associé à une probabilité plus élevée d'éprouver des troubles de l'humeur que celui de vivre en famille ou avec d'autres personnes, tant chez les hommes que chez les femmes. De manière similaire, le revenu du ménage était inversement associé aux troubles de l'humeur.
- Chez les hommes, les immigrants étaient plus susceptibles de présenter des troubles de l'humeur que les personnes nées au Canada. Les immigrantes affichaient une probabilité légèrement plus faible de déclarer des troubles de l'humeur.

Un nombre croissant de Canadiennes et de Canadiens présentent des problèmes de santé mentale, y compris des troubles de l'humeur¹⁻². En 2022, on estimait que 4,7 millions de personnes de 15 ans et plus (15,6 %) avaient fait état d'un diagnostic de trouble de l'humeur au cours de leur vie, les taux étant plus élevés chez les femmes (18,4 %) que chez les hommes (12,6 %)³. Toutefois, cette estimation peut être inférieure à la réalité, car de nombreuses personnes présentant des symptômes ne sont pas diagnostiquées ou ne consultent pas de professionnel de la santé⁴⁻⁵, notamment en raison de divers facteurs comme la stigmatisation, un manque de sensibilisation et une faible littératie en matière de santé mentale^{4,6}.

Les troubles de l'humeur englobent un éventail de problèmes de santé qui touchent l'état émotionnel des personnes, notamment les troubles bipolaires, les troubles dépressifs majeurs, les troubles cyclothymiques et la manie⁷⁻⁸. Dans la plupart des cas, ces problèmes de santé ont des effets négatifs sur le bien-être physique, le fonctionnement social et la qualité de vie⁹⁻¹¹. Par exemple, une méta-analyse portant sur plus de 91 millions de personnes¹² a révélé que la probabilité d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19 était plus élevée chez les personnes présentant des troubles de l'humeur préexistants. Parker et ses collaborateurs⁹ ont constaté que les personnes atteintes de troubles bipolaires étaient de 1,4 à 2,3 fois plus susceptibles de faire face à l'endettement, d'éprouver des difficultés scolaires ou d'être exposées à des risques de préjudice. Les personnes atteintes de troubles unipolaires étaient quant à elles de 1,1 à 1,7 fois plus susceptibles de vivre un retrait social, d'éprouver

une satisfaction à l'égard de la vie et un bien-être moindres, d'avoir peu d'ambition et de laisser passer des occasions opportunes.

Les études antérieures sur les déterminants sociaux de la santé mentale ont mis en évidence plusieurs facteurs ayant une incidence sur les troubles mentaux courants, y compris les contextes sociaux, économiques et physiques dans lesquels on vit¹³⁻¹⁵. Ces études ont montré que les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur sont plus à risque d'éprouver des troubles mentaux découlant de circonstances quotidiennes, de conditions de vie précaires et d'un sentiment de perte de contrôle¹⁶. Parmi d'autres facteurs, la situation dans le ménage¹⁷, le statut d'immigrant¹⁸⁻¹⁹, le fait de vivre en milieu urbain¹³ et le stress dans la vie²⁰ ont été associés à des troubles mentaux, y compris les troubles de l'humeur.

Même si de nombreuses études ont porté sur les facteurs associés aux troubles de l'humeur dans la population générale (12 ans et plus)²¹⁻²³, peu se sont concentrées sur la population canadienne âgée (65 ans et plus). Les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population au Canada : elles en constituaient 19,9 % en 2024, et cette proportion devrait atteindre entre 21,9 % (scénario de vieillissement lent) et 32,3 % (scénario de vieillissement rapide) d'ici 2073²⁴. Les personnes âgées sont plus vulnérables que les jeunes adultes aux effets négatifs des troubles de l'humeur, dont les troubles comorbides, le déclin cognitif, un risque accru de suicide et une mortalité plus élevée²⁵⁻²⁶. D'autres recherches

sont nécessaires pour examiner les variations des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée, notamment en ce qui concerne les différences entre les sexes. Ces observations pourraient contribuer à orienter l'élaboration de politiques et de mesures de prévention axées sur l'égalité entre les sexes afin de soutenir les personnes âgées vulnérables au sein de la population canadienne.

La présente étude vise à combler ces lacunes grâce à l'examen de la prévalence des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée (65 ans et plus) et des facteurs qui leur sont associés. Les données recueillies au cours de plusieurs cycles (2015 à 2023) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été regroupées afin d'obtenir un échantillon suffisamment important pour permettre une analyse détaillée, ventilée selon le sexe, et des comparaisons entre des sous-groupes de population. Fondée sur la littérature relative aux déterminants sociaux de la santé mentale¹³⁻¹⁵, l'étude traite des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques associés aux troubles de l'humeur.

Méthodologie

Sources des données

L'ESCC est une enquête transversale représentative à l'échelle nationale dans le cadre de laquelle on recueille des renseignements auprès de la population canadienne de 12 ans et plus (2015 à 2022) vivant dans des logements privés; elle vise l'ensemble des provinces et des territoires. Dans l'ESCC de 2023, les données ont été recueillies auprès de la population de 18 ans et plus. Ont été exclus de l'enquête les personnes vivant dans les réserves autochtones et d'autres peuplements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant en établissement institutionnel ainsi que les résidents de certaines régions éloignées.

Au cours des cycles de l'ESCC menés de 2015 à 2020, les données ont été recueillies au moyen d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) et d'interviews sur place assistées par ordinateur (IPAO). En 2021, les données ont été recueillies uniquement au moyen d'ITAO en raison de la pandémie de COVID-19. À partir de 2022, les données de l'ESCC ont été recueillies au moyen d'un questionnaire électronique (QE), pour lequel un suivi a été effectué à l'aide d'ITAO ou d'IPAO en cas de non-réponse. Une description détaillée des bases de sondage et des stratégies de collecte des données de l'ESCC est disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1383236. Les taux de réponse à l'Enquête canadienne sur la santé dans les collectivités (ECSC) variaient de 62,8 % en 2017 à un minimum de 24,1 % en 2021. La documentation détaillée sur l'enquête la plus récente est disponible à l'adresse suivante :

https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1496481.

Échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude est limité aux personnes de 65 ans et plus. Les cas manquants (non déclarés) pour la variable sur les troubles de l'humeur (n = 412) ont été exclus de l'analyse. Les répondants vivant dans les trois territoires ont également été exclus parce que les données n'étaient pas disponibles dans les fichiers de données pour une seule année. Ainsi, l'échantillon final de l'étude comprend 172 524 répondants de 65 ans et plus (76 238 hommes et 96 286 femmes) vivant dans la communauté et étant résidents de l'une des 10 provinces au cours de la période de 2015 à 2023.

Définitions

Troubles de l'humeur

On a demandé aux répondants : « Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? » On leur a indiqué de répondre « oui » si leur état avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé et avait duré, ou devait durer, au moins six mois.

