Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 1 • janvier 2021

Dans ce numéro

Synthèse des données probantes

1 Interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires en matière de soutien apporté aux femmes en situation ou à risque d'itinérance : examen de la portée avec analyse fondée sur le sexe et l'équité

Recherche qualitative originale

15 Promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants auprès des collectivités et des fournisseurs de soins des Premières Nations et des Métis du Manitoba

Aperçu

27 Augmentation du nombre d'appels relatifs à une exposition à certains nettoyants et désinfectants au début de la pandémie de COVID-19 : données des centres antipoison canadiens

Avis de publication

33 *Vieillissement et maladies chroniques : profil des aînés canadiens*

34 Le *Relevé postnatal Rourke, édition 2020* et l'Outil national d'évaluation du risque de la carie chez les enfants d'âge préscolaire

35 *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020*

Corrigendum

36 Publications non conformes des bars populaires sur les plateformes de médias sociaux : une invitation à améliorer la réglementation de la publicité sur l'alcool

Annonce

37 Appel à contributions – Numéro spécial 2021 : Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

38 Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Barry Pless, C.C., M.D., FRCPC
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Charlotte Kent, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Richard Stanwick, M.D., FRCPC, FAAP
Island Health

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

ISSN 2368-7398
Pub. 200280
PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.01f

Synthèse des données probantes

Interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires en matière de soutien apporté aux femmes en situation ou à risque d'itinérance : examen de la portée avec analyse fondée sur le sexe et l'équité

Anne Andermann, M.D., Ph. D., CCMF, FRCPC (1,2,3); Sebastian Mott, M. Serv. Soc. (3); Christine M. Mathew, M. Sc. (4); Claire Kendall, M.D., CCMF (4,5); Oreen Mendonca, B. Sc. (4); Dawnmarie Harriott (6); Andrew McLellan, M. Sc. inf. (5,7); Alison Riddle, M. Sc. (8); Ammar Saad, M. Sc. (4,9); Warda Iqbal, M.D. (9); Olivia Magwood, M.P.H. (4); Kevin Pottie, M.D., CCMF (4,5)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Bien qu'une grande partie de la littérature sur l'itinérance porte principalement sur l'expérience des hommes, les femmes forment plus du quart de la population des sans-abri au Canada. Des études ont montré que les femmes en situation d'itinérance sont souvent cachées (c. à.-d. qu'elles sont logées provisoirement) et qu'à la fois le parcours qui les a menées à l'itinérance et leurs besoins sont différents de ceux des hommes. Cette recherche vise à cibler des interventions fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires aptes à mieux soutenir les femmes en situation ou à risque d'itinérance.

Méthodologie. Nous avons effectué un examen de la portée accompagné d'une analyse fondée sur le sexe et l'équité. Pour ce faire, nous avons effectué des recherches dans MEDLINE, CINAHL, PsycINFO et d'autres bases de données afin de sélectionner les revues systématiques et les essais randomisés. Nous avons complété ces recherches par un passage en revue des références et de la littérature grise puis nous avons effectué une synthèse qualitative des données probantes portant sur les éléments liés au genre et à l'équité.

Résultats. Des 4 102 articles axés sur les interventions auprès de sans-abri que nous avons recensés, seuls 4 revues systématiques et 9 essais randomisés portaient exclusivement sur des femmes ou contenaient des données désagrégées permettant d'effectuer une analyse comparative entre les sexes. Parmi les interventions comportant les données les plus solides, mentionnons le counseling sur la défense des intérêts des femmes qui, après un passage en refuge, se retrouvent en situation d'itinérance pour cause de violence familiale, ainsi que la gestion de cas et les subventions pour un logement fixe (comme des bons d'aide au logement pour les locataires). Chacune de ces interventions a permis non seulement de réduire l'itinérance, l'insécurité alimentaire, l'exposition à la violence et la détresse psychosociale mais aussi de promouvoir la stabilité scolaire et le bien-être des enfants.

Conclusion. Une grande partie des données probantes sur les interventions visant à offrir un meilleur soutien aux femmes en situation d'itinérance porte sur les femmes qui accèdent à des refuges destinés aux victimes de violence familiale ou aux familles. Puisque bien davantage de femmes sont en situation ou à risque d'itinérance cachée, il faut également utiliser des stratégies axées sur l'ensemble de la population afin de réduire les inégalités de genre et l'exposition à la violence, deux des principaux facteurs structurels de l'itinérance chez les femmes.

Points saillants

- Les femmes forment plus du quart de la population de sans-abri dénombrée au Canada, mais de nombreuses femmes, en situation « d'itinérance cachée », ne sont pas comptabilisées dans les données. Les besoins de ces femmes et le parcours qui les a menées à l'itinérance diffèrent souvent de ceux des hommes.
- Un certain nombre d'interventions fondées sur des données probantes permettent de fournir un meilleur soutien aux femmes en situation ou à risque d'itinérance, notamment les interventions effectuées après un passage en refuge, les subventions pour un logement fixe (comme des bons d'aide au logement pour les locataires) et la gestion de cas ou d'autres formes de soutien social.

Suite des points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine de famille, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
2. École de la santé des populations et mondiale, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
3. Faculté de médecine, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
4. Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, Institut de recherche Bruyère, Ottawa (Ontario), Canada
5. Département de médecine familiale, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
6. Working for Change, Toronto (Ontario), Canada
7. Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
9. Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Dre Anne Andermann, prof. agrégée, Département de médecine familiale – Hôpital St. Mary, 3830, rue Lacombe, Montréal (QC) H3T 1M5; courriel : anne.andermann@mail.mcgill.ca

- Ces interventions permettent de réduire l'itinérance, l'insécurité alimentaire, l'exposition à la violence familiale et la détresse psychosociale, ce qui contribue à une meilleure estime personnelle et une meilleure qualité de vie des femmes, ce qui permet en outre de réduire le nombre de séparations avec les enfants et le placement de ces derniers en foyer d'accueil, tout en favorisant grandement la stabilité scolaire et le bien-être des enfants.
- La mise en œuvre à grande échelle d'interventions fondées sur des données probantes est nécessaire, que ce soit durant la pandémie de COVID-19 ou par la suite, afin de mieux soutenir les femmes en situation ou à risque d'itinérance et d'apporter les changements structurels requis pour corriger les inégalités qui persistent entre les sexes et éliminer la violence.
- Les mesures à mettre en œuvre dans l'ensemble de la population afin de prévenir l'itinérance chez les femmes sont avant tout un meilleur accès aux services de garde d'enfants et à des emplois stables, des conditions de travail flexibles, la réduction des écarts de salaires, l'officialisation et la rémunération du travail des aidants naturels ou membres de la famille (travail effectué le plus souvent par les femmes), la remise en cause des normes sociales qui tolèrent et perpétuent la violence entre partenaires intimes et l'assurance que les femmes sont en mesure de contrôler une part équitable des revenus du ménage et d'avoir un rôle équitable dans la prise de décisions.

Mots clés : *examen de la portée, femmes, refuges, itinérance cachée, violence, équité, genre, logement, recherche interventionnelle, politiques fondées sur des données probantes*

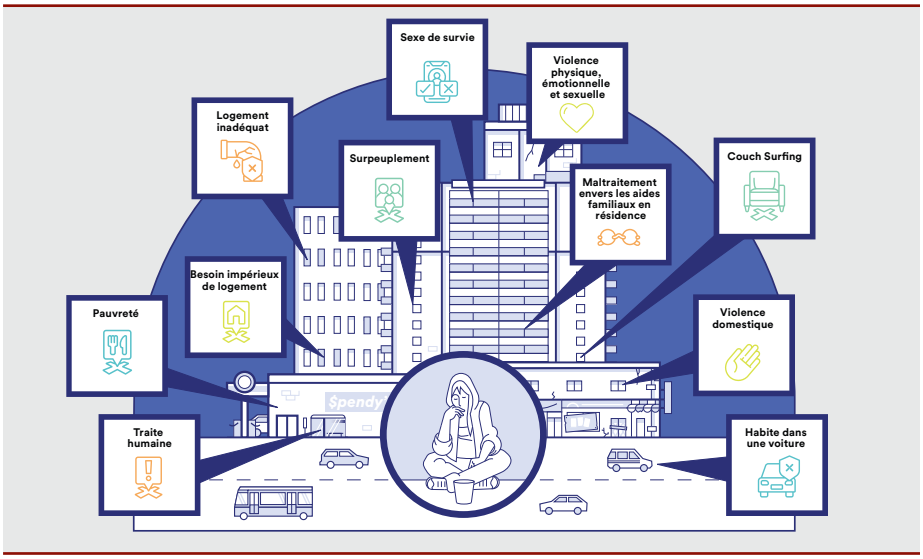
Introduction

Les femmes forment environ 27,3 % de la population canadienne de sans-abri[1]. Il s'agit toutefois d'une forte sous-estimation du nombre réel de femmes itinérantes et à risque de le devenir. Selon la définition canadienne de l'itinérance[2], les femmes sont considérées comme « en refuge d'urgence » si elles séjournent temporairement dans un refuge, notamment dans les refuges destinés aux victimes de violence familiale, cette dernière constituant un important facteur d'itinérance chez les femmes et les enfants au Canada[3] comme à l'échelle mondiale[4]. Le plus souvent cependant, les femmes (surtout celles qui ont des enfants) s'efforcent d'éviter la rue et les refuges et deviennent des « sans-abri cachées », se déplaçant d'un endroit à un autre et « transitant d'un divan à l'autre » (« *couch surfing* ») chez les amis et la famille. Ces femmes sont considérées comme « logées provisoirement », c'est-à-dire qu'elles sont « sans abri et sans domicile fixe et accèdent à un hébergement qui n'offre pas de possibilités de permanence »[2]. Cette appellation globale inclut également les personnes ayant reçu des soins en institution et susceptibles de devenir itinérantes à leur sortie de l'établissement lorsque cette sortie n'a pas été planifiée ou n'a pas fait l'objet d'un suivi suffisant (par exemple, les filles qui sont « trop vieilles » pour être placées en famille d'accueil ou les femmes qui ont été incarcérées et sortent des services correctionnels), les immigrants et réfugiés récemment arrivés qui sont en réinstallation temporaire (par exemple les familles multiples partageant un logement surpeuplé), les femmes ayant des déficiences cognitives ou psychologiques et de nombreux autres groupes[2]. Les femmes peuvent être forcées de se prostituer pour survivre, elles sont davantage susceptibles d'être exploitées par le biais de la traite des personnes et même parfois vivent dans leur voiture afin de se protéger, mais elles sont souvent cachées derrière des portes closes (figure 1), ce qui veut dire qu'un grand nombre d'entre elles ne sont pas recensées[5].

Une analyse des données du recensement canadien de 2014 a révélé que plus d'un million de femmes ont déclaré avoir été en situation d'itinérance cachée à un moment de leur vie, situation souvent associée à des expériences négatives vécues pendant l'enfance, à des réseaux sociaux faibles et à des milieux de vie comprenant diverses identités de genre[6]. Outre les femmes qui vivent ces formes d'itinérance, il existe un nombre beaucoup plus important de femmes considérées comme des « personnes logées provisoirement[2] », ce qui signifie qu'elles ont des « besoins impérieux de logement »[7] et vivent dans des logements qui nécessitent des réparations majeures (« logements inadéquats »), comportent un nombre insuffisant de chambres à coucher pour y loger les personnes qui y vivent (« logements inappropriés ») ou coûtent plus de 30 % du revenu du ménage avant impôt (« logement inabordable »). Ces femmes sont considérées à risque imminent d'itinérance en cas de crise (en particulier escalade de violence, séparation conjugale, expulsion)[2].

Il a été démontré que les parcours vers l'itinérance et les besoins de soutien des

FIGURE 1
Différentes formes d'itinérance cachée chez les femmes, les jeunes filles et les personnes de différentes identités de genre sans domicile fixe



Source : Reproduction autorisée de la figure de Schwan K, Versteegh A, Perri M, Caplan R, Baig K, Dej E, et al., Huit défis clés et occasions de changement, p. 6. Dans : Hache A, Nelson A, Kratochvil E, Malenfant J (dir.). L'état des besoins en matière de logement et de l'itinérance chez les femmes. Toronto (Ontario) : Presse de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2020. En ligne à : http://womenshomelessness.ca/wp-content/uploads/WG_ES1_FRENCH-1.pdf

femmes diffèrent de ceux des hommes[8]. Les femmes sont plus susceptibles d'être en situation d'itinérance en raison de violence familiale et de manque de soutien social. Il peut être beaucoup plus difficile pour une victime de sortir d'une relation violente si elle a des enfants et qu'elle partage son domicile et ses ressources avec son partenaire[9]. Au Canada, en moyenne, tous les cinq jours, une femme est tuée par son partenaire intime[10]; chaque année, plus de 40 000 femmes et leurs 27 000 enfants doivent se résoudre à aller vivre dans des refuges et, chaque nuit, les refuges accueillent environ 3 600 femmes et 3 100 enfants[11]. Les refuges sont un moyen d'échapper à la violence émotionnelle ou psychologique (89 %), à la violence physique (73 %), à l'exploitation financière (51 %), à la violence sexuelle (33 %) et même à la traite des personnes (3 %) et au mariage forcé (2 %)[11]. Les femmes des régions rurales et éloignées, tout particulièrement les femmes autochtones[12], présentent le taux global le plus élevé de violence entre partenaires intimes (VPI)[13]. Les femmes qui ont des enfants à charge essaient souvent d'éviter les refuges, jusqu'à ce qu'elles aient épuisé toutes les autres options (c.-à-d. rester chez leur famille et leurs amis)[14]. Par conséquent, il convient de s'assurer d'effectuer une analyse comparative entre les sexes au moment d'examiner les interventions efficaces pour combattre l'itinérance, puisque ce qui fonctionne pour les hommes ne fonctionnera pas nécessairement pour les femmes[15,16].

La violence exercée par un partenaire intime, la pauvreté et l'itinérance chez les femmes sont interreliées et représentent un défi majeur et une crise cachée au Canada, qui coûte aux contribuables environ 7 milliards de dollars canadiens chaque année. Les pertes les plus importantes sont subies par les femmes elles-mêmes et incluent notamment les préjudices subis en tant que témoins de violence et les occasions manquées pour leurs enfants[17]. Puisque la pandémie de COVID-19 a nécessité des mesures de confinement prolongé pendant plusieurs mois dans l'ensemble du Canada, la situation des femmes sans domicile ou à risque de le devenir est d'autant plus urgente[18].

Dans le cadre d'une initiative plus vaste visant à élaborer des lignes directrices de pratique clinique pour offrir du soutien aux personnes itinérantes au Canada[19,20], un processus de consensus par méthode Delphi modifiée[21] a été utilisé pour s'assurer que les femmes en situation d'itinérance figurent parmi les populations prioritaires. Notre article vise à examiner les interventions fondées sur des données probantes et les pratiques exemplaires spécialement conçues pour soutenir les femmes en situation ou à risque d'itinérance, afin d'élaborer une approche plus efficace et mieux adaptée aux besoins particuliers de ces femmes.

Méthodologie

Nous avons effectué un examen de la portée des études de recherche primaires et secondaires publiées en utilisant des méthodes normalisées[22] combinées à une analyse comparative entre les sexes afin de comprendre quelles interventions conviennent aux femmes en situation d'itinérance et sont le mieux adaptées à leurs besoins particuliers[23], ainsi qu'à une analyse fondée sur l'équité pour évaluer la possibilité de réduire les iniquités dans plusieurs domaines[24].

Stratégie de recherche et critères de sélection

Une recherche systématique a été effectuée avec l'aide d'un documentaliste au moyen de mots clés et de termes Medical Subject Headings (MeSH) pertinents pour les essais randomisés et les examens systématiques publiés. Les principaux mots-clés utilisés étaient « women » [femmes], « vulnerable populations » [populations vulnérables], « homeless » [sans-abri ou en situation d'itinérance], et « marginalized » [marginalisé]. La figure 2 illustre la stratégie de recherche utilisée dans MEDLINE et fournit une liste complète des mots-clés. Les bases de données MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane CENTRAL, PROSPERO et DARE ont été consultées de leur date de création au 28 mars 2018. La sélection par titre et par résumé a été effectuée de manière indépendante par deux examinateurs. Tous les essais cliniques randomisés et les examens systématiques portant exclusivement sur les femmes (18 ans et plus) en situation d'itinérance ont été sélectionnés pour examen de leur texte intégral. Toutefois, comme la disponibilité des recherches interventionnelles axées sur les femmes en situation d'itinérance est limitée, nous avons également inclus des études de population mixte pertinentes sur le plan de l'équité pour lesquelles des données ventilées sur les résultats étaient disponibles afin d'évaluer l'incidence de l'intervention sur les femmes (et leurs enfants, le cas échéant)[25]. Il n'y avait aucune restriction quant aux types d'intervention ou aux résultats étudiés, pourvu que le logement était l'un de ces résultats. Les recherches ont été effectuées en employant des mots-clés en anglais, mais les articles ont été récupérés indépendamment de la langue de publication. Seuls les articles provenant de pays à revenu élevé (au sens de la Banque mondiale) ont été retenus, afin d'assurer que notre étude demeurerait pertinente au contexte canadien. L'examen du texte intégral a été effectué de manière indépendante, et 20 % d'une sélection aléatoire d'études exclues a été corroborée par un second évaluateur. Toutes les divergences ayant émergé au cours des deux phases de sélection ont été résolues par des discussions ou par le recours à un troisième évaluateur.