Covariables

La sélection des covariables démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi que de celles liées à la santé en vue des analyses multivariées a été guidée par la littérature sur les déterminants sociaux de la santé mentale¹³⁻¹⁵ et la disponibilité des données de l'ESCC.

L'ESCC permet de recueillir, le cas échéant, des renseignements sur l'identité autochtone des répondants — Premières Nations (y compris les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits), Métis ou Inuit — ou de déterminer leur appartenance à un ou à plusieurs groupes racisés ou culturels. En fonction de ces renseignements et de la taille de l'échantillon disponible, six groupes de population ont été créés : Autochtone; Sud-Asiatique; Chinois; Noir; autres personnes racisées; personnes non autochtones et non racisées. La catégorie « autres personnes racisées » comprend les groupes de population pour lesquels l'échantillon était trop petit pour permettre une analyse distincte (Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen, Japonais, groupes racisés non inclus ailleurs et groupes racisés multiples).

Les renseignements sur le genre n'étaient disponibles que pour une partie de la période à l'étude (2019 à 2023). Par conséquent, le sexe à la naissance (homme ou femme) a été utilisé dans la présente analyse. L'âge des répondants reposait sur une catégorisation distinguant trois groupes : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. La situation dans le ménage a été ventilée comme suit : les personnes vivant seules ou celles vivant avec des membres de leur famille ou d'autres personnes.

Le niveau de scolarité des répondants a été décliné en deux catégories : sans études postsecondaires ou études postsecondaires. Le revenu du ménage a quant à lui été divisé en cinq catégories : inférieur (déciles 1 et 2); intermédiaire-inférieur (déciles 3 et 4); intermédiaire (déciles 5 et 6); intermédiaire-supérieur (déciles 7 et 8); supérieur (déciles 9 et 10). Le statut d'immigrant a été codé comme suit : immigrant ou personne née au Canada.

Des renseignements sur huit problèmes de santé chroniques étaient systématiquement pris en compte dans les neuf cycles de l'ESCC utilisés aux fins de cette analyse : l'arthrite, l'hypertension artérielle, les niveaux élevés de cholestérol ou de lipides dans le sang, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence. Par « multimorbidité », on entend le fait de présenter deux problèmes de santé chroniques ou plus, diagnostiqués par un professionnel de la santé, qui ont duré ou devraient durer au moins six mois.

La perception du stress dans la vie a été mesurée à l'aide de la question suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? » En 2022 et en 2023, la question a été légèrement modifiée : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, comment décririez-vous la plupart de vos journées? » Cette variable a été dichotomisée de la façon suivante : vie stressante (pas tellement, un peu, assez ou extrêmement stressante) ou vie pas du tout stressante.

Le lieu de résidence a été codé selon qu'il se trouve en région rurale (moins de 1 000 habitants) ou en région urbaine (1 000 habitants ou plus). Le moment de la tenue de l'enquête a été classifié comme suit : avant la pandémie de COVID-19 (janvier 2015 à mars 2020) ou pendant la pandémie de COVID-19 (septembre 2020 à décembre 2023).

Approche analytique

Neuf cycles de l'ESCC, couvrant la période de 2015 à 2023, ont été combinés selon l'approche groupée. Les données-échantillons étaient combinées au niveau individuel, afin que l'ensemble de données qui en résulte puisse être traité comme s'il s'agissait d'un échantillon d'une seule population²⁷. Les poids d'échantillonnage et les poids bootstrap originaux ont été remis à l'échelle par un facteur de neuf; les estimations en résultant sont interprétées comme si elles représentaient les caractéristiques de la population moyenne de 2015 à 2023. Une description détaillée de l'approche groupée pour combiner les cycles de l'ESCC est disponible à l'adresse suivante : les cycles de l'ESCC sont disponibles dans Thomas et Wannell.²⁷

L'approche groupée peut masquer les tendances d'un cycle à l'autre en ce qui concerne les troubles de l'humeur, mais cet effet ne remet pas en cause sa pertinence²⁷. Néanmoins, les changements dans la prévalence des troubles de l'humeur au cours de la période à l'étude ont été évalués. De manière générale, la prévalence des troubles de l'humeur est demeurée stable au cours de cette période, à l'exception de quelques augmentations modestes observées chez les hommes et l'ensemble de la population en 2017, ainsi que chez les deux sexes en 2022 et en 2023 (tableau 1). Après l'augmentation enregistrée en 2017, la prévalence affichait de nouveau une tendance stable. Le taux de réponse à l'enquête a été le plus élevé en 2017, mais son effet sur la prévalence des troubles de l'humeur demeure inconnu. Pour vérifier si cette hausse a pu influencer les résultats, des analyses supplémentaires ont été effectuées en excluant le cycle de 2017 de l'ESCC. Les résultats sont demeurés les mêmes (données non présentées).

L'augmentation de la prévalence des troubles de l'humeur en 2022 et en 2023 pourrait être attribuable à la pandémie de COVID-19, qui a été associée à une prévalence accrue de ceux-ci au sein de la population canadienne²⁸. De plus, la transition vers un QE en 2022 a pu influencer les estimations. Une

Tableau 1

Pourcentage de personnes ayant déclaré des troubles de l'humeur, population à domicile de 65 ans et plus, Canada (à l'exclusion des territoires), 2015 à 2023

Année	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
2015 [†]	6,1	5,5	6,7	4,5	3,8	5,3	7,4	6,6	8,3
2016	6,2	5,7	6,8	4,5	3,9	5,2	7,7	6,8	8,6
2017	7,3 *	6,7	7,9	6,0 *	5,1	6,9	8,4	7,6	9,3
2018	6,3	5,8	6,9	5,1	4,3	5,9	7,4	6,6	8,3
2019	6,4	5,9	6,9	5,3	4,7	6,0	7,3	6,6	8,0
2020	6,6	6,1	7,2	5,1	4,4	5,9	7,9	7,2	8,8
2021	6,8	6,2	7,4	4,8	4,1	5,6	8,5	7,6	9,5
2022	8,1 *	7,5	8,7	6,8 *	6,1	7,6	9,2 *	8,4	10,1
2023	8,5 *	8,0	9,1	6,9 *	6,2	7,6	10,0 *	9,2	10,9

[†] catégorie de référence

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2023.

variable du moment de la tenue de l'enquête (avant la pandémie de COVID-19 ou pendant la pandémie de COVID-19) a été incluse dans le modèle multivarié pour tenir compte d'un effet de cycle potentiel.

La composition de la population à l'étude a également été comparée de 2015 à 2023 (données non présentées) afin d'évaluer l'évolution des variables incluses. Les résultats ont montré une augmentation importante de la proportion de femmes chinoises, d'hommes sud-asiatiques, de personnes de 75 à 84 ans, de personnes vivant seules, de ménages des quintiles de revenu supérieurs, de personnes atteintes de multimorbidité et de personnes déclarant un stress dans la vie. À l'inverse, des diminutions ont été observées chez les hommes noirs, les femmes appartenant à d'autres groupes racisés, les personnes de 65 à 74 ans et les immigrantes. Certaines de ces tendances, telles que l'augmentation de l'âge moyen, la multimorbidité et le nombre de personnes vivant seules, pourraient refléter le vieillissement de la population au Canada au cours de la période à l'étude. Bien que la population immigrante canadienne ait augmenté, la majorité des nouveaux arrivants sont âgés de moins de 65 ans²⁹.

Des pourcentages pondérés et des tableaux croisés des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée ont été estimés. Une régression logistique multivariée a permis d'évaluer l'association entre la présence de troubles de l'humeur et de covariables démographiques, socioéconomiques et géographiques et de celles liées à la santé. Les pourcentages de cas manquants dans les covariables étaient relativement faibles, allant de 0,04 % (situation dans le ménage) à 1,9 % (groupes de population). Une suppression des cas manquants d'après une liste a été appliquée à l'analyse de régression.

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés dans les analyses pour tenir compte du plan de sondage et de la non-réponse. Des poids bootstrap ont également été inclus dans les analyses à l'aide de la version 11.0.3 du logiciel SUDAAN exécutable par SAS pour prendre en considération la sous-estimation des erreurs-types³⁰. Le niveau de signification a été établi à $p < 0,05$. Les différences entre les groupes de référence et entre les sexes ont été calculées à l'aide de tests t .

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

La population à l'étude comprenait la population canadienne âgée vivant dans des logements privés dans les 10 provinces, de 2015 à 2023 (46,5 % d'hommes et 53,5 % de femmes). La majorité de ces personnes (60,1 %) faisaient partie du groupe des 65 à 74 ans, et 86,5 % d'entre elles appartenaient à la population non autochtone et non racisée. De plus amples renseignements sont fournis à l'annexe A.

Prévalence des troubles de l'humeur

De 2015 à 2023, en moyenne, 7,0 % des Canadiennes et Canadiens âgés ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur. Les femmes (8,3 %) étaient plus susceptibles que les hommes (5,5 %) de déclarer un tel diagnostic. Les Autochtones présentaient une prévalence des troubles de l'humeur plus élevée (10,4 %) que les personnes non autochtones et non racisées (7,2 %), et une tendance similaire se dégageait entre les deux sexes au sein de ce groupe de population (tableau 2).

Chez les Chinois, la prévalence des troubles de l'humeur était plus faible que celle observée chez les personnes non autochtones et non racisées, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, les Noirs et les autres personnes racisées affichaient une prévalence plus faible chez les femmes, comparativement aux personnes non racisées et non autochtones, ce qui n'était pas le cas pour les hommes.

La prévalence des troubles de l'humeur était plus élevée chez les personnes vivant seules que chez celles vivant avec leur famille ou d'autres personnes, tant chez les hommes que chez les femmes. La population canadienne âgée dont le ménage avait un revenu plus faible présentait une prévalence plus élevée des troubles de l'humeur que celles situées dans le quintile de revenu supérieur. Dans l'ensemble, les immigrants étaient moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir des troubles de l'humeur, bien que cette différence ne soit notable que chez les femmes. Les prévalences pour les autres covariables sont présentées au tableau 2.

Facteurs associés aux troubles de l'humeur

Les femmes étaient 1,4 fois plus susceptibles que les hommes de faire état de troubles de l'humeur, même en tenant compte des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi que des facteurs liés à la santé. Les Autochtones étaient également 1,4 fois plus susceptibles d'indiquer avoir des troubles de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées (1,6 fois chez les hommes et 1,2 fois chez les femmes) (tableau 3).

Au sein du groupe de population sud-asiatique, aucune différence globale n'a été observée, mais les hommes étaient considérablement moins susceptibles de faire état de troubles de l'humeur (0,6 fois) que leurs pairs non autochtones et non racisés. Chez les Chinois, les hommes affichaient aussi une probabilité plus faible et ce constat s'appliquait à eux seuls.

En revanche, les femmes noires et celles appartenant à d'autres groupes racisés étaient dans l'ensemble moins susceptibles d'avoir des troubles de l'humeur (0,6 et 0,8 fois, respectivement) que les femmes non autochtones et non racisées, même après la prise en compte de tous les autres facteurs. Cette différence persistait uniquement chez les femmes.

Tableau 2

Pourcentage de personnes ayant déclaré des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée (65 ans et plus), selon certaines caractéristiques contextuelles, Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2023

Caractéristiques	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Total	7,0	6,8	7,2	5,5	5,3	5,8	8,3 [†]	8,0	8,6
Groupe de population									
Autochtone	10,4 [*]	9,1	11,7	8,8 [*]	7,0	10,9	11,8 ^{†*}	10,2	13,6
Sud-Asiatique	5,5 ^E	4,1	7,5	4,2 ^E	3,0	6,0	7,0	4,5	10,8
Chinois	4,0 [*]	3,1	5,1	2,5 ^E	1,7	3,9	5,5 ^E	4,0	7,6
Noir	5,0 ^E	3,4	7,3	4,6 ^E	2,5	8,5	5,3 ^E	3,3	8,5
Autres personnes racisées	6,0 [*]	5,0	7,2	6,1	4,6	8,1	5,9 ^E	4,6	7,6
Personnes non autochtones et non racisées [†]	7,2	7,0	7,4	5,6	5,3	5,9	8,5 [†]	8,2	8,8
Groupe d'âge									
65 à 74 ans [†]	7,9	7,6	8,1	6,0	5,7	6,3	9,6 [†]	9,2	10,0
75 à 84 ans	5,7 [*]	5,4	6,0	4,5	4,1	5,0	6,7 ^{†*}	6,2	7,1
85 ans et plus	5,5 [*]	5,0	6,2	5,3	4,4	6,3	5,7 [*]	5,0	6,5
Situation dans le ménage									
Personne vivant seule	8,4 [*]	8,1	8,7	7,2 [*]	6,7	7,6	9,0 ^{†*}	8,7	9,4
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes [†]	6,4	6,1	6,6	5,0	4,8	5,3	7,8 [†]	7,5	8,2
Niveau de scolarité									
Sans études postsecondaires	7,0	6,7	7,2	5,5	5,1	5,8	8,0 [†]	7,7	8,4
Études postsecondaires [†]	7,0	6,8	7,3	5,5	5,2	5,9	8,5 [†]	8,1	8,9
Revenu du ménage									
Inférieur (déciles 1 et 2)	8,8 [*]	8,4	9,2	7,1 [*]	6,5	7,7	9,9 ^{†*}	9,3	10,4
Intermédiaire-inférieur (déciles 3 et 4)	7,1 [*]	6,7	7,5	6,1 [*]	5,6	6,7	7,9 ^{†*}	7,4	8,4
Intermédiaire (déciles 5 et 6)	6,5 [*]	6,0	6,9	5,0 [*]	4,5	5,6	7,8 [†]	7,2	8,5
Intermédiaire-supérieur (déciles 7 et 8)	6,2 [*]	5,7	6,6	4,8 [*]	4,3	5,4	7,5 [†]	6,9	8,3
Supérieur (déciles 9 et 10) [†]	5,3	4,8	5,8	3,8	3,3	4,4	6,9 [†]	6,2	7,8
Statut d'immigrant									
Immigrant	6,3 [*]	5,9	6,7	5,5	5,0	6,1	7,0 ^{†*}	6,4	7,6
Personne née au Canada [†]	7,3	7,1	7,5	5,5	5,2	5,8	8,8 [†]	8,5	9,1
Personne présentant une multimorbidité									
Oui	9,0 [*]	8,7	9,3	7,3 [*]	6,9	7,7	10,6 ^{†*}	10,1	11,0
Non [†]	4,9	4,7	5,1	3,6	3,4	3,9	5,9 [†]	5,6	6,2
Perception du stress dans la vie									
Vie stressante	8,5 [*]	8,2	8,7	6,8 [*]	6,5	7,1	9,8 [*]	9,5	10,2
Vie pas du tout stressante [†]	2,5	2,3	2,8	2,2	1,9	2,6	2,9 [†]	2,6	3,2
Lieu de résidence									
Région urbaine	7,1 [*]	6,9	7,4	5,7 [*]	5,4	6,0	8,4 [†]	8,0	8,7
Région rurale	6,3	6,0	6,7	4,8	4,4	5,2	7,9 [†]	7,4	8,5
Moment de la tenue de l'enquête									
Avant la pandémie de COVID-19 [†]	6,5	6,2	6,7	5,1	4,8	5,4	7,7 [†]	7,3	8,0
Pendant la pandémie de COVID-19	7,6 [*]	7,3	7,9	6,0 [*]	5,6	6,4	9,0 ^{†*}	8,6	9,4