Nous avons consulté manuellement les références de tous les articles sélectionnés pour l'examen en texte intégral dans le but de relever d'autres mentions de sources pertinentes. Nous avons comparé ces références à nos résultats de recherche originaux et nous avons également passé en revue toutes les autres mentions de sources potentiellement pertinentes. De plus, nous avons utilisé la Carte des données probantes et des lacunes publiée par Campbell[26] et une recherche ciblant la littérature grise disponible sur le site Internet du gouvernement du Canada[27] afin de trouver d'autres études à inclure comportant des données désagrégées sur les femmes. Enfin, nous avons consulté des spécialistes du domaine pour nous assurer de l'inclusion de toute étude pertinente issue de la littérature grise.

Synthèse des données avec analyse fondée sur le genre et l'équité

Après examen des titres et des résumés puis des textes intégraux, nous avons utilisé un formulaire d'extraction des données normalisé pour extraire systématiquement les données des études sélectionnées (conception de l'étude, population cible, intervention, groupe témoin, résultats). En raison de l'hétérogénéité des sous-types de population étudiés (femmes vivant en situation d'itinérance dans les refuges ou celles faisant partie de la population générale), des nombreux types d'interventions analysés et de la large gamme des résultats mesurés, les données se sont révélées insuffisantes pour effectuer

FIGURE 2
Stratégie de recherche pour l'examen systématique des interventions fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour le soutien des femmes en situation ou à risque d'itinérance

Base de données : Ovid MEDLINE <de 1946 à aujourd'hui avec des mises à jour quotidiennes>; Ovid

MEDLINE Epub avant publication <28 mars 2018>; Ovid MEDLINE citations en cours et autres citations non indexées<28 mars 2018>

Date de la recherche : 29 mars 2018

---

1 exp women/

2 (female$ or woman$ or women$)

3 or/1-2

4 vulnerable populations/

5 poverty areas/

6 ((deprived or destitute? or impoverished or imprisoned or incarcerated or low income or marginalised or marginalized or needy or poverty or prisoner? or vulnerably) adj5 (female? or woman$ or women$)).

7 homeless persons/

8 homeless$

9 (temporar$ adj2 (accommodat$ or home? or hous$))

10 ((based or housed or residen$ or temporar$) adj2 shelter?)

11 or/4-10

12 meta analysis.

13 review.pt.

14 (medline or pubmed or searched)

15 or/12-14

16 3 and 11 and 15

17 animals/ not (humans/ and animals/)

18 16 not 17

19 remove duplicates from 18

une méta-analyse et construire un graphique en forêt. Nous avons donc utilisé une synthèse qualitative (narrative) pour décrire les résultats. Deux examinateurs indépendants ont extrait les thèmes émergents en codant les données des formulaires d'extraction de données. Nous avons résolu toute différence d'interprétation grâce à des discussions puis nous avons compilé et synthétisé les thèmes sous forme narrative.

Nous avons effectué une analyse comparative entre les sexes en utilisant l'Échelle d'évaluation tenant compte du sexe et du genre dans la recherche en santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)[28]. Les études ont ainsi été évaluées sur une échelle de 0 à 3 :

Aucune prise en compte du genre : Ne tient pas compte du fait que les hommes et les femmes peuvent être touchés de manière différente (note = 0);

Sensibilité au genre : Reconnaît les différences entre les sexes sans les inclure dans la conception de l'étude (note = 1);

Spécificité liée au genre : Reconnaît les différences entre les sexes et les inclut dans la conception de l'étude (note = 2);

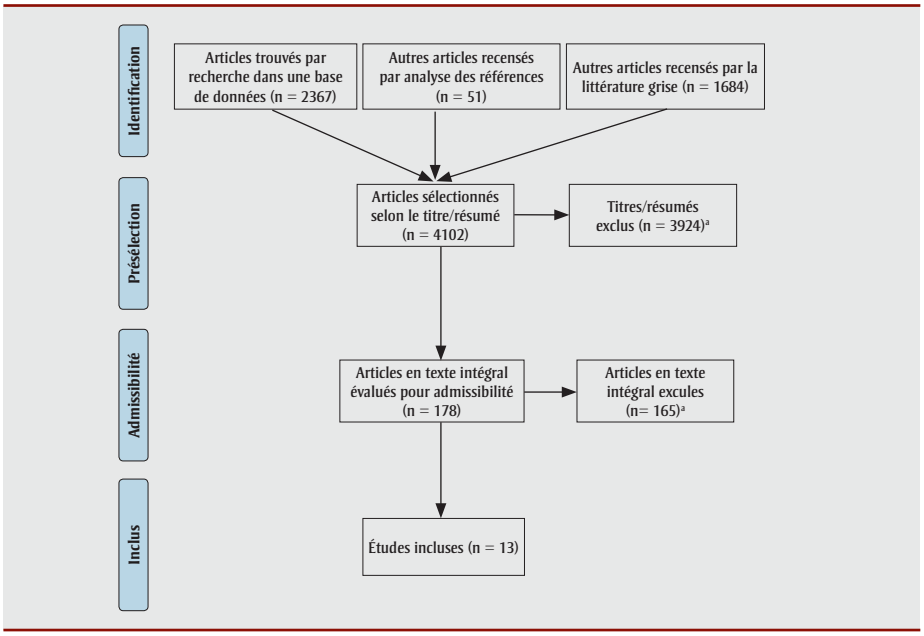
Transformation axée sur le genre : S'attaque aux facteurs d'inégalités liés au sexe (note = 3).

Nous avons effectué une analyse de l'équité plus détaillée en vérifiant si les études intégraient des considérations plus générales relatives à l'équité en santé à l'aide du cadre PROGRESS Plus (P : lieu de résidence, R : race/origine ethnique/culture/langue, O : profession, G : genre/sexe, R : religion, E : études, S : statut socioéconomique, S : capital social et autres facteurs contextuels)[25] et nous avons en outre réfléchi à la façon dont la mise en œuvre généralisée des interventions étudiées pourrait être à même de réduire les inégalités en santé dans la pratique ou au contraire mener involontairement à leur approfondissement (par exemple, un meilleur soutien pour les femmes qui vivent dans les refuges, mais qui délaisse davantage les femmes de la population générale qui sont en situation d'itinérance cachée).

Résultats

Parmi les 4 102 études recensées (2 367 par recherche systématique, 51 par analyse des références et 1 684 dans la littérature grise), 3 924 ont été exclues au cours de l'examen des titres et des résumés, et 165 autres après l'examen du texte intégral. Au total, 13 articles ont été inclus dans notre analyse finale, soit 4 revues systématiques[29-32] et 9 essais randomisés[33-41], menés aux États-Unis (n = 8), aux Pays-Bas (n = 2), au Royaume-Uni (n = 1), en Australie (n = 1) et au Canada (n = 1) (figure 3). Chacun de ces articles a rempli les exigences des quatre critères principaux de cette revue et est fondé sur les données probantes de la plus haute qualité (c.-à-d. des revues systématiques et des essais cliniques randomisés) qui sont pertinentes au contexte canadien (c.-à-d. que les données ont été collectées dans un pays à revenu élevé), évalue l'impact des

FIGURE 3
Organigramme PRISMA des études identifiées par une recherche systématique des différentes sources de données probantes, et n'incluant que les données probantes de la plus haute qualité pertinentes au contexte canadien qui permettaient une analyse fondée sur le genre et portant sur des interventions démontrant un impact sur le logement



Source de la méthodologie pour l'identification des sources utilisées dans des revues systématiques : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. https://doi.org/10.1136/bmj.b2535

[a] **Raisons justifiant l'exclusion des études de cette analyse :**

- Méthodologie : la méthodologie employée n'était pas une revue systématique ou un essai clinique randomisé (c.-à-d. pas des données probantes de la plus haute qualité).
- Contexte : les données n'ont pas été collectées dans un pays à revenu élevé.
- Population : l'étude n'était pas centrée sur les femmes et ne contenait pas de données ventilées (c.-à-d. qu'elle ne permettait pas une analyse selon le genre).
- Résultats : aucun résultat n'était axé sur le logement (c.-à-d. qu'il est impossible d'évaluer le statut d'itinérance avant ou après l'intervention).

interventions sur le logement et permet une analyse fondée sur le genre (c.-à-d. que la recherche était centrée sur les femmes ou contenait les données ventilées sur les participantes).

Analyse des études incluses fondée sur le sexe et l'équité

Sur les 13 études incluses (tableau 1), 9 études[29,31-33,37-41] ont été considérées comme spécifiques en matière de genre car elles reconnaissaient les besoins ou les tendances liés au genre et intégraient des considérations relatives au sexe dans la conception de l'étude. Les quatre autres[30,34-36] ont été classées comme sensibles au genre parce qu'elles faisaient état de différences entre les sexes mais n'avaient pas intégré ces différences dans la conception de l'étude.

En matière d'équité au sens plus large (pas simplement en lien avec le genre), les études incluses traitaient du lieu de résidence (du moins dans la mesure où la détermination d'interventions fondées sur des données probantes pour les femmes en situation d'itinérance était le principal objectif de cet examen et que les études ne traitant pas de logement en tant que telle avaient donc été exclues). La plupart des études incluses portaient ainsi sur les femmes en refuge d'urgence (hébergées temporairement dans des refuges pour victimes de violence familiale ou des refuges pour sans-abri avec famille), car elles sont plus faciles à repérer et à recruter pour la recherche[29,31-34,40,41]. Très peu d'études portaient entièrement ou en partie sur l'ensemble de la collectivité et incluaient des femmes en situation ou à risque d'itinérance cachée (par exemple en logement précaire en raison d'une exposition à la violence familiale)[30-32]. En matière d'origine ethnique et de langue, de nombreuses études[30,32-41] ont précisé l'origine ethnique de la population étudiée, en particulier les femmes de communautés racisées à faible revenu, mais n'ont ni ventilé ni présenté les résultats précis pour les populations de minorités[29,32,34]. Les trois études de Nyamathi et de ses collaborateurs[37-39] portaient sur des femmes d'origine afro-américaine et latino-américaine aux États-Unis ayant reçu un diagnostic de VIH. Lako et ses collaborateurs[40] ont formulé des recommandations pour les immigrantes en situation d'itinérance qui doivent faire face à des obstacles spécifiques dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Un examen systématique[31] a conclu qu'il faut poursuivre les travaux de recherche afin de déterminer de quelle manière les interventions de défense des intérêts peuvent être adaptées aux différents groupes ethniques et aux femmes victimes de violence qui vivent dans des collectivités rurales ou dans des milieux où les ressources sont rares. On dispose de peu d'information supplémentaire dans la plupart des études sur le niveau de scolarité des femmes, leur profession, leur statut socioéconomique ou d'autres facteurs comme une incapacité physique ou un trouble cognitif, une maladie mentale grave, un trouble de consommation de substances, les expériences négatives au cours de l'enfance ou un placement antérieur en famille d'accueil. Même lorsque ces facteurs d'équité ont été mentionnés, ils n'étaient que rarement intégrés à l'analyse de l'étude visant à déterminer s'ils influençaient les résultats.

Rôle des facteurs liés au sexe dans l'itinérance chez les femmes : violence, pauvreté et problèmes de garde d'enfants

Huit des 13 études[29,31-33,36,38,40,41] ont mentionné qu'une prévalence élevée de violence entre partenaires intimes était un facteur d'itinérance spécifique au sexe. La population cible des interventions dans cinq des études[29,31-33,40] était des femmes victimes de violence exercée par leur partenaire intime. Les mauvais traitements donnent lieu à des problèmes de santé plus graves et à des coûts plus élevés en matière de soins de santé pour les femmes[31-33]. Une étude[32] a mis l'accent sur l'importance d'intervenir auprès des auteurs de violence et pas simplement auprès des victimes, et sur la nécessité d'approfondir les recherches sur l'efficacité des deux approches.

Le manque d'accès des femmes à diverses ressources (revenu, éducation ou soutien social, etc.) et le manque de contrôle sur ces ressources ont également été mentionnés dans six études[29,30,33,38,40,41] comme un facteur fondamental conduisant les femmes

TABLEAU 1
Analyse fondée sur le sexe[a] et l'équité[b] des études incluses dans l'examen de la portée des interventions fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour les femmes en situation ou à risque d'itinérance

Article	Analyse comparative entre les sexes	Analyse de l'équité (les mots-clés entre guillemets sont des traductions des termes anglais)
Revue systématique 1. Jonker et al.[29]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des femmes victimes de VPI[c] âgées de plus de 18 ans, recrutées dans les refuges)	**Lieu de résidence** = « refuge » **Genre** = « femmes »
Revue systématique 2. Speirs et al.[30]	**Sensibilité au genre** (les participants comprenaient plus de 50 % de femmes âgées de 15 à 60 ans)	**Lieu de résidence** = « sans-abri » **Origine ethnique** = « 53 % étaient d'origine afro-américaine »[d] **Genre** = « femmes et hommes »
Revue systématique 3. Rivas et al.[31]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des femmes âgées de 15 ans et plus victimes de VPI[c])	**Lieu de résidence** = bon nombre « vivent avec la personne violente ou sont encore intimement liées à elle au moment de l'inclusion dans l'étude » **Origine ethnique** = « Blancs, Afro-Américaines et Latino-Américaines »[d], une étude de cette revue systématique comportait « principalement des Chinoises » **Genre** = « femmes » **Études** = « peu ont fait des études universitaires » **Statut socioéconomique** = « la plupart des femmes ont de faibles revenus »
Revue systématique 4. Wathen et MacMillan[32]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des femmes quittant le refuge après y avoir séjourné au moins une nuit; des couples mariés faisant partie de la marine américaine dont les maris en service actif avaient des antécédents d'agression physique avérée sur leurs partenaires féminines)	**Lieu de résidence** = « refuge » pendant au moins une nuit **Origine ethnique** = une étude a porté sur « un échantillon de femmes principalement hispaniques, enceintes et victimes de violence physique » **Genre** = « femmes » **Plus** = axée sur la VPI[c], qui, dans cette étude, a été « définie comme une violence physique et psychologique infligée contre les femmes par leurs partenaires masculins, incluant la violence sexuelle et la violence pendant la grossesse »
Essai clinique randomisé 1. Constantino et al.[33]	**Spécificité liée au genre** (les participantes étaient des personnes qui se rendaient pour la première fois dans un refuge pour femmes victimes de violence familiale en Pennsylvanie occidentale)	**Lieu de résidence** = « refuge pour victimes de violence familiale » **Origine ethnique** = « la plupart des femmes étaient blanches, non hispaniques[d] et les autres étaient Afro-Américaines » **Profession** = la moitié était au chômage **Études** = « La plupart des femmes ont terminé leurs études secondaires et trois ont un diplôme universitaire » **Statut socioéconomique** = les trois quarts avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 USD **Genre** = « femmes »
Essai clinique randomisé 2. Gubits et al.[34]	**Sensibilité au genre** (les participants étaient 2 822 familles qui se sont inscrites à l'étude Family Options et avaient des caractéristiques « semblables à celles des familles en situation d'itinérance à l'échelle nationale […]. La famille type visée par l'étude était composée d'une femme adulte, d'un âge médian de 29 ans, qui vivait avec un ou deux de ses enfants dans un refuge d'urgence. »)	**Lieu de résidence** = « La plupart des familles de l'étude (79 %) n'étaient pas en situation d'itinérance immédiatement avant d'entrer dans le refuge d'où elles ont été recrutées pour participer à l'étude. […] Bon nombre d'entre elles ont déclaré avoir de mauvais antécédents de location (26 % ont été expulsées) ou n'avoir jamais signé de bail (35 %). » **Profession** = « La plupart des chefs de famille ne travaillaient pas au moment de l'affectation aléatoire (83 %) et plus de la moitié n'avaient pas travaillé contre rémunération au cours des six derniers mois. » **Statut socioéconomique** = « Le revenu annuel médian des ménages de toutes les familles de l'étude au départ était de 7 410 $ ». **Genre** = Différents types de familles dans cette étude, incluant des familles monoparentales dirigées par une femme. **Plus** = « 21 % ont fait état d'une incapacité empêchant ou limitant le travail »
Essai clinique randomisé 3. McHugo et al.[35]	**Sensibilité au genre** (les participants étaient des adultes atteints d'une « maladie mentale grave actuellement en situation d'itinérance ou à risque élevé d'itinérance »)	**Lieu de résidence** = « Les participants ont été recrutés dans des centres communautaires de santé mentale, des hôpitaux, des refuges pour sans-abri, des banques alimentaires, des centres d'accueil, des maisons de crise et des hôtels. […] 85,1 % étaient en situation d'itinérance. […] Le nombre moyen de mois d'itinérance au cours de leur vie était de 51,7, et leur âge moyen au moment de leur premier épisode d'itinérance était de 28,9 ans (écart-type = 10,9). » **Origine ethnique** = « La plupart des participants étaient afro-américains (82,6 %) ». **Profession** = « chômeur (90,1 %) » **Sexe** = « plus de la moitié des membres du groupe de l'étude étaient des femmes (52,1 %) » **Plus** = « 72,7 % du groupe d'étude souffrait de troubles du spectre de la schizophrénie et 27,3 % de troubles de l'humeur »