[†] catégorie de référence

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

[†] valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$)

E à utiliser avec prudence

Note : La catégorie « autres personnes racisées » comprend les personnes appartenant à d'autres groupes racisés, dont les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens, les Japonais, ainsi que les groupes racisés non inclus ailleurs et les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés. La catégorie « autochtone » comprend les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2023.

Tableau 3

Rapports de cotes exprimant le risque plus élevé de présenter des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée (65 ans et plus), Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2023

Caractéristiques	Sexe à la naissance								
	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	RCc	de	à	RCc	de	à	RCc	de	à
Groupe de population									
Autochtone	1,4 *	1,2	1,6	1,6 *	1,3	2,1	1,2 *	1,0	1,5
Sud-Asiatique	0,7	0,5	1,1	0,6 *	0,4	1,0	0,8	0,5	1,4
Chinois	0,5 *	0,4	0,7	0,3 *	0,2	0,5	0,7	0,5	1,0
Noir	0,6 *	0,4	0,9	0,6	0,3	1,4	0,5 *	0,3	0,9
Autres personnes racisées	0,8 *	0,6	1,0	0,9	0,7	1,3	0,7 *	0,5	0,9
Personnes non autochtones et non racisées [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Sexe à la naissance									
Femme	1,4 *	1,3	1,5	...	...	...	...	...	...
Homme [†]	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Groupe d'âge									
65 à 74 ans [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
75 à 84 ans	0,6 *	0,6	0,7	0,7 *	0,6	0,7	0,6 *	0,6	0,7
85 ans et plus	0,6 *	0,5	0,6	0,7 *	0,6	0,9	0,5 *	0,4	0,6
Situation dans le ménage									
Personne vivant seule	1,2 *	1,1	1,3	1,3 *	1,2	1,5	1,2 *	1,1	1,2
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité									
Sans études postsecondaires	0,9 *	0,9	1,0	0,9 *	0,8	1,0	0,9	0,9	1,0
Études postsecondaires [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Revenu du ménage									
Inférieur (déciles 1 et 2)	1,7 *	1,5	1,9	2,0 *	1,6	2,4	1,6 *	1,4	1,8
Intermédiaire-inférieur (déciles 3 et 4)	1,4 *	1,3	1,6	1,7 *	1,4	2,0	1,2 *	1,1	1,4
Intermédiaire (déciles 5 et 6)	1,3 *	1,1	1,4	1,4 *	1,2	1,7	1,2	1,0	1,4
Intermédiaire-supérieur (déciles 7 et 8)	1,2 *	1,0	1,3	1,3 *	1,1	1,6	1,1	0,9	1,3
Supérieur (déciles 9 et 10) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Statut d'immigrant									
Immigrant	1,0	0,9	1,1	1,2 *	1,1	1,4	0,9 *	0,8	1,0
Personne née au Canada [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Personne présentant une multimorbidité									
Oui	1,9 *	1,8	2,0	1,9 *	1,7	2,2	1,9 *	1,8	2,1
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Perception du stress dans la vie									
Vie stressante	3,1 *	2,8	3,5	3,0 *	2,5	3,5	3,3 *	2,9	3,7
Vie pas du tout stressante [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Lieu de résidence									
Région urbaine	1,1 *	1,0	1,2	1,2 *	1,1	1,3	1,1 *	1,0	1,2
Région rurale	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Moment de la tenue de l'enquête									
Avant la pandémie de COVID-19 [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Pendant la pandémie de COVID-19	1,1 *	1,0	1,2	1,1	1,0	1,2	1,1 *	1,0	1,2

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

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

Note : RCc = rapport de cotes corrigé. La taille de l'échantillon du modèle est de 73 184 pour les hommes et de 92 478 pour les femmes. La catégorie « autres personnes racisées » comprend les personnes appartenant à d'autres groupes racisés, dont les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens, les Japonais, ainsi que les groupes racisés non inclus ailleurs et les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés. La catégorie « autochtone » comprend les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2023.

Les personnes d'âge avancé étaient moins susceptibles de faire état de troubles de l'humeur que celles de 65 à 74 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Les personnes vivant seules étaient plus susceptibles de faire état de troubles de l'humeur (1,2 fois) que celles vivant avec des membres de leur famille ou d'autres personnes, une tendance notable tant chez les hommes (1,3 fois) que chez les femmes (1,2 fois).

Dans l'ensemble, la population canadienne âgée n'ayant pas fait d'études postsecondaires était moins susceptible de déclarer un diagnostic de trouble de l'humeur; ce résultat n'était notable que chez les hommes. Un faible revenu du ménage était associé à une probabilité plus élevée de présenter des troubles de l'humeur. Par exemple, les personnes vivant dans les ménages ayant le plus faible revenu étaient 1,7 fois plus susceptibles de faire état de troubles de l'humeur que celles vivant dans les ménages ayant le revenu le plus élevé (2,0 fois chez les hommes et 1,6 fois chez les femmes).