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Analyse fondée sur le sexe[a] et l'équité[b] des études incluses dans l'examen de la portée des interventions fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour les femmes en situation ou à risque d'itinérance

Article	Analyse comparative entre les sexes	Analyse de l'équité (les mots-clés entre guillemets sont des traductions des termes anglais)
Essai clinique randomisé 4. Milby et al.[36]	**Sensibilité au genre** (les participants étaient des « sans-abri de Birmingham, en Alabama, une région où coexistent une dépendance à la cocaïne et des troubles mentaux non psychotiques […] Nous avons examiné le lien entre le sexe et les résultats en matière de logement, d'emploi et d'abstinence. Nous n'avons trouvé aucune donnée probante indiquant que le sexe avait un effet modificateur ou confusionnel. »)	**Lieu de résidence** = « aucune résidence fixe pour la nuit, y compris des refuges ou d'autres logements temporaires, ou personne à risque imminent d'itinérance » **Origine ethnique** = la plupart des participants étaient des « Afro-américains » **Profession** = « emploi à temps plein le plus long » **Sexe** = environ un quart étaient des femmes **Plus** = « dépendance à la cocaïne »; « ancien combattant »
Essai clinique randomisé 5. Nyamathi et al.[37]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des « femmes afro-américaines, hispaniques[d] et anglophones[d] en situation d'itinérance et leurs partenaires intimes vivant dans le centre-ville de Los Angeles. […] Les hommes et les femmes ont tous deux affiché une amélioration similaire en ce qui concerne les résultats. »)	**Lieu de résidence** = « sans-abri […] défini comme une personne ayant passé la nuit précédente dans un refuge, un hôtel, un motel, ou le domicile d'un parent ou d'un ami et n'ayant pas de certitude sur son lieu de résidence pour les 60 jours à venir ou ayant déclaré ne pas avoir de domicile ou de maison où loger » **Origine ethnique** = afro-américaine, hispanique/latino[d], anglo-américaine[d], autre **Profession** = chômage **Genre** = « La grande majorité des partenaires intimes étaient des hommes (94 %); toutefois, 7 % des partenaires étaient des femmes » **Études** = années de scolarité **Plus** = antécédents de toxicomanie au cours de la vie; séropositif
Essai clinique randomisé 6. Nyamathi, Leake et al.[38]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient « 858 femmes résidant dans 10 refuges pour sans-abri ou 11 programmes de désintoxication »)	**Lieu de résidence** = « femme en situation d'itinérance définie comme une personne ayant passé la nuit précédente dans un refuge, un hôtel, un motel, ou le domicile d'un parent ou d'un ami et n'ayant pas de certitude sur son lieu de résidence pour les 60 jours à venir ou ayant déclaré ne pas avoir de domicile ou de maison où loger » **Origine ethnique** = « les candidates admissibles devaient être afro-américaines ou latinos » **Profession** = « les femmes étaient principalement célibataires, afro-américaines et sans emploi » **Plus** = « antécédents récents de toxicomanie, séropositifs »
Essai clinique randomisé 7. Nyamathi, Flaskerud et al.[39]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient « 241 femmes itinérantes et toxicomanes et leurs partenaires sexuels »)	**Lieu de résidence** = « résidaient dans l'un des 11 refuges pour sans-abri ou des 9 programmes résidentiels de désintoxication » **Origine ethnique** = « toutes les femmes sauf deux étaient afro-américaines ou latinos » **Profession** = « la grande majorité des femmes étaient sans emploi et avaient des enfants » **Genre** = femmes et leurs partenaires sexuels **Religion** = « protestant (75 %) » **Études** = « le nombre d'années de scolarité variait de 3 à 17 ans » **Plus** = « toxicomane, partenaire sexuel d'un toxicomane, prostituée ou sans-abri et logé dans un refuge »
Essai clinique randomisé 8. Lako et al.[40]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des femmes « admissibles si elles : 1) étaient âgées de ≥ 18 ans; 2) étaient restées au refuge en raison de VPI[c] ou de violence liée à l'honneur [violence commise dans le but de rétablir ou de prévenir la violation de l'honneur familial]; 3) étaient restées au refuge pendant six semaines; 4) avaient une date de départ du refuge ou avaient obtenu un statut prioritaire pour un logement social; (5) déménageaient dans un logement sans supervision quotidienne ou soutien où elles auraient à payer le loyer ou les frais de logement »)	**Lieu de résidence** = refuge **Origine ethnique** = « la proportion de femmes qui parlent le néerlandais et dont les besoins en matière de soins ne sont pas satisfaits est passée de 88 % à 57 %, tandis que la proportion de femmes qui ne parlent pas le néerlandais et dont les besoins en matière de soins ne sont pas satisfaits est passée de 100 % à 90 % » **Genre** = femmes **Études** = faible, moyen, élevé **Plus** = « besoins en matière de soins non satisfaits »

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Analyse fondée sur le sexe[a] et l'équité[b] des études incluses dans l'examen de la portée des interventions fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour les femmes en situation ou à risque d'itinérance

Article	Analyse comparative entre les sexes	Analyse de l'équité (les mots-clés entre guillemets sont des traductions des termes anglais)
Essai clinique randomisé 9. Samuels et al.[41]	**Spécificité liée au genre** (les participants étaient des « ménages monoparentaux dirigés par une femme qui entrent dans des refuges pour sans-abri familiaux »)	**Lieu de résidence** = « refuge » **Origine ethnique** = « la plupart des mères en situation d'itinérance (85 %) se sont définies comme étant afro-américaines, latino-américaines[d] ou appartenant à une autre minorité ethnique » **Profession** = « la plupart (85 %) étaient actuellement sans emploi » **Études** = « près des deux cinquièmes des mères n'avaient pas de diplôme d'études secondaires » **Statut socioéconomique** = « revenu mensuel » de 680 à 810 USD **Plus** = « Plus d'une mère sur cinq a déclaré avoir été en famille d'accueil pendant son enfance ou avoir eu un lien avec le placement en famille d'accueil »

[a] Échelle d'évaluation tenant compte du sexe et du genre dans la recherche en santé[28] : *Aucune prise en compte :* ne tient pas compte du fait que les hommes et les femmes peuvent être touchés de manière différente (note = 0); *Sensibilité :* reconnaît les différences entre les sexes sans les inclure dans la conception de l'étude (note = 1); *Spécificité :* reconnaît les différences entre les sexes et les inclut dans la conception de l'étude (note = 2); *Transformation du genre :* s'attaque aux facteurs d'inégalité liés au sexe (note = 3).

[b] Cadre PROGRESS Plus[25] (P : lieu de résidence; R : race/origine ethnique/culture/langue; O : profession; G : genre/sexe; R : religion; E : études; S : statut socioéconomique; S : capital social et autres facteurs contextuels favorisants)

[c] VPI = violence exercée par le partenaire intime, soit une violence physique et psychologique exercée sur les femmes par leurs partenaires masculins, en particulier la violence sexuelle et la violence pendant la grossesse.

[d] Terminologie utilisée dans les études originales.

à l'itinérance. Une étude[29] a souligné que le fait de combiner le soutien social à un meilleur accès aux ressources, menant à une plus grande autonomie financière chez les femmes, a amélioré leur capacité à sortir d'une relation de violence. Une autre étude[41] a révélé que le fait de montrer aux mères qu'elles peuvent accéder à des prestations gouvernementales et des programmes d'emploi pour réduire la pauvreté et offrir des possibilités permettait de mieux gérer le traumatisme associé à l'itinérance. Il a été prouvé que la dépendance financière des femmes à l'égard de leurs agresseurs est un obstacle qui les empêche de quitter une situation de violence[33].

Le manque d'accès à des services de garde constitue un autre élément associé aux ressources qui touche de façon disproportionnée les femmes en situation d'itinérance. Les familles qui se retrouvent en situation d'itinérance sont majoritairement dirigées par des femmes[34,41]. Une étude a révélé que le manque de services de garde augmentait le risque d'itinérance chez les femmes[36]. Trois études ont indiqué que l'absence de services de garde constituait un obstacle à l'accès aux rendez-vous pour des services médicaux ou sociaux[30,33] ou une cause potentielle de perte lors du suivi[31]. Samuels et ses collaborateurs ont souligné le stress supplémentaire associé au fait de devenir sans-abri avec des enfants[41], tandis que Speirs et ses collaborateurs ont signalé que les femmes en situation d'itinérance ont besoin d'un endroit sûr pour elles et leurs enfants[30].

Interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires pour soutenir les femmes en situation d'itinérance

Plusieurs interventions ont été examinées dans le cadre des études de recherche primaires et secondaires sélectionnées, que ce soit en matière de soutien social, de défense des intérêts et de gestion de cas ou d'aide au logement fixe (tableau 2).

Interventions en matière de soutien social, de défense des intérêts et de gestion de cas

Quatre examens systématiques et trois essais randomisés ont fourni des données probantes sur les interventions en matière de soutien social, de défense des intérêts et de gestion de cas qui ont permis d'améliorer considérablement la santé mentale, l'appartenance sociale, le temps nécessaire au relogement et l'utilisation des services de santé chez les femmes en situation d'itinérance[29-33,40,41]. Le plus souvent, ces interventions ont été effectuées par le personnel de soutien des refuges pour victimes de violence familiale, ces refuges constituant un important type de soutien temporaire au logement et sont utilisés comme plateforme pour effectuer de nombreuses autres interventions.

Femmes en refuge d'urgence vivant une situation d'itinérance

De nombreux types d'interventions en matière de soutien social, de défense des intérêts et de gestion de cas ont été étudiés pour les femmes vivant dans des refuges d'urgence. Ainsi, Constantino et ses collaborateurs[33] ont évalué un programme de huit semaines comprenant des séances hebdomadaires de 90 minutes offertes par une infirmière diplômée se rendant dans les refuges afin de donner aux victimes de violence familiale des conseils sur la façon d'accéder aux ressources locales et de promouvoir leur estime d'elles-mêmes. Comparativement au groupe témoin, les femmes ayant suivi ce programme ont considérablement amélioré leur perception des disponibilités en ressources de soutien et ont vu leurs symptômes de détresse psychologique réduits.

Les interventions en temps critique (ITC) sont des approches fondées sur les forces visant à élargir les réseaux sociaux et à assurer la continuité des soins pendant les périodes de transition difficiles dans la vie des individus (comme quitter un refuge pour victimes de violence familiale et emménager dans un nouveau domicile). Les gestionnaires de cas offrent un soutien pratique et émotionnel de une à trois heures par semaine pendant plusieurs mois (par exemple pour aider à meubler l'appartement, pour offrir une écoute active ou pour orienter la cliente vers des ressources de soutien). Ce type de soutien réduit les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) ainsi que les besoins en soins de santé non satisfaits, en particulier chez les populations en situation minoritaire qui ne parlent pas la langue locale[40].

Une méta-analyse réalisée par Jonker et ses collaborateurs[29] a examiné diverses

TABLEAU 2
Aperçu de la recherche sur les interventions visant à soutenir les femmes en situation ou à risque d'itinérance

Populations étudiées
• Femmes en situation d'itinérance qui vivent dans un refuge d'urgence (centre d'accueil pour les victimes de violence familiale ou centre d'accueil pour les familles en situation d'itinérance)
• Femmes sans domicile fixe dans la collectivité (itinérantes cachées, ou « couch surfers », qui dorment temporairement chez des amis ou de la famille)
• Femmes à risque d'itinérance (femmes enceintes qui subissent une escalade de la violence, femmes à risque d'expulsion)
Interventions
• Interventions en matière de soutien social, de défense des intérêts et de gestion de cas
> Interventions dans les refuges et après le passage en refuge
• interventions en temps critique, consultation de groupe, résolution de problèmes, gestion du stress, développement des compétences parentales, gestion de cas, défense des intérêts après le passage en refuge, etc.
> Interventions communautaires de soins primaires
• éducation structurée, communautés thérapeutiques, interventions brèves en matière de défense des intérêts, etc.
• Interventions de soutien pour un logement fixe
> Interventions familiales en temps critique avec logement ordinaire
> Logement supervisé fixe avec gestion de cas intégrée ou logement parallèle
> Subventions importante pour un logement fixe (p. ex. bons d'aide au logement pour les locataires)
Résultats mesurés
• Accès aux ressources en matière de soins de santé et de soutien sur le plan social
• Accès à des logements fixes abordables et de qualité
• Santé mentale/physique des femmes (dépression, détresse psychosociale, toxicomanie, etc.)
• Sécurité personnelle (exposition continue à la violence, taux de récidive)
• Estime de soi, liens sociaux et autonomie de la personne
• Intégrité familiale (séparation des enfants, placement en famille d'accueil)
• Stabilité scolaire de l'enfant (ou des enfants), résultats scolaires, santé et bien-être de l'enfant

interventions de soutien social individuel et en groupe offert aux femmes en situation d'itinérance qui vivent dans un refuge d'urgence après une escalade de violence entre partenaires intimes, notamment les consultations de groupe, les formations sur les capacités d'adaptation, les techniques de résolution de problèmes, la musicothérapie, les techniques cognitivo-comportementales, le développement des compétences parentales, la gestion du stress et de brefs services de défense des intérêts en séance individuelle. Les auteurs ont constaté que ces interventions de soutien social, tant pendant le séjour en refuge qu'après celui-ci, permettaient aux femmes d'améliorer efficacement leurs résultats en matière de santé mentale, de réduire la violence subie et d'améliorer également leurs résultats sur le plan social.

L'examen systématique effectué par Wathen et MacMillan a également révélé que chez les femmes qui avaient passé au moins une nuit dans un refuge, « des données acceptables indiquaient que celles qui ont pu profiter d'un programme spécifique de services de défense des intérêts et de counseling ont mentionné un plus faible taux de récidive de violence et une meilleure qualité de vie »[32, p.589] [traduction libre]. Les services de défense des intérêts offerts aux femmes après leur passage en refuge exigent qu'elles consacrent de quatre et six heures chaque semaine, pendant dix semaines, à élaborer des plans de sécurité (au besoin) et à accéder aux ressources locales en matière de logement, d'emploi et de soutien social. Rivas et ses collaborateurs ont spécifiquement examiné les interventions en matière de défense des intérêts et ont également constaté que ce type d'intervention intensive auprès de femmes en refuge pour victimes de violence familiale a permis d'améliorer la qualité de vie et de réduire la violence physique pendant un à deux ans après l'intervention[31].

Femmes vivant dans la collectivité en situation d'itinérance cachée ou à risque d'itinérance

Speirs et ses collaborateurs[30] ont effectué un examen systématique des interventions efficaces utilisables par les infirmières communautaires pour aider les femmes en situation d'itinérance au sein de la population (itinérance cachée ou risque d'itinérance). Ils ont constaté que les interventions de soutien social, comme les séances structurées de formation et de soutien (avec ou sans défenseur ou personne offrant du soutien) et les communautés thérapeutiques, permettaient de réduire la détresse psychologique et le recours aux soins de santé, d'améliorer l'estime de soi et de réduire la consommation de drogues et d'alcool (comme formes d'adaptation inappropriées).

Wathen et MacMillan[32] ont également tenté de répertorier les interventions fondées sur des données probantes susceptibles d'être utilisées dans les milieux de soins primaires pour réduire la violence entre partenaires intimes, et par conséquent de protéger les femmes à risque d'itinérance contre l'escalade de la violence. Ils n'ont toutefois pas trouvé suffisamment de données probantes aptes à dépister systématiquement la violence exercée par un partenaire intime chez toutes les femmes en contexte de soins primaires, et ce, alors que la recherche de cas ciblés demeure importante pour les femmes qui présentent des problèmes liés à la violence afin de les orienter vers un spécialiste et de leur offrir du soutien.

Rivas et ses collaborateurs[31] ont constaté, selon des données acceptables, que de brefs services de défense des intérêts pouvaient apporter de petits avantages à court terme en matière de santé mentale et réduire la violence, tout particulièrement chez les femmes enceintes, dans la mesure où la violence exercée par le partenaire intime est susceptible d'augmenter pendant la grossesse, ce qui, en retour, peut entraîner une hausse du risque d'itinérance et d'autres conséquences néfastes.

Interventions en matière d'aide pour obtenir un logement fixe

Quatre essais randomisés ont examiné les interventions en matière d'aide pour

obtenir un logement fixe qui ont permis d'améliorer la stabilité résidentielle et qui ont eu une incidence positive sur la santé mentale, la qualité de vie et les résultats en matière de toxicomanie[34-36,41].

Les interventions familiales en temps critique (IFTC) font appel à des gestionnaires de cas qui aident les mères d'enfants âgés de plus de neuf mois à établir et à maintenir des liens efficaces avec les ressources locales et à accéder aux services pertinents pour elles (en particulier aux services en matière de santé mentale, de garde d'enfants et d'emploi). Grâce à l'aide obtenue pour remplir les demandes de prestations, les femmes peuvent graduellement repérer les sources stables de soutien et de logement dans leur collectivité et effectuer une transition vers ceux-ci[41]. Plusieurs mères en situation d'itinérance qui ont eu accès à des ITFC et à des logements répartis en différents lieux ont ainsi pu quitter le refuge et obtenir un logement stable beaucoup plus rapidement : les trois quarts d'entre elles ont obtenu un logement dans les 100 jours, comparativement à 300 jours ou plus pour les familles ayant reçu les services habituels[41]. Tous les refuges, ceux exigeant l'abstinence comme les autres, ont observé une augmentation du nombre de jours pendant lesquels les femmes ont été logées, ont travaillé et ont été abstinentes, et les refuges exigeant l'abstinence ont réussi à réduire un peu plus l'incidence de la toxicomanie[36].

McHugo et ses collaborateurs[35] ont comparé les logements fixes avec services de soutien et services intégrés de gestion de cas (« logement intégré ») et les logements fixes ordinaires avec services de gestion de cas fournis en parallèle (« logement parallèle ») et ils ont constaté que les deux types d'interventions favorisaient une augmentation de la stabilité résidentielle et une réduction de l'itinérance fonctionnelle, du temps passé en milieu institutionnel et de l'exposition à la violence interpersonnelle, en particulier chez les femmes bénéficiant des services de logement intégré. Les auteurs font remarquer que « la constatation la plus surprenante dans cette étude est l'émergence du genre comme variable modératrice » [35, p. 979] [traduction libre]. Ainsi, les propriétaires de logements se sont révélés plus susceptibles de considérer les hommes comme potentiellement menaçants, alors que les femmes « étaient souvent perçues comme des victimes et se voyaient accorder des décisions plus clémentes concernant leur logement »[35, p. 979] [traduction libre]. Parmi les participants au volet avec logement parallèle, les femmes ont ainsi passé plus de temps dans un logement stable et affiché une plus grande satisfaction globale à l'égard de la vie que leurs homologues masculins.

L'étude Family Options a engagé des familles ayant passé au moins sept jours dans un refuge pour familles[34]. Plus des deux tiers des familles inscrites étaient des familles monoparentales en situation d'itinérance dirigées par une femme. Les familles ont été réparties aléatoirement en deux groupes, celles qui bénéficieraient de l'une des trois interventions et celles incluses dans un groupe témoin bénéficiant des soins habituels, à savoir que les familles doivent trouver leur propre logement sans avoir accès à des interventions précises ou à un soutien supplémentaire. L'accès prioritaire à des subventions importantes pour un logement fixe a constitué l'intervention la plus efficace. Ces subventions pour un logement fixe se présentent souvent sous la forme d'une aide continue au logement et incluent des bons d'aide au logement pour les locataires, ce qui permet aux familles de louer l'appartement de leur choix sur le marché du logement privé mais de ne verser qu'un maximum de 30 % de leur revenu mensuel rajusté pour celui-ci, le reste du montant étant couvert par la subvention. Ces subventions étaient parfois accompagnées d'aide à la recherche d'un logement au départ, mais elles se sont révélées très efficaces même non accompagnées services de soutien supplémentaires. Chez les familles qui ont eu accès à des subventions pour un logement fixe sous forme de bons pour le paiement du loyer, on a pu observer, comparativement à celles qui ont reçu les soins habituels, des réductions notoires de l'itinérance, de l'instabilité résidentielle, du recours à un refuge d'urgence jusqu'à 18 mois après l'intervention, de l'insécurité alimentaire, de l'exposition à la violence et de la détresse psychosociale[34]. Ces familles ont également vécu un plus petit nombre de séparations des enfants et de placements de ces derniers en famille d'accueil, tout comme d'importantes améliorations en matière de stabilité scolaire et de nombreuses autres dimensions du bien-être chez les adultes et les enfants.

À l'opposé, pour les autres familles, celles ayant bénéficié comme interventions d'un relogement communautaire rapide avec aide locative temporaire renouvelable pendant un maximum de 18 mois ou un logement temporaire pour un maximum de 24 mois dans des bâtiments contrôlés par des agences offrant des services de soutien, ces types d'intervention n'ont eu que très peu d'influence sur l'incidence de la violence subie par un partenaire intime, de la situation d'itinérance, de la stabilité résidentielle ou du taux de préservation de la famille. En outre, ces interventions, pourtant presque aussi coûteuses que les subventions pour un logement fixe, se sont révélées nettement moins efficaces sur de multiples aspects et n'ont eu qu'une valeur ajoutée marginale par rapport à la fourniture de soins habituels[34].

Analyse

Cet examen de la portée avec analyse fondée sur le sexe et l'équité a permis de cerner différentes interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires[42] aptes à surmonter les obstacles liés au sexe à l'origine de l'itinérance chez les femmes, notamment l'exposition à la violence familiale et le manque d'autonomie financière. Ces interventions sont le soutien social, la défense des intérêts et la gestion des cas (par exemple services de défense des intérêts après le passage en refuge, communautés thérapeutiques, consultation en groupe, interventions en temps critique) ainsi qu'une aide financière pour un logement fixe (en particulier une aide au logement locatif pour les locataires), avec ou sans gestion de cas.

Les interventions pour lesquelles il existe des données probantes cohérentes et solides sur l'ensemble des études sont les services de défense des intérêts après le passage en refuge, les subventions pour un logement fixe et la gestion de cas. Pour les femmes qui se retrouvent en situation d'itinérance en raison d'une violence subie par un partenaire intime, l'accès aux services de défense des intérêts après le passage en refuge a entraîné un plus faible taux de récidive de la violence, un meilleur accès aux ressources et une meilleure qualité de vie[32]. Il a aussi été démontré que les subventions pour un logement fixe (comme les bons d'aide au logement pour les locataires) destinées aux femmes qui ont des enfants et ont passé au moins sept jours dans un refuge pour famille ont permis de réduire l'instabilité résidentielle, l'insécurité alimentaire, l'exposition à la violence et la détresse psychosociale et

ont en outre amélioré grandement la stabilité scolaire et le bien-être des enfants[34]. L'ajout de la gestion de cas, notamment les IFTC, a aidé les femmes à sortir des refuges et à accéder à un logement stable plus rapidement[41], tout en réduisant l'exposition à la violence subie par un partenaire intime, à l'itinérance et au temps passé en institution[35].

La pertinence de ces interventions est confirmée par l'examen des données probantes effectué par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs[43], le *Guide to Community Preventive Services*[44] américain et les nouvelles Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement ou ayant connu l'itinérance du *Journal de l'Association médicale canadienne*[19].

Le soutien offert doit non seulement être fondé sur des données probantes mais doit également tenir compte des traumatismes vécus[45]. Les femmes en situation ou à risque d'itinérance subissent de nombreuses pertes traumatisantes, en particulier la perte d'un lieu sûr où vivre, des perturbations au travail et l'instabilité qui en découle pour la famille[46]. Les femmes devraient donc prendre part aux décisions qui les touchent et être habilités à choisir les types d'interventions qui leur conviennent, à elles et à leur situation particulière, afin de disposer d'une plus grande marge de manœuvre lorsque vient le moment de déterminer leur avenir et celui de leur famille[47].

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de cette étude est l'inclusion d'une analyse fondée sur le sexe et l'équité, qui a permis de mieux comprendre les différents parcours qui conduisent les femmes à l'itinérance ainsi que les différentes approches conçues pour soutenir celles déjà en situation d'itinérance ou à risque de l'être, particulièrement dans des cas de violence subie par un partenaire intime et de pauvreté.

L'une des limites de cette étude est liée au fait qu'une grande partie des données probantes disponibles porte sur des femmes en situation d'itinérance qui vivent dans un refuge d'urgence (refuge pour victimes de violence familiale ou refuge pour familles en situation d'itinérance), ce qui signifie qu'on dispose de très peu de données pour orienter les décisions en matière d'intervention communautaire et toucher la proportion nettement plus importante de femmes itinérantes cachées ou à risque d'itinérance. Les données probantes sont également très hétérogènes. Des études différentes ont examiné des sous-populations différentes, des types d'interventions variés (souvent des interventions complexes à composantes multiples) et des mesures des résultats disparates, ce qui rend également très difficile la réalisation d'une synthèse quantitative (de type méta-analyse) permettant de déterminer l'efficacité et l'ampleur de l'effet de chaque intervention effectuée. De plus, même si la stratégie de recherche reposait sur les termes « wom*n »[femme(s)] et « female » [féminine], nous sommes conscients que certaines données spécifiques à certaines sous-populations de femmes, par exemple les femmes trans, ont pu ne pas avoir été adéquatement cernées et abordées dans cette recherche.

Conséquences en matière de politiques et de pratiques

Bien que les femmes vivant au Canada aient un niveau de scolarité élevé, le Canada se situe bien en deçà des autres pays à revenu élevé en matière de participation économique des femmes, d'indice de rémunération et d'émancipation politique[48]. De plus, chaque année, au Canada, 96 000 personnes, des femmes en majorité, déclarent à la police avoir été victimes de violence de la part de leur partenaire intime[49]. Il est notoire que ce chiffre n'est qu'une grossière sous-estimation du nombre réel de femmes victimes de violence interpersonnelle, ce qui, combiné au manque d'autonomie financière, constitue un facteur important d'exposition à un risque d'itinérance. Si les refuges offrent un logement temporaire en temps de crise, ces expériences sont très perturbatrices. Les femmes et les enfants ont plutôt besoin d'un logement sûr, abordable et fixe doté de ressources et de soutiens sociaux adéquats pour surmonter les défis liés à la dynamique familiale et à l'exposition à la violence ou, à tout le moins, d'une stratégie de sortie leur permettant de reconstruire leur vie sans avoir besoin de s'abriter dans des refuges, lesquels demeurent souvent un « dernier recours ».

Conclusion

Pendant la pandémie de COVID-19, il est devenu plus urgent que jamais de répondre aux besoins des femmes en situation ou à risque d'itinérance, alors que les familles sont obligées de demeurer à la maison dans un espace restreint, que les écoles et les garderies sont fermées pendant de longues périodes et que le taux de violence familiale a augmenté partout dans le monde[50]. Les femmes ont subi près des trois quarts des pertes d'emploi au Canada pendant la première vague de COVID-19. La pandémie a aussi mis en relief le fort pourcentage de femmes qui travaillent dans le secteur des services de garde et des soins aux aînés, des secteurs souvent sous-financés qui englobent une grande part de travail informel et non rémunéré, et ce, même s'ils sont essentiels au fonctionnement de notre économie et de notre société[51].

Même avant la COVID, les femmes ayant des enfants, en particulier les mères monoparentales, gagnaient moins que les femmes sans enfant[52]. Les interventions favorisant l'émancipation économique des femmes et les réformes juridiques sont au cœur des approches visant à prévenir la violence entre partenaires intimes[53], ce qui en retour peut prévenir l'itinérance. Il est temps d'imaginer un Canada post-COVID où l'on mettrait fin à l'itinérance des femmes et des enfants en investissant davantage dans la promotion de l'équité entre les sexes[51]. Cela est susceptible d'exiger un certain nombre de changements structurels, notamment la formalisation du travail en soins en lui attribuant une échelle salariale et des avantages sociaux, la transformation des normes sexuelles, l'amélioration de l'accès aux services de garde, l'assurance de l'équité salariale, la création de possibilités de congé parental et de conciliation travail-vie privée, l'assurance d'une protection de l'emploi pour les personnes handicapées et divers autres politiques et programmes favorisant l'équité.

Pour créer des environnements sociaux plus favorables à la santé tout au long de la vie, il faut aider les familles à renforcer les liens entre adultes et entre adultes et enfants et favoriser les compétences socio-émotionnelles pour les familles par l'entremise de rencontres prénatales et de programmes de visites à domicile par des infirmières, ainsi que dans les services de garde et les écoles, afin d'augmenter la stabilité familiale et de réduire la violence entre partenaires intimes et les expériences négatives vécues pendant l'enfance, qui sont souvent des précurseurs de l'itinérance.

Puisque le nombre de femmes et d'enfants dans des refuges ne représente que la partie émergée de l'iceberg, une démarche populationnelle peut améliorer les résultats pour un bien plus grand nombre de femmes et leurs enfants, avant que cela devienne une situation de crise[54]. Il faut donc déployer davantage d'efforts pour prendre la mesure de la partie de l'iceberg « sous la surface », celle de la violence entre partenaires intimes et de l'itinérance cachée chez les femmes, afin de mieux comprendre l'ampleur réelle de cette situation et ses causes précises, afin de mieux soutenir les femmes vivant cette expérience et afin de prévenir l'itinérance.

Remerciements

Ce rapport a été financé, en partie, par l'Agence de la santé publique du Canada. Les auteurs aimeraient également remercier Kaitlin Schwan et Arlene Hache de leur avoir donné la permission de reproduire la figure 1.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré par les auteurs.

Contribution et déclaration des auteurs

Tous les auteurs ont joué un rôle dans la conception de l'étude. SM, CM et OM ont dirigé l'extraction et l'analyse initiale des données. AA a rédigé la version finale du manuscrit. Tous les auteurs ont ensuite examiné et approuvé la version définitive pour publication.

Les auteurs assument la responsabilité du contenu de l'article et des points de vue qui y sont exprimés, ces derniers ne reflétant pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. L'état de l'itinérance au Canada 2016 [Internet]. Toronto (Ont.) : Observatoire canadien sur l'itinérance; 2016. En ligne à : https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf

2. Observatoire canadien sur l'itinérance (OCI). La définition canadienne de l'itinérance [Internet]. Toronto (Ont.) : OCI; 2017. En ligne à : http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf

3. Taylor, G. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 - Regard sur la violence familiale au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/department-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf

4. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Cachée sous nos yeux Une analyse statistique de la violence envers les enfants (Résumé) [Internet]. New York (NY) : UNICEF; 2014. En ligne à : https://www.unicef.ca/sites/default/files/legacy/imce_uploads/UTILITY%20NAV/MEDIA%20CENTER/PUBLICATIONS/FRENCH/cachee_sous_nos_yeux.pdf

5. Schwan K, Versteegh A, Perri M, Caplan R, Baig K, Dej E, et al. Sommaire exécutif. Dans : Hache A, Nelson A, Kratochvil E, Malenfant J (dir.). L'État des besoins en matière de logement et de l'itinérance chez les femmes au Canada. Toronto (Ont.) : Presse de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2020. En ligne à : http://womenshomelessness.ca/wp-content/uploads/WG_ES1_FRENCH-1.pdf

6. Rodrigue S. Regards sur la société canadienne : l'itinérance cachée au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016. [No 75-006-X au catalogue]. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.htm

7. Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Déterminer les besoins impérieux en matière de logement [Internet]. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2019. En ligne à : https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/data-and-research/core-housing-need/identifying-core-housing-need

8. Peressini T. Pathways into homelessness: testing the heterogeneity hypothesis. Dans : Hulchanski JD, Campsie P, Chau SB, Hwang SW, Paradis E (dir.). Finding home: policy options for addressing homeless in Canada (livre numérique, chapitre 8.2). Toronto (Ont.) : Cities Centre Press; 2009.