Chez les hommes, les immigrants étaient plus susceptibles que ceux nés au Canada (1,2 fois) de faire état de troubles de l'humeur, tandis que les immigrantes étaient moins susceptibles de déclarer en avoir que les femmes nées au Canada. Tant chez les hommes que chez les femmes, la population canadienne âgée présentant une multimorbidité était 1,9 fois plus susceptible d'avoir des troubles de l'humeur que celles sans multimorbidité. De manière similaire, les personnes qui évaluaient leur vie comme étant stressante étaient 3,1 fois plus susceptibles de souffrir de troubles de l'humeur que celles déclarant que leur vie n'était pas du tout stressante (3,0 fois chez les hommes et 3,3 fois chez les femmes).

La population canadienne âgée vivant dans des régions urbaines était plus susceptible de faire état de troubles de l'humeur que celle vivant dans des régions rurales. Enfin, les personnes qui ont participé à l'enquête pendant la pandémie étaient plus susceptibles d'être atteintes de troubles de l'humeur que celles y ayant répondu avant la pandémie, bien que cette différence ne soit importante que chez les femmes.

Discussion

Selon les données des cycles combinés de l'ESCC de 2015 à 2023, en moyenne, environ 7,0 % des Canadiennes et Canadiens âgés ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur. Les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de faire état d'un tel diagnostic, même après la prise en compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques ainsi que de facteurs liés à la santé. La différence entre les sexes à ce chapitre est l'un des constats vers lequel tendent invariablement les ouvrages de santé mentale^{4, 23, 31-33}. Selon cette littérature, des facteurs individuels et sociétaux contribuent à la prévalence plus élevée des troubles de l'humeur chez les femmes. Sur le plan sociétal, des facteurs comme les inégalités de genre et la discrimination peuvent aussi contribuer aux taux plus élevés observés chez les femmes^{32, 34}. Dans le cadre de recherches futures, on pourrait

examiner si ces facteurs s'appliquent de la même manière à tous les groupes d'âge chez les femmes.

Conformément à des études antérieures³⁵⁻³⁶, la présente analyse montre que les Autochtones étaient plus susceptibles d'éprouver des troubles de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées, tant chez les hommes que chez les femmes. Une étude reposant sur une méthodologie comparable a également révélé que les hommes autochtones étaient plus susceptibles de faire état d'un diagnostic de troubles anxieux que les hommes non autochtones et non racisés¹⁸. Il est important de noter qu'en excluant de l'échantillon analytique les territoires et les populations vivant dans les réserves, on obtient des résultats qui ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population autochtone. Chez les Autochtones, les piètres résultats en matière de santé mentale peuvent découler de facteurs tels que les traumatismes historiques et intergénérationnels, les disparités socioéconomiques, les obstacles géographiques à l'accès aux soins de santé et les iniquités persistantes en matière d'accès aux services de soins de santé³⁷⁻³⁸.

Au sein des groupes de population racisés, les hommes sud-asiatiques et chinois, ainsi que les femmes noires et celles appartenant à d'autres groupes racisés, étaient moins susceptibles de faire état d'un diagnostic de trouble de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées. Ce résultat concorde en partie avec le paradoxe de la santé mentale entre les Noirs et les Blancs, selon lequel les adultes noirs affichent des taux de troubles mentaux inférieurs ou comparables à ceux qu'enregistrent les adultes blancs, malgré une exposition plus grande à l'adversité, à la discrimination et aux désavantages socioéconomiques³⁹. Ce paradoxe remet en question l'hypothèse selon laquelle une plus grande adversité entraîne nécessairement une prévalence plus élevée de troubles mentaux. Bien que ce paradoxe ait surtout fait l'objet d'études aux États-Unis, les résultats qui en découlent demeurent mitigés³⁹⁻⁴⁰. Une étude antérieure fondée sur les données de l'ESCC a également révélé que les femmes noires étaient moins susceptibles de déclarer avoir une santé mentale passable ou mauvaise que les femmes blanches, contrairement à ce que l'on a observé chez les hommes noirs par rapport aux hommes blancs⁴¹. D'autres études canadiennes ont observé une prévalence plus faible des troubles de l'humeur diagnostiqués chez les personnes sud-asiatiques, chinoises et noires que chez les personnes non racisées^{2, 42}.

En ce qui a trait à la situation dans le ménage, les résultats indiquent que les personnes vivant seules étaient plus susceptibles de déclarer éprouver des troubles de l'humeur que celles vivant avec des membres de leur famille ou d'autres personnes. Cette constatation est conforme aux résultats d'études antérieures montrant un risque accru des troubles de l'humeur chez les personnes plus âgées vivant seules⁴³⁻⁴⁴.

L'absence de relations intergénérationnelles et de soutien familial⁴⁵⁻⁴⁶ pourrait en partie expliquer ce risque plus élevé. À ce sujet, Li et ses collaborateurs⁴⁴ ont montré que les

relations intergénérationnelles et le soutien familial étaient négativement associés à la dépression chez les personnes âgées.

Conformément à ce qui a été relevé dans des recherches antérieures, un faible revenu du ménage était associé à une probabilité plus élevée de présenter des troubles de l'humeur⁴⁷⁻⁴⁸. Cette tendance peut s'expliquer à la lumière de l'hypothèse de la causalité sociale, selon laquelle le stress, un moindre soutien social et une diminution de la capacité de faire face à l'adversité contribuent à l'apparition de troubles mentaux^{18, 47-48}.

Dans la présente étude, les hommes immigrants étaient légèrement plus susceptibles de déclarer un diagnostic de trouble de l'humeur, tandis que les immigrantes l'étaient légèrement moins comparativement aux femmes nées au Canada. Ces probabilités plus faibles pourraient en partie s'expliquer par la présence d'un réseau social fort, l'appartenance religieuse, le soutien communautaire, la résilience et des mécanismes d'adaptation, ainsi que « l'effet de l'immigrant en bonne santé »³⁹⁻⁴². À l'inverse, la probabilité la plus élevée de présenter des troubles de l'humeur chez les hommes immigrants pourrait s'expliquer par les effets cumulés de leurs trajectoires de vie, y compris le stress associé au fait d'élire domicile dans un nouveau pays, les perturbations dans le réseau social, une moindre satisfaction à l'égard de la vie et la discrimination perçue dans la société d'accueil⁴⁹.