9. Anderson D, Saunders D. Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. Trauma Violence Abuse. 2003;4(2):163-191. https://doi.org/10.1177/1524838002250769

10. Roy J, Marcellus S. L'homicide au Canada, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. [No 85-002-X au catalogue]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00016-fra.htm

11. Moreau G. Les établissements d'hébergement canadiens pour les victimes de violence, 2017-2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [cité le 3 octobre 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00007-fra.htm

12. Scrim K. La victimisation autochtone au Canada : sommaire de la littérature [Internet]. Ottawa (Ont.) : ministère de la Justice Canada; 2017 [cité le 2 octobre 2020]. En ligne à : https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr3-rd3/p3.html

13. Conroy S, Burczycka M, Salvage L. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2018, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. [No 85-002-X au catalogue] En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2019001/article/00018-fra.pdf?st = cOoXJ0-E

14. Bretherton J. Reconsidering gender in homelessness. Eur J Homelessness. 2017;11(1). https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh-11-1_a1-v045913941269604492255.pdf

15. Whitzman C. Making the invisible visible: Canadian women, homelessness, and health outside the "big city". Dans : Hulchanski JD, Campsie P, Chau SB, Hwang SW, Paradis E (dir.). Finding home: policy options for addressing homelessness in Canada (livre numérique). Toronto (Ontario) : Cities Centre Press; 2009.

16. AR, Clark C. Gender differences in response to homelessness services. Eval Program Plann. 2005;28(1):69-81. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.05.003

17. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, Scrim K. Une estimation de l'incidence économique de la violence conjugale au Canada en 2009. Ottawa (Ont.) : ministère de la Justice du Canada; 2012. En ligne à : https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12_7/rr12_7.pdf

18. National Network to End Domestic Violence. Coronavirus and women's shelters: planning, preparation and response to the COVID-19 pandemic [Internet]. Webinaire avec le Global Network of Women's Shelters et le Asian Network of Women's Shelters; 2020 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://www.homelesshub.ca/resource/coronavirus-and-womens-shelters-planning-preparation-and-response-covid-19-pandemic%C2%A0

19. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Clinical guidelines for homeless and vulnerably housed people and people with lived homelessness experience. CMAJ. 2020;192(10):E240-E254. https://doi.org/10.1503/cmaj.190777

20. Andermann A, Bloch G, Goel R, Brcic V, Salvalaggio G, Twan S, et al. Caring for patients with lived experience of homelessness. Can Fam Physician. 2020;66(8):563-570.

21. Shoemaker E, Kendall C, Mathew C, Crispo S, Welch V, Andermann A, et al. Establishing need and population priorities to improve the health of homeless and vulnerably housed women, youth, and men: a Delphi consensus study. PLOS ONE. 2020; 15(4):e0231758. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231758

22. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005; 8(1):19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

23. Gender Analysis Toolkit for Health Systems [Internet]. Baltimore (MD): Jhpiego; 2020 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/gender-analysis

24. Welch V, Tugwell P, Petticrew M, de Montigny J, Ueffing E, Kristjansson B, et al. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(12):MR000028. https://doi.org/10.1002/14651858.MR000028.pub2

25. Mbuagbaw L, Aves T, Shea B, Jull J, Welch V, Taljaard M, et al. Considerations and guidance in designing equity-relevant clinical trials. Int J Equity Health. 2017;16:93. https://doi.org/10.1186/s12939-017-0591-1

26. White H. Evidence and gap maps on homelessness [Internet]. Oslo (Norvège) : Centre for Homelessness Impact; 2018. En ligne à : https://uploads-ssl.webflow.com/59f07e67422cdf0001904c14/5aea3a8feb6f2594f99576c8_evidence-and-gap-maps-on-homelessness_2018.pdf

27. Gouvernement du Canada. Recherche simple [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [cité le 26 juillet 2020]. En ligne à : http://publications.gc.ca/site/fra/recherche/recherche.html

28. Instituts de recherche en santé du Canada. Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du genre dans la recherche en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2016 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://cihr-irsc.gc.ca/f/49335.html

29. IE, Sijbrandij M, van Luijtelaar MJ, Cuijpers P, Wolf JR. The effectiveness of interventions during and after residence in women's shelters: a meta-analysis. Eur J Public Health. 2015; 25(1):15-19. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku092

30. Speirs V, Johnson M, Jirojwong S. A systematic review of interventions for homeless women. J Clin Nurs. 2013; 22(7-8):1080-1093. https://doi.org/10.1111/jocn.12056

31. C. Rivas, J. Ramsay, L. Sadowski, L.L. Davidson, D. Dunne, S. Eldridge et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2015;12: CD005043. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub3

32. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. JAMA. 2003;289(5): 589-600. https://doi.org/10.1001/jama.289.5.589

33. Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. Issues Ment Health Nurs. 2005; 26(6):575-590. https://doi.org/10.1080/01612840590959416

34. Gubits D, Shinn M, Wood M, Bell S, Dastrup S, Solari CD, et al. Family Options Study: 3-year impacts of housing and services interventions for homeless families [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Housing and Urban Development - Office of Policy Development and Research; 2016 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://www.huduser.gov/portal/publications/Family-Options-Study.html

35. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. Schizophr Bull. 2004; 30(4):969-982. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007146

36. Milby JB, Schumacher JE, Wallace D, Freedman MJ, Vuchinich RE. To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment. Am J Public Health. 2005;95(7):1259-1265. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.039743

37. Nyamathi A, Flaskerud JH, Leake B, Dixon EL, Lu A. Evaluating the impact of peer, nurse case-managed, and standard HIV risk-reduction programs on psychosocial and health-promoting behavioral outcomes among homeless women. Res Nurs Health. 2001;24(5):410-422. https://doi.org/10.1002/nur.1041

38. Nyamathi AM, Leake B, Flaskerud J, Lewis C, Bennett C. Outcomes of specialized and traditional AIDS counseling programs for impoverished women of color. Res Nurs Health. 1993;16(1): 11-21. https://doi.org/10.1002/nur.4770160104

39. Nyamathi A, Flaskerud J, Keenan C, Leake B. Effectiveness of a specialized vs. traditional AIDS education program attended by homeless and drug-addicted women alone or with supportive persons. AIDS Educ Prev. 1998;10(5):433-446.

40. Lako DA, Beijersbergen MD, Jonker IE, de Vet R, Herman DB, van Hemert AM, et al. The effectiveness of critical time intervention for abused women leaving women's shelters: a randomized controlled trial. Int J Public Health. 2018;63(4):513-523. https://doi.org/10.1007/s00038-017-1067-1

41. Samuels J, Fowler PJ, Ault-Brutus A, Tang D-I, Marcal K. Time-limited case management for homeless mothers with mental health problems: effects on maternal mental health. J Soc Social Work Res. 2015;6(4):515-539. https://doi.org/10.1086/684122

42. Canadian Observatory on Homelessness. Best, promising and emerging practices. Toronto (Ont.): Canadian Observatory on Homelessness; 2019 [cité le 31 octobre 2020]. En ligne à : https://www.homelesshub.ca/solutions/best-promising-and-emerging-practices

43. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen N, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations. Rapport technique n° 01-4 du GECSSP. London (Ont.) : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2001. En ligne à : https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/2003-violence-against-women-systematic-review-and-recommendations-en.pdf

44. Community Preventive Services Task Force. The guide to community preventive services/ health equity: tenant-based rental assistance programs [Internet]. Atlanta (GA): Centres for Disease Control and Prevention; 2001 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://www.thecommunityguide.org/findings/health-equity-tenant-based-rental-assistance-programs

45. Purkey E, Patel R, Phillips SP. Trauma-informed care: better care for everyone. Can Fam Physician. 2018; 64(3):170-172.

46. Showalter K. Women's employment and domestic violence: a review of the literature. Aggress Violent Behav. 2016;31:37-47. https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.017

47. Qulliit Nunavut Status of Women Council; YWCA de Yellowknife; Yellowknife Women's Society; Yukon Status of Women's Council. You just blink and it can happen: a study of women's homelessness north of 60. Yellowknife (NT): Qulliit Nunavut Status of Women Council; 2007. En ligne à : https://www.yukonstatusofwomen.org/index.php/publications/10-you-just-blink-and-it-can-happen/file

48. Schwab K. Global gender gap report 2020 [Internet]. Genève (Suisse) : Forum économique mondial; 2020. En ligne à : http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf

49. Burczycka M. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2017 – Section 2 : Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [cité le 28 juillet 2020]. [No 85-002-X au catalogue]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54978/02-fra.htm

50. Human Rights Watch. Submission to the UN special rapporteur on violence against women, its causes and consequences regarding COVID-19 and the increase of domestic violence against women [Internet]. New York (NY): Human Rights Watch; 2020 [cité le 28 juillet 2020]. En ligne à : https://www.hrw.org/news/2020/07/03/submission-un-special-rapporteur-violence-against-women-its-causes-and-consequences

51. YWCA Canada; Institute for Gender and the Economy. Un plan de relance économique féministe pour le Canada : faire fonctionner l'économie pour tout le monde [Internet]. Toronto (Ont.) : YWCA Canada; 2020. En ligne à : https://www.feministrecovery.ca/s/Un-plan-de-relance-economique-feministe-pour-le-Canada.pdf

52. Zhang X. Gains des femmes ayant des enfants et des femmes sans enfant. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2009. [No 75-001-X au catalogue; Perspective, 9 mars]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-001-x/2009103/pdf/10823-fra.pdf?st=L3d1XwsG

53. Heise L. What works to prevent partner violence? An evidence overview. [Working Paper 2.0] London (UK): London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011. En ligne à : https://www.oecd.org/derec/49872444.pdf

54. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985; 14:32-38. https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.02f

Recherche qualitative originale

Promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants auprès des collectivités et des fournisseurs de soins des Premières Nations et des Métis du Manitoba

Grace Kyoon-Achan, Ph. D. (1,2,3); Robert J. Schroth, D.M.D., Ph. D. (1,2,4,5); Julianne Sanguins, IA, Ph. D. (5,6); Rhonda Campbell, IP (7); Daniella DeMaré (1,2); Melina Sturym, HDA, M.A. (1,2); Jeanette Edwards, B. ERG., M.G.S.S. (8); Mary Bertone, B. Sc. HD, MSP (1,9); Lisette Dufour, HDA (10); Khalida Hai Santiago, D.M.D. (11); Frances Chartrand, B. Serv. Soc. (6); Tiffany Dhaliwal, B. Sc. Inf. (2); Brayden Patterson, B. Sc. (2); Joshua Levesque, B. Sc. (2); Michael Moffatt, M.D., M. Sc. (4,5); l'équipe de mise à l'échelle de l'initiative Sourire en santé, enfant heureux

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les caries de la petite enfance sont un problème de santé publique, et le fardeau considérable subi par les enfants autochtones met en lumière les inégalités en matière de santé buccodentaire au sein des populations au Canada. Les obstacles sont le manque d'accès aux soins de santé buccodentaire et l'absence d'une promotion de la santé buccodentaire culturellement adaptée. Cette étude visait à déterminer où et comment les parents, les familles et les membres des collectivités des Premières Nations et des Métis apprennent à prendre soin de la santé buccodentaire des jeunes enfants, et quelles idées et suggestions ils ont sur la façon de diffuser l'information et de promouvoir la santé buccodentaire des jeunes enfants au sein des collectivités autochtones.

Méthodologie. Les cercles de partage et les groupes de discussion ont mobilisé huit groupes de participants (n = 59) échantillonnés par choix dans quatre collectivités du Manitoba. Une approche relevant de la théorie ancrée a guidé l'analyse thématique des données enregistrées sur bande audio et transcrites.

Résultats. Les participants ont dit avoir tiré leurs connaissances sur la santé buccodentaire de parents, de la famille et d'amis, de fournisseurs de soins primaires, lors des programmes prénataux, dans les écoles et en ligne. Certains utilisaient des remèdes traditionnels. Les recommandations des participants ont été de transmettre de l'information qui soit culturellement adaptée par l'entremise de programmes et d'ateliers communautaires et prénataux, des écoles et des garderies, d'affiches, de dépliants envoyés par la poste et de communications téléphoniques (appels et textos) aux parents et aux familles, et au moyen des médias sociaux. Il a été recommandé, afin d'encourager une bonne hygiène buccale, de distribuer des produits d'hygiène buccale interactifs et attrayants pour les enfants.

Conclusion. De l'information et des ressources sur la santé buccodentaire fondées sur des données probantes et adaptées aux collectivités des Premières Nations et des Métis pourraient, si elles étaient fournies de façon stratégique, atteindre un plus grand nombre de familles et modifier la trajectoire actuelle de la santé buccodentaire des jeunes enfants.

Points saillants

- Les peuples des Premières Nations et les Métis disent que pour améliorer la santé buccodentaire des jeunes enfants, il faut attirer l'attention des membres de la collectivité.
- Il faut constamment rappeler aux parents et aux familles l'importance de l'hygiène buccale des jeunes enfants.
- Des articles d'hygiène buccale comme des brosses à dents doivent être offerts aux familles qui n'ont pas les moyens de les acheter.
- Les fournisseurs de soins buccodentaires et les fournisseurs de soins non dentaires, comme les infirmières, peuvent transmettre de l'information sur la santé buccodentaire, en particulier des conseils de prévention, à l'ensemble de la collectivité.
- L'information sur les soins dentaires et les bonnes habitudes de santé buccodentaire peut être transmise lors d'événements communautaires, dans les écoles et les centres de santé, ainsi que par l'entremise des programmes prénataux communautaires et des médias sociaux.

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de médecine dentaire préventive, Collège de médecine dentaire Dr Gerald Niznick, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
2. Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
3. Institut de santé et de guérison autochtone Ongomiziiwin, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
4. Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
5. Département des sciences de la santé communautaire, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
6. Fédération des Métis du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
7. Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
8. Soins communs, Winnipeg (Manitoba), Canada
9. École d'hygiène dentaire, Collège de médecine dentaire Dr Gerald Niznick, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
10. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
11. Santé, Aînés et Vie active, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Robert J. Schroth, Département des sciences de médecine dentaire préventive, Collège de médecine dentaire Dr Gerald Niznick, Université du Manitoba, bureau 507/Centre de recherche John Buhler, 715, avenue McDermot, Winnipeg (Manitoba) R3E 3P4; tél. : 204-272-3121; courriel : robert.schroth@umanitoba.ca

Mots clés : *santé buccodentaire des jeunes enfants, caries de la petite enfance, Premières Nations, Métis, promotion de la santé buccodentaire*

Introduction

Les Premières Nations, les Métis et les Inuits du Canada, et en particulier les enfants, vivent d'importantes disparités en matière de santé buccodentaire[1,2]. Les caries de la petite enfance ont une incidence sur la santé et le bien-être des enfants, que soit en termes d'alimentation, de développement du langage ou d'image de soi[3,4].

Les caries de la petite enfance touchent de façon disproportionnée les enfants autochtones[5,6]. Le manque d'accès aux soins buccodentaires constitue un obstacle majeur dans ce domaine. Le manque de sensibilisation à la santé buccodentaire, les déterminants sociaux de la santé et les habitudes d'hygiène des personnes qui s'occupent des enfants de moins de 72 mois constituent d'autres obstacles[5,7]. Une sensibilisation accrue des parents et familles peut contribuer à modifier les comportements dont on sait qu'ils contribuent aux caries de la petite enfance[8,9].

L'initiative Sourire en santé, enfant heureux (SSEH) a adopté une approche de développement communautaire pour promouvoir la santé buccodentaire des jeunes enfants[10]. Le développement communautaire vise à donner aux collectivités les moyens de définir des stratégies, d'élaborer des ressources et d'établir les outils de formation qui préviendront les maladies dans leurs contextes spécifiques[11,12]. La participation communautaire, qui intègre l'amélioration de la capacité des fournisseurs de services et des membres de la collectivité à véhiculer des messages vitaux sur la santé, est essentielle. Or ce sont les membres de la collectivité et non les fournisseurs de services qui comprennent le mieux leur collectivité[12]. Et, lors de ce processus, il est crucial de comprendre les connaissances et les attitudes des parents et familles et des fournisseurs de soins de santé à l'égard des services de santé buccodentaire[13]. Le recrutement et la formation de fournisseurs de soins de santé autochtones et non-autochtones en matière de contextes particuliers et de besoins en soins buccodentaires des collectivités autochtones sont particulièrement importants[14].

Les programmes de promotion de la santé buccodentaire de SSEH s'appuient sur des stratégies clés de mobilisation des Autochtones pour encourager l'adoption et la réintégration, par les parents et familles, de pratiques saines traditionnelles d'éducation des enfants[15]. L'objectif global de parvenir à une bonne santé buccodentaire chez les jeunes enfants implique la réduction des comportements à risque des parents et familles et le soutien aux comportements favorisant la santé en matière de caries de la petite enfance. La poursuite de ces efforts de promotion de la santé buccodentaire et de divers autres efforts en ce domaine sera grandement enrichie grâce à une meilleure compréhension du paysage de la santé buccodentaire des jeunes enfants dans les collectivités des Premières Nations et des Métis.

Notre étude avait pour objectif de comprendre :

- où et comment les familles et les fournisseurs de soins des Premières Nations et des Métis apprennent à prendre soin des dents des enfants;
- quels sont les meilleurs moyens d'offrir aux fournisseurs de soins et aux collectivités de l'information sur la santé buccodentaire des jeunes enfants pour favoriser les mesures qui réduisent les caries de la petite enfance.

Cet article présente les suggestions des Premières Nations et des Métis sur la façon de promouvoir la santé buccodentaire des jeunes enfants et de prévenir les caries de la petite enfance au sein des collectivités autochtones.

Cette étude qualitative de référence faisait partie d'une intervention en santé buccodentaire des jeunes enfants à méthodes mixtes plus vastes visant à prévenir les caries de la petite enfance. Dans cette étude, nous avons adopté des principes de recherche participative communautaire et des méthodes autochtones de recherche pour discuter avec des résidents de quatre collectivités des Premières Nations et des Métis. La recherche participative communautaire est une méthode souvent choisie en recherche avec les peuples autochtones car c'est une approche équitable et qui renforce la confiance[16,17].

L'étude a été menée en collaboration avec le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba (SSDSPNM) et la Fédération des Métis du Manitoba (FMM). Ces organisations autochtones représentent les Premières Nations et les Métis inscrits au Manitoba. Les représentants du SSDSPNM et de la FMM ont été des membres clés de l'équipe de recherche dès le début et ont aidé à chaque étape du projet. Ils ont participé à la conception de l'étude, à l'élaboration des questions de recherche, à la sélection des collectivités et à la mise en contact avec celles-ci pour les inviter à participer à l'étude, à l'organisation de réunions et à la collecte de données dans les collectivités, ainsi qu'à l'examen des données et des manuscrits. Ces partenaires ont également guidé la nature du transfert de connaissances et son processus en révisant les documents et en aidant à organiser des visites et des activités communautaires pour transmettre les résultats et mener des activités de promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants fondées sur les recommandations des parents et familles. Les représentants ont eu accès aux données en temps réel, ont été informés du processus lors des réunions mensuelles, ont participé à toutes les prises de décisions principales et ont revu l'information et les documents pertinents.

Nous avons obtenu l'approbation nécessaire en matière d'éthique auprès du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba. L'approbation du SSDSPNM et de la FMM a également été obtenue. Le processus de recherche a été guidé par les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des Premières Nations[18] et par les principes de propriété, de contrôle, d'accès et d'intendance (PCAI) de la FMM[19]. La mise en œuvre des principes de PCAP et de PCAI signifie que les données sont analysées sur les campus de l'Université du Manitoba, mais que les partenaires peuvent avoir accès à ces données dépersonnalisées en tout temps et sous n'importe quel format, sur demande. Le fait d'avoir des rôles décisionnels au sein de l'équipe de recherche signifie que les collectivités ont un droit de regard sur la façon dont leurs données sont utilisées et diffusées. Tous les renseignements, documents et mesures concernant les données sont soumis à l'équipe pour révision et approbation.

Les collectivités participantes ont donné leur consentement libre et éclairé avant le début de l'étude[20]. Les participants ont, quant à eux, fourni un consentement éclairé écrit avant de prendre part aux

cercles de partage et aux groupes de discussion.

Méthodologie

Nous avons utilisé des méthodes autochtones de recherche qui favorisent le respect culturel en intégrant les visions du monde et les perspectives autochtones[21]. Des cercles de partage conformes aux valeurs autochtones ont été utilisés pour mobiliser les participants[22]. Au total, 59 parents, grands-parents et membres de la collectivité avec des enfants de 72 mois et moins ont été sélectionnés par des promoteurs de la santé buccodentaire vivant et travaillant dans les mêmes collectivités rurales que les participants à l'étude. Ces promoteurs de la santé buccodentaire font la promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants en fournissant de l'information et des ressources sur la santé buccodentaire. Les participants des collectivités urbaines ont été recrutés par les coordonnateurs des programmes axés sur les Autochtones.

Collecte de données

Des cercles de partage et des groupes de discussion ont eu lieu dans le cadre de programmes adaptés aux Autochtones à Winnipeg (Manitoba) ainsi que sur les lieux de réunion des groupes communautaires dans les collectivités rurales des Premières Nations et des Métis[20]. Les séances ont été animées par un chercheur qualitatif expérimenté et appuyées par le personnel de SSEH.

Onze questions principales ont été abordées (tableau 1).

Cet article porte sur les réponses aux questions 5, 6 et 10 :

- Où avez-vous appris ce que sont les dents de lait et comment en prendre soin?
- Selon vous, quelles sont les meilleures façons d'obtenir de l'information et des conseils importants pour les parents et les familles afin d'éviter que les enfants aient des caries dentaires graves?
- Quelle est la meilleure façon de vous transmettre de l'information sur la santé buccodentaire?

Les réponses à ces trois questions ont fourni des données et des thèmes spécifiques à une promotion de la santé buccodentaire pertinente pour les fournisseurs de soins et les collectivités autochtones.

Le traitement des réponses aux autres questions a été abordé ailleurs.

Analyse des données

Nous avons effectué une analyse thématique pour dégager des thèmes en réponse directe aux questions posées. L'étude a été guidée par une approche relevant de la théorie ancrée[23]. Nous avons choisi cette approche car, s'il y a eu des recherches sur les caries de la petite enfance dans les collectivités des Premières Nations, nous disposions de très peu de données sur les populations métisses. En outre, aucun article n'avait été publié décrivant en détail les stratégies de promotion en santé menées par la collectivité. Notre objectif n'était pas de mettre cette théorie à l'épreuve, mais de comprendre les expériences des personnes vivant dans les collectivités des Premières Nations et des Métis.

Notre processus consistait à comparer constamment les données, ce qui constitue un élément clé de la théorie ancrée. Nous avons effectué une analyse préliminaire des données après chaque groupe de discussion, puis nous avons comparé les résultats avec ceux des groupes précédents afin d'évaluer les similitudes, les différences ou les idées et thèmes connexes[23]. Les constatations préliminaires ont guidé la ronde suivante de collecte de données. Les connaissances de l'équipe de recherche sur la littérature et l'expérience qualitative des chercheurs avec les collectivités autochtones et les méthodes

TABLEAU 1
Questions provenant des groupes de discussion et des cercles de partage[a]

	Questions de l'étude
1	Pensez-vous que des dents de lait saines ont un rôle dans la santé générale des enfants?
2	Pensez-vous que ce que vous mangez et la façon dont vous prenez soin de vos dents pendant la grossesse affecteront les dents de votre enfant?
3	Selon vous, pourquoi les jeunes enfants ont-ils des caries sur leurs dents de lait?
4	Comment et pourquoi prenez-vous soin des dents de vos enfants? a. Quelles sont les choses que vous faites actuellement pour prendre soin des dents de votre bébé ou de votre jeune enfant? b. Que [quoi d'autre] pourriez-vous faire?
5	Où avez-vous appris ce que sont les dents de lait et comment en prendre soin? a. Qu'est-ce qui a influencé ou influence ce que vous savez maintenant sur le soin des dents des bébés? b. Avez-vous trouvé ces ressources respectueuses de vos traditions culturelles?
6	Selon vous, quelles sont les meilleures façons d'obtenir de l'information importante et des conseils pour les parents et les familles afin d'éviter que les enfants aient des caries dentaires graves? Y a-t-il des lieux particuliers où vous aimeriez obtenir plus de renseignements sur la santé dentaire des enfants? Où et de la part de qui?
7	Quels sont certains des défis ou des problèmes auxquels vous faites face lorsque vous prenez soin des dents de votre enfant? Cela a-t-il entraîné des problèmes de santé dentaire (comme des caries dentaires)?
8	Que pensez-vous de la possibilité d'obtenir des soins dentaires sous anesthésie générale? a. Des enfants de votre collectivité se rendent-ils dans une salle d'opération pour subir une chirurgie dentaire? Comment vous sentez-vous par rapport à ça? b. Pourquoi pensez-vous que tant d'enfants vont dans des salles d'opération?
9	Des gens disent qu'on peut prévenir la carie dentaire, même chez les jeunes enfants. Qu'en pensez-vous?
10	Quelle est la meilleure façon de vous transmettre de l'information sur la santé buccodentaire?
11	Avez-vous des histoires à nous raconter au sujet de votre enfant ou des expériences dentaires des enfants?

[a] Les sous-questions notées a et b aux questions 4, 5 et 8 ont servi de questions incitatives si les répondants étaient bloqués et avaient besoin de reformulation des questions.

autochtones de recherche ont guidé l'approche théorique.

Grâce à l'utilisation de la théorie ancrée, les chercheurs et les analystes de données ont évité les idées préconçues lorsqu'ils ont élaboré des questions ouvertes et semi-structurées pour explorer leur sujet. Les intervieweurs expérimentés ont posé des questions incitatives pour ajuster les questions afin de mieux comprendre le point de vue des participants.

Les sessions de tous les cercles de partage et groupes de discussion ont été enregistrées sur bande audio et transcrites mot à mot. L'analyse des données thématiques a été effectuée à l'aide du logiciel qualitatif NVivo 12 (QSR International Pty Ltd. 2018). Les données ont été codées en fonction de titres thématiques choisis au moyen d'un codage ouvert à l'étape de l'analyse préliminaire des données.

Nous avons regroupé en thèmes les termes et idées récurrents que les participants ont utilisés pour décrire les conditions qui façonnaient leurs expériences. Ces thèmes ont été vérifiés et contre-vérifiés à mesure que d'autres groupes de discussion et cercles de partage avaient lieu. Nous avons également codé les similitudes et les différences entre les groupes et entre les groupes ou données des Premières Nations et ceux des Métis. Les catégories émergentes ont été comparées entre des groupes et des données composés principalement de membres des Premières Nations et de Métis afin de déterminer et d'illustrer les points de vue majoritaires de tous les répondants des Premières Nations et des Métis. Les données ont été contre-vérifiées par deux analystes de données. Les citations ont été reproduites textuellement en anglais avec un minimum de modifications à des fins de clarté uniquement, puis traduites en français dans cette version.

Résultats

Parmi les 59 participants recrutés (âge moyen de 35,7 ans, ± 11,0 ans), 52 ont déclaré avoir au moins un enfant ou petit-enfant. La plupart étaient des femmes (n = 46; 78 %) et 13 étaient des hommes (22 %). Sur l'ensemble, 25 étaient célibataires et 29 étaient mariés ou en union de fait. Cinq participants n'ont pas indiqué leur état matrimonial ni leur niveau de scolarité. La moitié (n = 30) n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, alors que 24 avaient fait des études collégiales ou universitaires. Un peu plus de la moitié des participants (n = 33; 60 %) occupaient un emploi à temps plein ou à temps partiel, contre 26 (44 %) sans emploi ou n'ayant pas indiqué leur situation d'emploi.

Les participants ont présenté des suggestions sur les façons optimales de diffuser de l'information sur la santé buccodentaire dans leur collectivité et de transmettre cette information directement aux parents et familles (tableau 2). Les réponses des participants n'étaient pas très différentes entre les hommes et les femmes. Dans tous les groupes, les hommes avaient tendance à être d'accord avec les femmes ou à répéter les réponses qu'elles donnaient. Les hommes semblaient s'en remettre implicitement aux femmes en ce qui concerne les soins buccodentaires des jeunes enfants. Les femmes ont souligné la valeur que des hommes soient présents aux séances d'éducation en santé buccodentaire afin qu'ils entendent parler de l'importance de la santé buccodentaire des jeunes enfants et qu'ils commencent à jouer un rôle plus actif dans le soutien à l'hygiène buccodentaire des enfants.

Dans cette section, nous présentons les réponses convergentes des participants des Premières Nations et des Métis. Les déclarations et les expériences de chaque participant sont reproduites dans les citations (qui ont été modifiées à des fins de clarté uniquement).

Où avez-vous appris ce que sont les dents de lait et comment en prendre soin?

À propos de l'apprentissage de la manière dont prendre soin des dents des enfants, les fournisseurs de soins des Premières Nations et des Métis ont indiqué six sources d'information sur la santé buccodentaire : la culture; les parents et les membres de la famille; les dentistes et les fournisseurs de soins primaires; les écoles et les garderies; les programmes prénataux et postnataux et enfin les ressources en ligne et imprimées.

> J'utilisais la médecine traditionnelle pour la dentition et cela aidait à apaiser les gencives pendant qu'il passait à travers la dentition. (Participant des Premières Nations)

> J'ai appris des choses sur les dents de lait et sur la façon de s'en occuper, je suppose, seulement grâce à mes parents. (Participant métis)

> J'étais à l'hôpital… lorsque j'allaitais [j'ai appris] de l'infirmière. Ensuite, une infirmière de la santé publique m'a rendu visite à la maison et elle a aussi parlé de [santé buccodentaire des jeunes enfants]. (Participant d'un groupe mixte)

> Quand j'allais à l'école, ils [les hygiénistes dentaires] venaient nous voir. Nous avions l'habitude que des hygiénistes dentaires viennent et

TABLEAU 2
Résumé des suggestions des participants à l'étude sur les meilleures façons de diffuser de l'information sur la santé buccodentaire dans leur collectivité et directement aux familles

Communiquer l'information sur la SBJE aux collectivités des Premières Nations et des Métis	Communiquer l'information sur la SBJE aux parents et familles des Premières Nations et des Métis
Produits de soins buccodentaires attrayants	Information culturellement adaptée dans les langues locales
Instructions à l'intention des dentistes et des médecins	Programmes de santé buccodentaire accessibles
Foires sur la santé dans les collectivités	Livres sur les soins buccodentaires
Information dans les lieux communautaires	Programmes communautaires
Marketing de l'information sur la santé buccodentaire	Visites à domicile pour un enseignement pratique
	Fiches d'information et matériel didactique visuel
	Produits de soins buccodentaires fournis
	Fournisseurs de soins primaires
	Écoles et garderies
	Médias sociaux

Abréviation : SBJE, santé buccodentaire des jeunes enfants

nettoient nos dents. Ils avaient l'habitude de faire l'école du fluorure [programme de rince-bouche au fluorure à l'école]. Ils ont arrêté tout cela. (Participant métis)

Juste voir ces affiches un peu partout, comme dans les garderies et les écoles. (Participant d'un groupe mixte)

Selon vous, quelles sont les meilleures façons d'obtenir de l'information et des conseils importants pour les parents et les familles afin d'éviter que les enfants aient des caries dentaires graves?

Les idées et les suggestions des participants sur la meilleure façon de communiquer aux collectivités autochtones de l'information importante sur la santé buccodentaire des jeunes enfants peuvent être réparties en cinq thèmes clés, à savoir : des produits d'hygiène buccale attrayants, comme les brosses à dents et les dentifrices; demander des conseils aux dentistes et aux médecins; diffuser l'information au moyen d'événements communautaires et de foires sur la santé; fournir de l'information sur la santé buccodentaire des jeunes enfants à des endroits précis dans les collectivités et enfin utiliser le marketing et les médias sociaux.

Brosses à dents et dentifrices attrayants

Les parents et familles ont mentionné que des produits d'hygiène buccale aromatisés, colorés ou thématiques pourraient aider à motiver les enfants à se brosser les dents et à pratiquer une hygiène buccale quotidienne. Il peut s'agir de transformer les routines quotidiennes de brossage et d'hygiène buccale en jeu, d'encourager le brossage avec des récompenses ou de fournir aux enfants des brosses à dents qui s'allument.