Des taux plus faibles chez les immigrants pourraient refléter un sous-diagnostic plutôt que de véritables différences entre les groupes quant à la prévalence de déclaration d'un diagnostic de trouble de l'humeur. Ces écarts pourraient indiquer un accès limité à des soins adaptés sur le plan culturel, la stigmatisation et l'utilisation d'outils diagnostiques qui ne tiennent pas toujours compte du fait que l'expression de la détresse varie selon les réalités culturelles, ainsi que des problèmes d'ordre méthodologique comme le biais de sélection^{8, 40}. La stigmatisation peut aussi varier selon le lieu de naissance, ce qui influe sur la recherche d'aide et la reconnaissance des symptômes chez les immigrants par rapport aux personnes racisées nées au Canada⁴². Par conséquent, des recherches futures pourraient porter sur la façon dont les facteurs structurels et culturels, ainsi que le sexe et le lieu de naissance, ont une incidence sur la détection et la déclaration des troubles de l'humeur au sein des diverses populations racisées et immigrantes du Canada.

Sur le plan des facteurs physiques et psychosociaux, l'étude a mis en évidence des données probantes solides selon lesquelles la multimorbidité et le stress étaient tous deux associés à une probabilité plus élevée de présenter des troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée, tant chez les hommes que chez les femmes. Bien que le lien entre la multimorbidité et les troubles de l'humeur puisse être bidirectionnel⁵⁰, des études antérieures ont systématiquement montré que le risque de présenter des troubles mentaux courants était accru chez les personnes présentant une multimorbidité⁵¹⁻⁵². De manière similaire, le stress quotidien a été constamment associé à un risque accru de présenter des troubles mentaux⁵³⁻⁵⁴.

Points forts et limites

Les principaux points forts de la présente étude comprennent l'analyse distincte en fonction du sexe, rendue possible grâce à la grande taille de l'échantillon, ainsi que l'examen d'un large éventail de covariables. Toutefois, l'échantillon n'était pas suffisamment important pour permettre des analyses plus détaillées selon les groupes de population (p. ex. Premières Nations, Métis et Inuit) ni pour explorer la durée de résidence au Canada ou le pays d'origine des immigrants, ou encore pour étudier l'intersectionnalité et la diversité au sein des groupes.

En 2022, on a mis en œuvre un changement dans le mode de collecte de l'ESCC, passant des ITAO et IPAO à un format de QE avec un suivi des cas de non-réponse au moyen d'ITAO et d'IPAO. Par conséquent, les estimations reposant sur les données de l'ESCC recueillies avant 2022 peuvent différer de celles fondées sur les données dont la collecte a eu lieu en 2022 et en 2023. Pour évaluer cet effet, une analyse distincte fondée sur les données combinées de l'ESCC de 2015 à 2021 a été effectuée. Les estimations obtenues étaient comparables à celles fondées sur les données de 2015 à 2023 (données non présentées).

La variable « province » n'a pas été incluse comme covariable dans l'analyse multivariée. Cependant, une analyse supplémentaire incluant la province a produit des estimations de rapports de cotes très comparables (données non présentées). Afin d'examiner davantage la robustesse des résultats, un modèle de régression logistique à niveaux multiples, plaçant les participants à l'enquête au niveau 1 et les provinces, au niveau 2, a été calibré. Les résultats ont montré de très faibles corrélations intraclasse, 0,009 pour les deux sexes, 0,008 pour les hommes et 0,011 pour les femmes, ainsi que des estimations identiques des effets fixes des rapports de cotes au niveau 1. Dans un souci de parcimonie, le modèle final de régression logistique sans la province comme covariable a donc été conservé.

En raison des limites de l'enquête, il n'a pas été possible d'examiner le lien entre le genre (plutôt que le sexe à la naissance) et les troubles de l'humeur ni de distinguer les types de troubles de l'humeur (p. ex. troubles bipolaires, dépression majeure, manie). L'orientation sexuelle a été exclue en raison d'incohérences dans la catégorisation utilisée d'un cycle de l'ESCC à l'autre. Les renseignements sur l'état matrimonial n'étaient pas disponibles dans les cycles 2022 et 2023 de l'ESCC. Le faible nombre de cas a également empêché d'explorer les effets de l'interaction entre le statut d'immigrant et le statut racisé, ainsi qu'entre le statut racisé et d'autres covariables sélectionnées comme les variables démographiques, socioéconomiques et géographiques. L'étude couvre une période d'environ 10 ans (2015 à 2023), durant laquelle plusieurs éléments ont pu évoluer, notamment les perceptions de la santé mentale, les pays d'origine des immigrants et les effets de la pandémie. Certains changements dans la composition de l'échantillon analytique ont été observés au cours de la période à l'étude, mais on ignore si ceux-ci ont

pu avoir une incidence sur les liens observés avec le fait de déclarer un diagnostic de trouble de l'humeur. Pour cette raison, le moment de la tenue de l'enquête a été inclus comme covariable de contrôle dans l'analyse.

La variable dépendante a été mesurée à partir d'une seule question permettant de déterminer si les répondants avaient reçu un diagnostic de trouble de l'humeur posé par un professionnel de la santé. Les répondants ayant des troubles de l'humeur non diagnostiqués ou choisissant de ne pas divulguer de diagnostic ont pu être omis de l'étude. D'autres recherches reposant sur des instruments d'enquête validés pour le dépistage ou le diagnostic des troubles de l'humeur sont nécessaires pour confirmer les résultats de la présente étude⁵⁵. Enfin, comme l'ESCC est une enquête transversale, aucune causalité ne peut en être déduite.

Conclusion

Cette étude a montré que les diagnostics de trouble de l'humeur sont fréquents au sein de la population canadienne âgée et qu'ils sont associés à plusieurs facteurs démographiques et socioéconomiques ainsi qu'à des facteurs liés à la santé. Les Autochtones étaient notamment plus susceptibles de faire état d'un trouble de l'humeur que les personnes non autochtones et non racisées, tandis que les hommes sud-asiatiques et chinois,

ainsi que les femmes appartenant à d'autres groupes racisés, étaient moins susceptibles de déclarer un tel trouble. Le fait de vivre seul, d'être un homme immigrant, de faire partie d'un ménage plus faible revenu, de présenter une multimorbidité et de percevoir un stress quotidien étaient tous des facteurs associés à un risque plus élevé de faire état de troubles de l'humeur chez la population canadienne âgée. Ces résultats soulignent la nécessité de tenir compte des groupes de population racisés en les analysant selon le sexe et de prendre en considération d'autres covariables pertinentes lors de l'élaboration de programmes et d'interventions visant les troubles de l'humeur au sein de cette population. De futures recherches pourraient porter sur l'utilisation des services de soins de santé mentale et les besoins insatisfaits en la matière chez les Canadiennes et les Canadiens âgés présentant des troubles de l'humeur.