Ma fille, elle adore se brosser les dents. Nous devons lui acheter un certain type de dentifrice avec des poneys dessus… C'est une vraie petite fille, donc ça l'a vraiment aidée avec le dentifrice. C'est « Mon Petit Poney » sur sa brosse à dents. Je pense que c'est ce qu'il y a sur le dentifrice, c'est pour ça qu'elle se brosse les dents plus souvent. Et mon troisième enfant, il utilise une brosse à dents « Tortue Ninja ». (Participant d'un groupe mixte)

Mes filles n'aimaient pas non plus la menthe (n'importe quelle menthe), et il m'a fallu un certain temps pour dire « Bon, les filles, il faut s'y mettre » et elles disaient « Je déteste me brosser les dents ». Mais je leur ai acheté le truc aux fraises qui est [à la fois] du dentifrice et du rince-bouche… depuis ce temps, elles disent « Oh, c'est rose ». (Participant d'un groupe mixte)

Conseils des dentistes et des médecins

Le fait de recevoir des conseils d'ordre préventif de la part de professionnels de la santé, notamment de dentistes et de fournisseurs de soins médicaux, a été perçu comme essentiel pour mobiliser les familles et les encourager à pratiquer une bonne hygiène buccodentaire à la maison :

Allez chez le dentiste. Oui, parce que vous devez y aller, par exemple, tous les 6 mois. Vous allez chez le dentiste pour votre enfant. (Participant d'un groupe mixte)

Je pense que la meilleure façon de le faire, c'est aussi de mieux informer les médecins, parce que lorsque vous êtes enceinte, c'est à ce moment-là que vous essayez d'obtenir toute l'information. [Les gens] ont besoin de toute cette information à ce moment-là. [Docteurs], eh bien, assurez-vous de parler des dents de lait. Faites venir le dentiste. (Participant d'un groupe mixte)

Si le dentiste lui dit qu'il doit faire quelque chose, il reviendra à la maison, et il le fera, et il me dira : « C'est ce que le dentiste m'a dit de faire. » (Participant métis)

Événements communautaires et foires sur la santé

Les foires sur la santé sont d'importants événements communautaires où l'on peut présenter des programmes et de l'information sur la santé. Les participants ont suggéré que l'atmosphère informelle des foires sur la santé pourrait favoriser la participation des parents, des familles et des enfants, la diffusion de messages clés sur la santé buccodentaire et la distribution de fournitures d'hygiène buccale aux familles.

Des foires sur la santé où vous pourrez avoir vos kiosques et [distribuer] vos brosses. Nous organisons chaque année une foire sur la santé [où] nous le faisons, mais toute la collectivité [ne participe pas]. (Participant des Premières Nations)

Vous pourriez aller à des fêtes de quartier, rencontrer les parents, etc., y aller et dire : « Voici notre programme. Voici une brosse à dents et du dentifrice. » C'est une activité amicale — pas quelque chose comme « Voici, prenez-la ». À titre d'information, lorsque j'étais enfant, j'aimais beaucoup rapporter des brosses à dents à la maison. (Participant d'un groupe mixte)

Je pense aussi qu'il faut faire participer les enfants, puisque vous avez dit que vous rejoignez, surtout, [les] parents. Nous participons à des festivals pour les enfants. Nous avons donc des jeux auxquels nous participons, mais [nous] participons aussi à différentes activités. (Participant d'un groupe mixte)

Rendre l'information sur la santé buccodentaire des jeunes enfants disponible dans les centres communautaires

Il a été mentionné que les gymnases des écoles et les centres de santé étaient des endroits fréquentés par les familles et où elles pouvaient facilement prêter attention à de l'information sur la santé buccodentaire.

Je pense qu'une autre façon serait probablement d'aller dans les écoles, d'aller dans les garderies, de montrer aux enfants des photos [de dents pourries] parce que vous les choquerez quand vous montrerez les dents, et je pense que ce serait probablement une bonne chose. (Participant des Premières Nations)

Ils devraient installer des affiches partout, comme à la garderie et partout où les gens les verront. (Participant des Premières Nations)

Les participants ont également suggéré d'être stratégiques dans l'installation de kiosques qui offrent des ressources en santé buccodentaire pour accroître la sensibilisation de la collectivité à chaque occasion qui se présente.

> Je dirais que s'il se passe quelque chose dans la collectivité, installez un kiosque. Le visuel est toujours mieux que le papier. Le fait de l'avoir sur papier, pour moi-même — ils m'ont donné toute l'information. Je savais que je pouvais le lire, mais j'ai choisi de ne pas le faire, jusqu'à ce qu'ils arrivent avec la bouteille pour bébé qui me montre combien de sucre il y a dans un jus de pomme, combien de sucre il y a dans une boisson gazeuse. Alors j'ai dit : « Oh! Ça ne se passera pas comme ça. » Le visuel est donc mieux que le papier. (Participant des Premières Nations)

> Quand j'étais à l'école primaire, les dentistes installaient un de ces [kiosques] et les parents avaient cette [source d'information]. (Participant métis)

Les kiosques d'information, en particulier les kiosques des événements communautaires et des foires sur la santé, encouragent les familles et les enfants à penser à la santé buccodentaire, à interagir avec les promoteurs de la santé et à leur poser des questions, tout en établissant des relations qui peuvent mener à des comportements incluant la recherche de services dentaires.

Utiliser le marketing et les médias sociaux pour promouvoir la santé buccodentaire

Les participants ont recommandé de faire une promotion active de l'information et des ressources sur la santé buccodentaire afin de décourager les comportements à risque et d'encourager des comportements sains en matière de soins buccodentaires chez les enfants.

> … [L]a même façon de penser que pour les cigarettes : ils devraient mettre [des étiquettes de mise en garde] sur les friandises. (Participant des Premières Nations)

> Je… j'ai appris certaines leçons de l'industrie alimentaire, comment elle sature tout en utilisant des messages. Je pense que c'est le gouvernement qui a l'argent pour […] se concentrer là-dessus. Je pense que nous devons nous concentrer sur la diffusion du message [de santé buccodentaire des jeunes enfants] partout. Les médias sociaux sont préférables parce qu'ils sont relativement peu coûteux. Faites-le encore et encore, comme dans l'industrie alimentaire où on est constamment exposé aux aliments. Il faut […] recevoir la même quantité de messages dentaires. Nous devons donc sortir des sentiers battus. (Participant métis)

Les participants ont mentionné plusieurs façons de s'impliquer de façon significative en faveur des collectivités des Premières Nations et des Métis pour la promotion de la santé buccodentaire. Parmi les suggestions, mentionnons la fourniture de produits de soins buccodentaires créatifs, la rencontre de membres de la collectivité pour décourager activement les comportements à risque et la promotion de comportements sains par un marketing ciblé.

Quelle est la meilleure façon de transmettre l'information sur la santé buccodentaire aux parents métis et des Premières Nations?

Dix thèmes sont ressortis parmi les meilleures façons de donner de l'information sur la santé buccodentaire aux familles des Premières Nations et des Métis (tableau 2).

Information culturellement adaptée dans les langues locales

Les participants ont dit qu'il est important d'avoir de l'information et des ressources dans les langues parlées dans les collectivités et présentées d'une manière qui correspond aux normes et aux attentes culturelles locales.

> … notre programme fournit aux jeunes enfants de l'information adaptée à leur culture. (Participant des Premières Nations)

> Je pense que vous devriez avoir, par exemple, une brochure qui explique la façon de prendre soin des dents d'un enfant dans certaines langues. Ou quelqu'un qui connaît les dents qui peut parler en personne avec [les familles] et qui peut leur parler dans leur langue s'ils ne comprennent pas l'anglais. Oui, certaines personnes refusent tout simplement de prendre soin des dents de l'enfant, peut-être à cause de la religion, de la culture. (Participant d'un groupe mixte)

Programmes de santé buccodentaire accessibles

Plusieurs participants ont mentionné qu'un accès accru aux services de santé buccodentaire et une meilleure disponibilité de ces services aideraient également à améliorer la santé buccodentaire des jeunes enfants.

> Je pense que [les programmes de santé buccodentaire] devraient être plus ouverts à tous. Donnez des produits d'hygiène buccale à chaque enfant âgé de trois ou quatre ans dans la collectivité – pas seulement parce qu'il fait partie de votre programme – et l'information connexe. (Participant des Premières Nations)

> Tout ce qui est gratuit, vraiment, pour les parents, est plutôt génial… Je suis une mère au foyer à temps plein avec les deux filles. (Participante métisse dans un groupe mixte)

Livres sur les soins buccodentaires

Certains fournisseurs de soins ont suggéré que les livres pourraient aider à éduquer les familles sur la façon de prendre soin des dents des jeunes enfants et d'établir de bonnes habitudes de santé buccodentaire à la maison.

> Des livres qui contiennent des modules et des activités sur la façon de prendre soin des dents de votre bébé [et] quand le faire. (Participant des Premières Nations)

> Oui, des livres… des livres pour enfants par la poste chaque mois. (Participant d'un groupe mixte)

Programmes communautaires

Les participants ont recommandé de collaborer avec les programmes prénataux et postnataux existants dans la collectivité. Ces programmes, qui ont déjà des réseaux bien établis au sein des collectivités, constituent une ressource précieuse pour diffuser de l'information sur les soins buccodentaires de façon divertissante et intéressante.

> Je pense, par exemple dans la collectivité, à ces petits programmes comme le Programme de soins de santé maternelle et infantile. (Participant des Premières Nations)

> [Les programmes prénataux] sont vraiment une bonne façon d'informer les parents [sur] ce qu'ils peuvent faire pour aider les enfants, parce que c'est là que ça commence,

n'est-ce pas? Nous [les mères] sommes responsables de ces enfants. Mais ça doit être quelque chose qui ne ressemble pas à du travail, vous savez, qui [est] agréable, qui nous fait participer. [Les promoteurs de la santé buccodentaire]… peuvent envoyer deux personnes une fois tous les deux mois pour un programme comme celui-là, et nous [pouvons] jouer au bingo dentaire ou quelque chose comme ça, vous savez. C'est le genre de choses dont je parle, et nous apprenons en le faisant. Je ne sais pas si c'est le seul jeu à jouer, mais vous voyez ce que je veux dire. (Participant d'un groupe mixte)

Wiggle, Giggle & Munch. C'est [un programme] pour les parents qui ont des enfants d'environ 1 an. C'est un programme où l'on fait de l'art, de l'artisanat, ce genre de choses. Mais peut-être que vous pourriez contacter l'une des personnes qui le dirigent et elle pourrait [aider]. Ils donnent quelque chose chaque jour ou chaque fois que nous y allons. Cette semaine, on nous a donné de nouvelles brosses à dents, du dentifrice, des dépliants, des trucs comme ça avec des coordonnées. Peut-être pouvez-vous utiliser plus de ressources pour les dents, comme, par exemple, si les gens n'ont pas les moyens de se payer un dentiste. Mettez-y une liste de trois dentistes ou plus, parce que c'est très difficile de faire des recherches. J'ai essayé de faire des recherches, mais les listes d'attente sont tellement longues que d'ici à ce que ça arrive… (Participants de groupes mixtes)

Groupes de soutien ou groupes de soutien parental. (Participant métis)

Les programmes pour les bébés — ils pourraient aider à atteindre les jeunes mamans. (Participant métis)

Les participants ont également mentionné que des promoteurs de la santé buccodentaire sympathiques rendent les programmes plus attrayants pour les membres de la collectivité.

Eh bien, ma fille participait au programme [communautaire], mais elle l'a abandonné parce qu'elle n'aimait pas la façon dont elle était traitée. Donc, elle n'est jamais retournée à quoi que ce soit. Elle avait l'impression qu'on lui parlait sur un ton condescendant. Elle a eu beaucoup de problèmes. Elle a un bébé de 5 mois maintenant, et elle ne veut pas se joindre à quoi que ce soit parce que [les travailleurs] ne sont pas censés parler aux membres de la collectivité de façon condescendante : vous êtes là pour les aider, pas pour les rabaisser. (Participant des Premières Nations)

Je pense que maintenant que mon collègue et moi sommes dans la collectivité pour une longue période, nous renforçons ces liens [plus] qu'avant pour la première fois. Je pense que nous avons maintenant un personnel stable à notre centre, et nous sommes en train d'établir ces relations. Donc, je pense que nous obtenons plus d'information et que les gens nous [font] confiance, parce que nous avons été là, nous serons encore là pour la prochaine étape. (Participant métis)

Visites à domicile pour un enseignement pratique

Certains participants ont indiqué que le fait de rendre visite aux familles à la maison peut mener à l'adoption de comportements sains liés à la santé buccodentaire chez les jeunes enfants.

Je vais à la maison et je leur enseigne, je leur montre ou je leur explique quelque chose, mais je sais que, par exemple, ils se brossent les dents à la garderie, ils se brossent les dents au [programme] Bon départ, alors je pense que cela commence, en quelque sorte, à la maison. (Participant des Premières Nations)

Je n'en suis même pas certain, simplement parler à nos parents et faire quelque chose d'individualisé. Certaines personnes iraient, disons, en ligne, etc., mais qui a vraiment le temps de chercher des choses en ligne? (Participant des Premières Nations)

Je pense que lorsqu'on veut que les parents commencent à s'occuper de leurs enfants, il est préférable d'avoir ce contact individuel, d'avoir un lien direct avec ce parent ou simplement de s'assurer que les parents sont informés. (Participant métis)

Fiches d'information et matériel didactique visuel

Certains participants ont dit ne pas fréquenter de cabinets dentaires. Il leur était donc difficile d'obtenir de l'information à partir des bulletins d'information du cabinet ou des présentoirs des cliniques dentaires. Ils ont plutôt recommandé d'envoyer des bulletins d'information par la poste. Certains ont suggéré de distribuer aux familles des dépliants et des brochures contenant des images de caries graves de la petite enfance.

Poster une trousse d'information aux personnes qui attendent ou qui ont un nouvel enfant, puis mettre à jour cette information pour les enfants plus âgés également, parce que les enfants plus âgés ont besoin de différents types de soins. (Participant des Premières Nations)

Envoyez-leur simplement un bulletin sur la façon de prendre soin des dents d'un enfant. Certaines personnes participent au programme. Nous pouvons obtenir leurs noms et leur demander si elles veulent recevoir un bulletin. (Participant d'un groupe mixte)

Des réunions comme celle-ci ou quelque chose comme des brochures, des boîtes aux lettres ou quelque chose du genre. (Participant métis)

Des lettres à la collectivité. (Participant métis)

Les participants ont également dit qu'ils étaient disposés à recevoir des textos et des appels téléphoniques contenant des messages clés sur la santé buccodentaire.

Mon dentiste me texte tout le temps. (Participant d'un groupe mixte)

Offrir des fournitures d'hygiène buccale

Les participants ont déclaré que le fait de recevoir des produits de soins buccodentaires gratuits (brosses à dents et dentifrice) était utile, particulièrement pour ceux qui n'ont peut-être pas les moyens d'acheter ces articles régulièrement.

De plus, je pense qu'il faut parfois donner des ressources aux familles. Comme vous le savez, qui a assez d'argent pour acheter 10 brosses à dents pour enfants qui coûtent 3 $. Et ils n'ont droit qu'à un chèque d'aide sociale de 600 $, ce qui signifie que cela doit durer [pour] l'épicerie tout le mois. Alors, je pense que s'ils attendaient dans une file pour l'assistance sociale, et que l'assistance sociale leur dit : « Oh, regardez notre brosse à dents gratuite pour vos enfants et notre tube de dentifrice ». Ensuite, ça passe par toute la file. De cette façon, ils ont cette ressource. Comment cet enfant va-t-il apprendre si sa mère ne le fait pas et qu'elle n'a pas les moyens de se payer une brosse à dents? (Participant des Premières Nations)

Je dirais qu'il faut leur donner une brosse à dents et du dentifrice. Distribuez-les. Si je connaissais quelqu'un, je veux dire comme ami, je lui donnerais une brosse à dents et du dentifrice pour ses enfants. Eh bien, peut-être que s'ils viennent ici et veulent en savoir plus sur les soins de santé ou sur les dents, donnez-leur une brosse à dents, du dentifrice et peut-être une lettre expliquant comment se brosser les dents. (Métis participant au groupe mixte)

Fournisseurs de soins primaires

Les participants ont recommandé que les fournisseurs de soins primaires, en particulier les infirmières en santé publique, participent à la diffusion d'information et de ressources sur les soins buccodentaires, car ce sont eux les plus susceptibles de voir les familles au début du processus de soins des enfants.

[Les infirmières en santé publique] peuvent vérifier les dents de votre bébé, s'arrêter très rapidement pour un examen et, comme je l'ai dit plus tôt, distribuer des trousses d'information. Alors oui, juste en s'assurant que plus de gens reçoivent [de l'information sur la santé buccodentaire] de temps en temps. (Participant des Premières Nations)

Lorsque l'infirmière en santé publique vient à l'école, on obtient habituellement beaucoup d'information. Elles apportent toujours des brosses à dents. Les filles adorent cela. C'est la façon la plus courante — grâce à ces ateliers avec les infirmières en santé publique. Beaucoup, beaucoup d'affiches. J'en ai lu tellement. (Participant d'un groupe mixte)

Écoles et garderies

Les participants ont déclaré avoir appris des choses sur les soins buccodentaires dans les garderies et les écoles, ce qui indique que ces endroits sont des lieux importants pour la promotion de la santé buccodentaire.