Annexe A

Répartition en pourcentage de la population canadienne âgée (65 ans et plus), selon certaines caractéristiques contextuelles (à l'exclusion des territoires), 2015 à 2023

Caractéristiques	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Groupe de population									
Autochtone	2,0	1,9	2,0	2,0	1,9	2,1	1,9	1,8	2,0
Sud-Asiatique	2,8	2,6	3,0	3,2	2,9	3,5	2,4 *	2,2	2,6
Chinois	2,9	2,7	3,1	3,3	3,0	3,6	2,6 *	2,4	2,9
Noir	1,5	1,4	1,7	1,5	1,3	1,7	1,6	1,4	1,8
Autres personnes racisées	4,3	4,1	4,6	4,3	4,0	4,7	4,3	4,0	4,6
Personnes non autochtones et non racisées	86,5	86,0	86,9	85,7	85,1	86,3	87,1 *	86,6	87,6
Groupe d'âge									
65 à 74 ans	60,1	59,8	60,3	61,9	61,5	62,3	58,5 *	58,1	58,9
75 à 84 ans	30,5	30,2	30,8	29,9	29,5	30,3	31,0 *	30,6	31,4
85 ans et plus	9,4	9,2	9,7	8,2	7,9	8,5	10,5 *	10,2	10,8
Situation dans le ménage									
Personne vivant seule	30,6	29,7	31,6	22,5	21,7	23,4	37,6 *	36,6	38,7
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes	69,4	68,4	70,3	77,5	76,6	78,3	62,4 *	61,3	63,4
Niveau de scolarité									
Sans études postsecondaires	46,6	46,2	47,1	42,0	41,4	42,6	50,7 *	50,1	51,3
Études postsecondaires	53,4	52,9	53,8	58,0	57,4	58,6	49,3 *	48,7	49,9
Revenu du ménage									
Inférieur (déciles 1 et 2)	24,8	24,4	25,1	20,7	20,2	21,2	28,3 *	27,8	28,8
Intermédiaire-inférieur (déciles 3 et 4)	25,7	25,3	26,0	25,0	24,5	25,6	26,2 *	25,7	26,7
Intermédiaire (déciles 5 et 6)	19,9	19,6	20,2	20,9	20,4	21,3	19,0 *	18,6	19,5
Intermédiaire-supérieur (déciles 7 et 8)	15,7	15,4	16,0	17,3	16,9	17,8	14,3 *	14,0	14,7
Supérieur (déciles 9 et 10)	14,0	13,7	14,3	16,1	15,6	16,5	12,2 *	11,8	12,5
Statut d'immigrant									
Immigrant	27,1	26,6	27,5	28,0	27,4	28,6	26,3 *	25,8	26,8
Personne née au Canada	72,9	72,5	73,4	72,0	71,4	72,6	73,7 *	73,2	74,2
Personne présentant une multimorbidité									
Oui	50,6	50,3	51,0	51,0	50,4	51,6	50,3	49,8	50,8
Non	49,4	49,0	49,7	49,0	48,4	49,6	49,7	49,2	50,2
Perception du stress dans la vie									
Vie stressante	74,4	74,1	74,8	70,7	70,1	71,2	77,7 *	77,2	78,1
Vie pas du tout stressante	25,6	25,2	25,9	29,3	28,8	29,9	22,3 *	21,9	22,8
Lieu de résidence									
Région urbaine	79,5	79,1	79,9	77,7	77,2	78,2	81,0 *	80,6	81,5
Région rurale	20,5	20,1	20,9	22,3	21,8	22,8	19,0 *	18,5	19,4
Moment de la tenue de l'enquête									
Avant la pandémie de COVID-19	53,9	53,7	54,0	53,6	53,4	53,8	54,2 *	54,0	54,4
Pendant la pandémie de COVID-19	46,1	46,0	46,3	46,4	46,2	46,6	45,8 *	45,6	46,0

* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$)

Note : La catégorie « autres personnes racisées » comprend les personnes appartenant à d'autres groupes racisés, dont les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens, les Japonais, ainsi que les groupes racisés non inclus ailleurs et les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés. La catégorie « autochtone » comprend les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2023.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. La maladie mentale au Canada, 2021. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/mental-illness-canada-infographic/maladie-mentale-canada-infographie.pdf>.
- Stephenson, E. Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. *Regards sur la société canadienne* 2023; <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>.
- Statistique Canada. 2023. Tableau 13-10-0465-01 Indicateurs de la santé mentale. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310046501>.
- O'Donnell, S., S. Vanderloo, L. McRae et coll. Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016; 25(4) : 360-369. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000463>.
- Lim, K.-L., P. Jacobs, A. Ohinmaa et coll. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 2008; 28 : 92-98. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-3/pdf/cdic28-3-2fra.pdf>.
- Stuart, H., S. B. Patten, M. Koller et coll. Les stigmates au Canada : résultats d'un sondage à réponses rapides. *Canadian Journal of Psychiatry* 2014; 59 (10 Suppl. 1) : S27-S33. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s07>.
- DiMaria, L. Types of mood disorders. 2 octobre 2023. <https://www.verywellmind.com/mood-disorder-1067175>.
- Edwards, J., M. Hu, A. Thind et coll. Gaps in understanding of the epidemiology of mood and anxiety disorders among migrant groups in Canada: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2019; 64(9) : 595-606. <https://doi.org/10.1177/0706743719839313>.
- Parker, G., S. McCraw, G. Tavella et coll. Measuring the consequences of a bipolar or unipolar mood disorder and the immediate and ongoing impacts. *Psychiatry Research* 2018; 269 : 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.022>.
- Valiengo, L. D., F. Stella et O. V. Forlenza. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; 2105-2114. <https://doi.org/10.2147/NDT.S94643>.
- Varin, M., Z. M. Clayborne, M. M. Baker et coll. Le bien-être psychologique et ses associations avec les caractéristiques sociodémographiques, la santé physique, la consommation de substances et d'autres composantes de la santé mentale chez les adultes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 2024; 44 (10). 431-439. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-44-no-10-2024/bien-etre-psychologique-associations-caracteristiques-sociodemographiques-sante-physique-consommation-substances-autres-composantes-sante-mentale-adultes-canada.html>.
- Ceban, F., D. Nogo, I. P. Carvalho et coll. (2021). Association between mood disorders and risk of COVID-19 infection, hospitalization, and death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 1818. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1818>.
- Kirkbride, J. B., D. M. Anglin, I. Colman, J. Dykxhoorn et coll. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry* 2024; 23(1) : 58-90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>.
- Lund, C., C. Brooke-Sumner, F. Baingana et coll. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5 : 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
- Organisation mondiale de la Santé et Fondation Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1.
- Alegria, M., A. NeMoyer, I. Falgás Bagué, Y. Wang, et coll. Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports* 2018; 20(11) : 1-3. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>.
- Han, S. et H.-S. Lee. Social Capital and Depression : Does Household Context Matter? *Asia Pacific Journal of Public Health* 2015; 27(2) : NP2008-NP18. <https://doi.org/10.1177/1010539513496140>.
- Islam, K. Md et H. Gilmour. Troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée : accent porté sur les groupes de population autochtones et racisés. *Rapports sur la santé* 2024; 35(12) : 3-15. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2024012/article/00001-fra.htm>.
- Gadermann, A. M., M. G. Petteni, M. Janus, J. H. Puyat et coll. Prevalence of mental health disorders among immigrant, refugee, and nonimmigrant children and youth in British Columbia, Canada. *JAMA Network Open* 2022; 5(2) : e2144934. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.44934>.
- Karyotaki, E., P. Cuijpers, Y. Albor, J. Alonso et coll. Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *Frontiers in Psychology* 2020; 11 : 1759. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01759>.
- Orpana, H., J. Vachon, C. Pearson et coll. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* 2016; 36(12) : 302. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-36-no-12-2016/correlats-bien-etre-chez-canadiens-presentant-troubles-humeur-anxiete.html/>.
- Pelletier, L., S. O'Donnell, J. Dykxhoorn et coll. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2017; 26(4) : 414-423. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000329>.

23. Yeretdzian, S. T., Y. Sahakyan, N. Kozloff et coll. Evaluating sex-differences in the prevalence and associated factors of mood disorders in Canada. *Journal of Affective Disorders* 2023; 333 : 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.027>.
24. Statistique Canada. Projections démographiques : pour le Canada, les provinces et les territoires, 2023 à 2073. *Le Quotidien* 24 juin 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/240624/dq240624b-fra.pdf?st=EM7RwEzK>.
25. Fiske, A., J. L. Wetherell et M. Gatz. Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009; 5(1) : 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>.
26. Strauss, R., P. Kurdyak et R. H. Glazier. Mood disorders in late life : A population-based analysis of prevalence, risk factors, and consequences in community-dwelling older adults in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2020; 65(9) : 630-640. <https://doi.org/10.1177/0706743720927812>.
27. Thomas, S. et B. Wannell. Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Rapports sur la santé* 2009; 20(1) : 1-6. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2009001/article/10795-fra.pdf?st=5179NxlR>.
28. Agence de la santé publique du Canada. Symptômes d'anxiété et de dépression durant la pandémie de COVID-19. 2022, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-conditions/symptoms-anxiety-depression-covid-19-pandemic/symptoms-anxiety-depression-covid-19-pandemic-fr.pdf>.
29. Statistique Canada. 2022. Les immigrants représentent la plus grande part de la population depuis plus de 150 ans et continuent de façonner qui nous sommes en tant que Canadiens. *Le Quotidien* 26 octobre 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026a-fra.htm>.
30. Rust, K. F. et J. N. K. Rao. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research* 1996; 5(3) : 283-310. <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>.
31. Byers, A. L., K. Yaffé, K. E. Covinsky et coll. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67(5) : 489-496. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.35>.
32. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry* 2017; 4(2) : 146-158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2).
33. Reppas-Rindlisbacher, C., A. Mahar, S. Siddhpuria et coll. Gender differences in mental health symptoms among Canadian older adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Canadian Geriatrics Journal* 2022; 25(1) : 49-56. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.532>.
34. Rainville, J. R. et G. E. Hodes. Inflaming sex differences in mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2019; 44(1) : 184-199. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0124-7>.
35. DeChamplain, B. Prevalence of psychological disorders among the Indigenous population of Canada. *SURG Journal* 2019; 11 : 1-5. <https://doi.org/10.21083/surg.v1i10.5232>.
36. Graham, S., K. Stelkia, C. Wieman et coll. Mental health interventions for First Nations, Inuit, and Métis Peoples in Canada : A systematic review. *The International Indigenous Policy Journal* 2021; 12(2) : 1-31. <https://doi.org/10.18584/iipj.2021.12.2.10820>.
37. Allan, B. et J. Smylie. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. *Wellesley Institute* 2015. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSTC-Updated.pdf>.
38. Nelson, S. E. et K. Wilson. The mental health of Indigenous peoples in Canada : A critical review of research. *Social Science & Medicine* 2017; 176 : 93-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>.
39. Ettman, C. K., S. F. Koya, A. Y. Fan et coll. More, less, or the same: A scoping review of studies that compare depression between Black and White U.S. adult populations. *Social Science & Medicine – Mental Health* 2022; 100161. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100161>.
40. Mitchell, U. A., A. W. Nguyen, A. McBryde-Redzovic et L. L. Brown. "What doesn't kill you, makes you stronger" : psychosocial resources and the mental health of Black older adults. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics* 2021; 41(1) : 269-302. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9614571/pdf/nihms-1836031.pdf>.
41. Veenstra, G. et A. C. Patterson. Black-White Health Inequalities in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2016; 18(1) : 51-57. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0140-6>.
42. Chiu, M., A. Amartey, X. Wang et coll. Ethnic differences in mental health status and service utilization: A population-based study in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* 2018; 63(7) : 481-491. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>.
43. Dangerfield, K. Living alone? Study links higher depression risk when isolated. *Global News* 16 février 2024. <https://globalnews.ca/news/10299627/living-alone-depression-risk-study/>.
44. Li, C., S. Jiang et X. Zhang. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019; 248 : 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>.
45. Chan, E., E. Procter-Gray, L. Churchill et coll. Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health* 2020; 7(3) : 521. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>.
46. Gierveld, J., P. A. Dykstra et N. Schenk. Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research* 2012; 27 : 167-200. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.7>.
47. Sareen, J., T. O. Afifi, K. A. McMillan et G. J. Asmundson. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(4) : 419-427. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>.

48. Thomson, R. M., E. Igelström, A. K. Purba, M. Shimonovich, H. Thomson, G. McCartney, A. Reeves, A. Leyland, A. Pearce et S. V. Katikireddi. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2022; 7(6) : e515-e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00058-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00058-5).
49. Verhulsdonk, I., M. Shahab et M. Molendijk. Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis. *BJPsych Open* 2021; 7(6) : e204. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1026>.
50. Qiao, Y., Liu, S., Zhang, Y. et coll. Bidirectional association between depression and multimorbidity in middle-aged and elderly Chinese adults: a longitudinal cohort study. *Aging & Mental Health* 2022; 26(4) : 784-790. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1877609>.
51. Ronaldson, A., J. A. de la Torre, M. Prina et coll. Associations between physical multimorbidity patterns and common mental health disorders in middle-aged adults: A prospective analysis using data from the UK Biobank. *The Lancet Regional Health-Europe* 2021; 8(100149) : 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100149>.
52. Read, J. R., L. Sharpe, M. Modini et B. F. Dear. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2017; 221 : 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>.
53. Slavich GM. Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teaching of Psychology* 2016; 43(4) : 346-355. <https://doi.org/10.1177/0098628316662768>.
54. Seedat, S., D. J. Stein, P. B. Jackson et coll. Life stress and mental disorders in the South African Stress and Health Study. *South African Medical Journal* 2009; 99(5) : 375-382. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3203647/pdf/nihms327603.pdf>.
55. Lin, S. Healthy immigrant effect or under-detection? Examining undiagnosed and unrecognized late-life depression for racialized immigrants and nonimmigrants in Canada. *The Journals of Gerontology: Series B* 2024; 79(3) : gbad104. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad104>.