La meilleure façon, comme je l'ai dit, c'est d'aller dans les écoles. Je pense [que] c'est important parce que vous pouvez appeler l'enseignant et les parents, mais pour moi, aller dans les écoles, c'est beaucoup plus. Je ne sais même pas ce qui se passe actuellement dans les écoles en ce qui concerne la santé buccodentaire. (Participant des Premières Nations)

La façon dont mon cerveau interprète [la santé buccodentaire des jeunes enfants] c'est que [ceci] est la responsabilité de l'individu et [que] la meilleure façon pour eux serait, comme dans les écoles pour les jeunes enfants, d'avoir des tableaux, quelque chose comme « Eh, t'es-tu brossé les dents aujourd'hui? » et « Appose ton autocollant. Voici ton prix! » Comprenez-vous ce que je veux dire? Avoir ça et le rappeler encore et encore aux enfants. Si les parents ne le font pas, l'école le fait pour que ce soit respecté. (Participant d'un groupe mixte)

Médias sociaux

Les participants ont recommandé d'utiliser les médias sociaux comme moyen pratique d'atteindre certaines personnes.

Je dirais Facebook, les médias, miser sur leurs téléphones, faire des bulletins, envoyer des bulletins et… peut-être plus de publicités pour les enfants comme sur leurs chaînes de dessins animés ou quoi que ce soit d'autre s'ils regardent quelque chose. (Participant d'un groupe mixte)

Tout le monde est sur les médias sociaux en ce moment. Essayez donc de trouver un moyen de mettre en place toute l'information là-dessus. Pas seulement comme une recherche sur Google, en fait comme des annonces dans les médias, Facebook ou Twitter et des choses comme ça. (Participant d'un groupe mixte)

Une autre stratégie suggérée était d'amener les gens à partager leurs expériences personnelles d'avoir un enfant avec des caries de la petite enfance.

Je pense qu'il faut faire plus de sensibilisation. Si je voyais quelqu'un comme moi parler, me parler de dents, je serais plus ouvert, je suppose. Parce que beaucoup de gens… ont des dents parfaites… Mais si vous n'avez pas de dents parfaites comme moi, parce que j'ai une carence en calcium, alors mes dents se détériorent beaucoup plus vite que les autres. (Participant d'un groupe mixte)

Analyse

Dans le cadre de cette étude, les membres des collectivités des Premières Nations et des Métis ont été invités à définir des approches pour promouvoir la santé buccodentaire des jeunes enfants et s'attaquer aux disparités en matière de santé buccodentaire des caries de la petite enfance dans les populations autochtones. Plusieurs thèmes sont ressortis des stratégies visant à atteindre les parents et familles des Premières Nations et des Métis et à les faire participer à la promotion de la santé buccodentaire. Diverses approches ont été suggérées sur la façon de diffuser l'information aux collectivités des Premières Nations et des Métis et aux parents et familles en particulier.

Il convient de noter que l'absence d'accès aux professionnels de la santé buccodentaire peut faire en sorte que les membres de la collectivité cherchent de l'information auprès de sources moins fiables. L'information et les ressources sur la santé buccodentaire fondées sur des données probantes provenant de professionnels pourraient accroître l'adoption de soins buccodentaires et améliorer les comportements connexes des parents, des grands-parents et plus généralement des fournisseurs de soins. Des études menées dans d'autres domaines des soins de santé vont dans le sens de cette recommandation[24,25].

Les approches qui se sont révélées être efficaces contre la carie de la petite enfance chez les populations à faible risque n'ont pas été appliquées de manière cohérente dans les collectivités autochtones[26, 27]. Un récent essai randomisé de promotion de la santé buccodentaire auprès de communautés amérindiennes a donné des résultats timides : l'étude a conclu que les interventions pourraient devoir être personnalisées et façonnées selon des perspectives culturelles tout en tenant compte des déterminants sociaux de la santé[27,28]. Étant donné que les populations des Premières Nations et des Métis sont différentes, des approches de prévention adaptées sont justifiées[1,29]. Ces approches, qui visent à modifier les comportements en matière de santé, préconisent une perspective holistique qui tient compte de tous les déterminants de la santé des Autochtones. Ces déterminants de la santé sont l'emploi et le revenu, l'éducation, la sécurité alimentaire, la sensibilisation aux systèmes de soins de santé et les ressources[30].

Un examen canadien des interventions dentaires pour les caries de la petite enfance chez les enfants autochtones recommande d'intégrer les connaissances culturelles et traditionnelles ainsi que d'intégrer et d'harmoniser les activités de promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants dans les services et programmes communautaires existants[14]. Cela correspond aux recommandations des participants en faveur de l'utilisation de stratégies de promotion de la santé buccodentaire culturellement adaptées qui intègrent les visions du monde autochtones.

La sécurisation et la pertinence culturelles sont particulièrement importantes pour les Premières Nations et les Métis à la lumière de l'histoire du système de soins de santé colonial au Canada[31,32]. Il est important d'établir des relations de confiance et de faciliter des soins adaptés culturellement. Par exemple, une promotion de la santé menée par des Autochtones pourrait s'avérer plus efficace pour promouvoir la confiance auprès des familles autochtones[33].

L'importance d'établir des liens personnels afin d'atteindre plus efficacement les familles a été établie dans une étude antérieure menée par la même équipe de recherche[34]. Les parents et familles autochtones ont recommandé de demander aux Aînés de transmettre les connaissances traditionnelles et d'utiliser également la langue de la population pour communiquer l'information[34]. L'éducation des travailleurs de la santé buccodentaire et des professionnels de la santé autochtones et non autochtones sur les pratiques culturellement sécurisantes est une étape essentielle pour faire progresser la promotion de la santé buccodentaire et prévenir les caries de la petite enfance.

En recommandant la diffusion de l'information par le biais des programmes de santé communautaire existants, les participants à l'étude ont souligné l'importance des relations étroites et à long terme entre les personnes impliquées[36].

Certains participants ont laissé entendre que l'envoi de messages clés de santé buccodentaire des jeunes enfants par texto aux parents et aux familles des jeunes enfants pourrait avoir l'avantage de permettre aux destinataires d'obtenir de l'information et d'y répondre facilement et rapidement. Des études ont également démontré que l'envoi de messages clés sur la santé buccodentaire par texto peut améliorer les connaissances des parents et modifier leurs comportements en matière de santé buccodentaire[37-39]. Le défi réside dans le fait que de nombreuses collectivités autochtones rurales n'ont pas de service cellulaire de base, et encore moins de wifi.

Les participants ont également recommandé de faire participer les fournisseurs de soins dentaires et de soins primaires aux efforts visant à prévenir les caries de la petite enfance. Il y a lieu de faire appel à des fournisseurs de soins primaires non dentaires pour diffuser de l'information sur la santé buccodentaire des jeunes enfants et peut-être effectuer des évaluations des risques de carie (ERC). Un examen systématique récent a révélé que les fournisseurs de soins non dentaires peuvent effectuer avec succès une ERC en vue de faire le suivi des caries de la petite enfance[40].

Plusieurs organismes de soins dentaires et pédiatriques ont mis au point des outils d'ERC, dont certains sont destinés aux fournisseurs de soins non dentaires[41]. Ces outils d'ERC peuvent être utilisés pour dépister les enfants qui ont un accès limité aux soins dentaires, déterminer leur risque et fournir des services de prévention (en particulier le vernis fluoré), des conseils d'ordre préventif et l'aiguillage vers un cabinet dentaire[41].

Une étude canadienne récente a révélé que les fournisseurs de soins primaires dans les collectivités autochtones sont disposés à intégrer des soins buccodentaires préventifs dans leurs cliniques[42]. Cela correspond aux suggestions de l'American Academy of Pediatrics et de la Société canadienne de pédiatrie de travailler de façon interprofessionnelle pour lutter contre les caries de la petite enfance dans les collectivités autochtones[43,44].

Un outil canadien d'ERC a été mis au point à l'intention des fournisseurs de soins primaires non dentaires pour les enfants de moins de six ans. Cet outil national d'évaluation du risque de caries (< 6 ans)[45] peut aider à améliorer l'accès des jeunes enfants autochtones aux évaluations de leur santé buccodentaire et aux aiguillages vers des soins dentaires. Cela pourrait être une option viable dans les collectivités où il y a peu ou pas de professionnels en soins dentaires.

Les livres et les produits d'hygiène buccale divertissants qui montrent comment prendre soin des dents attirent l'attention des enfants et encouragent de saines habitudes d'hygiène buccale comme le brossage, l'utilisation de la soie dentaire et la réduction de la consommation de boissons sucrées[46,47]. Bien que ces ressources soient largement disponibles ailleurs, elles ne sont pas facilement accessibles ou abordables dans les collectivités rurales ou éloignées des Premières Nations et des Métis. Les participants à l'étude ont suggéré qu'il serait utile d'envoyer des copies de ces ressources aux domiciles dans les collectivités.

L'équipe de mise à l'échelle de l'initiative Sourire en santé, enfant heureux travaille à intégrer ces idées et suggestions dans ses efforts de promotion de la santé buccodentaire des jeunes enfants auprès des collectivités des Premières Nations et des Métis. L'équipe gère également (en anglais seulement) une page Facebook (https://www.facebook.com/HealthySmileHappyChild/), une chaîne YouTube (https://www.youtube.com/channel/UCd6ZyKUqiqnBEhQJoO-hrjg) et des liens vers les médias sociaux (https://wrha.mb.ca/oral-health/early-childhood-tooth-decay/) pour communiquer l'information aux collectivités et aux fournisseurs de soins.

Points forts et limites

Notre équipe de recherche sur la mise en œuvre du programme est constituée de membres et de dirigeants des collectivités autochtones (en particulier le SSDSPNM et la FMM), de professionnels de la santé, de décideurs locaux, provinciaux et nationaux et de chercheurs universitaires. Cette structure d'équipe favorise la mise en commun des recommandations avec les intervenants en temps réel. Le partenariat de cette étude avec les organisations et les collectivités des Premières Nations et des Métis a également permis d'être mis en lien avec les participants et d'avoir accès aux collectivités. Le fait d'avoir à la fois des groupes urbains et des groupes ruraux a fourni des perspectives bien équilibrées sur les expériences des familles et leur connaissance des services de santé buccodentaire disponibles.

Nos constatations sont susceptibles d'éclairer les programmes communautaires des Premières Nations et des Métis et d'améliorer la prise en charge par les membres de la collectivité. Étant donné que de nombreuses collectivités autochtones rurales et éloignées font face aux mêmes problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins de santé, les coordonnateurs de programme et les gestionnaires peuvent vérifier si les suggestions des participants conviennent pour éclairer le changement dans leur propre contexte. Cependant, les expériences urbaines et rurales peuvent différer lorsqu'elles sont prises isolément, ce que notre étude n'a pas explicitement analysé. Il se peut aussi que les résultats ne soient pas généralisables à toutes les collectivités des Premières Nations et des Métis du Canada. La robustesse des stratégies recommandées peut être accrue, dans les études à venir, en augmentant la taille de l'échantillon et en incluant les points de vue d'autres collectivités.

Conclusion

Les idées et les suggestions des collectivités et des parents et familles des Premières Nations et des Métis sur la façon de promouvoir la santé buccodentaire des jeunes enfants et de réduire les caries de la petite enfance soulignent l'importance de mettre en œuvre des approches et des ressources disponibles à large échelle pour encourager l'adhésion dans des contextes particuliers. Les populations autochtones n'ont pas accès aux services que l'ensemble de la population tient pour acquis. Des activités ciblées et financées de promotion de la santé buccodentaire avec des promoteurs autochtones à l'avant-plan pourraient combler ces lacunes. Les médias sociaux sont également un moyen susceptible de transmettre à de nombreuses personnes de l'information importante sur la santé buccodentaire des jeunes enfants.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible par une subvention accordée à l'équipe de recherche sur la mise en œuvre du projet « Scaling up the Healthy Smile Happy Child initiative: tailoring and enhancing a community development approach to improve early childhood oral health for First Nations and Metis children » [Mise à l'échelle de l'initiative Sourire en santé, enfant heureux : adapter et renforcer une approche de développement communautaire pour améliorer la santé buccodentaire des jeunes enfants des Premières Nations et des Métis] par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). RS est titulaire d'une bourse salariale de clinicien-chercheur intégré des IRSC pour une recherche intitulée « Améliorer l'accessibilité et la prestation des soins de santé buccodentaire pour les jeunes enfants vulnérables au Manitoba ».

Nous remercions également les collectivités des Premières Nations et des Métis qui ont participé à l'étude et qui ont partagé librement leurs expériences et leurs connaissances avec l'équipe de recherche.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs et avis

GKA : plan d'étude, acquisition des données, analyse et interprétation des données, rédaction et révision du manuscrit; RS : conceptualisation et plan d'étude, interprétation des données et révision du manuscrit; JS : interprétation des données et révision du manuscrit; RC : conceptualisation de l'étude; DD : plan d'étude et acquisition des données; MS : plan d'étude et acquisition des données; JE, MB, LD, KHS, FC : plan d'étude et révision du manuscrit; TD, BP, JL : acquisition de données; MM : Plan d'étude.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Schroth RJ, McNally M, Harrison R. Pathway to oral health equity for First Nations, Métis, and Inuit Canadians: knowledge exchange workshop. J Can Dent Assoc. 2015;80:f1.

2. Allison PJ, Bailey T, Beattie L, et al. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada. Ottawa (Ont.) : Académie canadienne des sciences de la santé; 2014.

3. Alazmah A. Early childhood caries: a review. J Contemp Dent Pract. 2017; 18(8):732-737. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-2116

4. El Tantawi M, Folayan MO, Mehaina M, et al. Prevalence and data availability of early childhood caries in 193 United Nations countries, 2007-2017. Am J Public Health. 2018;108(8): 1066-1072. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304466

5. Irvine J, Holve S, Krol D, Schroth R. Early childhood caries in Indigenous communities: a joint statement with the American Academy of Pediatrics. Paediatr Child Health. 2011;16(6): 351-364. https://doi.org/10.1093/pch/16.6.351

6. Schroth RJ. The state of dental health in the north. Int J Circumpolar Health. 2006;65(2):98-100. https://doi.org/10.3402/ijch.v65i2.18096

7. Angelopoulou MV, Shanti SD, Gonzalez CD, Love A, Chaffin J. Association of food insecurity with early childhood caries. J Public Health Dent. 2019; 79(2):102-108. https://doi.org/10.1111/jphd.12299

8. Macintosh AC, Schroth RJ, Edwards J, Harms L, Mellon B, Moffatt M. The impact of community workshops on improving early childhood oral health knowledge. Pediatr Dent. 2010;32(2): 110-117.

9. Amin MS, Harrison RL. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. Qual Health Res. 2009;19(1):116-127. https://doi.org/10.1177/1049732308327243

10. Schroth RJ, Edwards JM, Brothwell DJ, et al. Evaluating the impact of a community developed collaborative project for the prevention of early childhood caries: the Healthy Smile Happy Child project. Rural Remote Health. 2015;15(4):3566.

11. Lawlor ER, Cupples ME, Donnelly M, Tully MA. Implementing community-based health promotion in socio-economically disadvantaged areas: a qualitative study. J Public Health (Oxf). 2019;fdz167. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz167

12. Haldane V, Chuah FL, Srivastava A, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS One. 2019;14(5):e0216112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112

13. Schroth RJ, Edwards JM, Moffatt ME, et al. (dir.). Healthy Smile, Happy Child: evaluation of a capacity-building early childhood oral health promotion initiative. International Congress on Circumpolar Health; 11-16 juillet 2009; Yellowknife (NT). Oulu (SU) : International Association of Circumpolar Health Publishers; 2010.

14. Lawrence HP. Oral health interventions among Indigenous populations in Canada. Int Dent J. 2010;60(3 Suppl 2):229-234.

15. Cidro J, Maar M, Peressini S, et al. Strategies for meaningful engagement between community-based health researchers and First Nations Participants. Front Public Health. 2017;5:138. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00138

16. Coombe CM, Schulz AJ, Guluma L, et al. Enhancing capacity of community-academic partnerships to achieve health equity: results from the CBPR Partnership Academy. Health Promot Pract. 2020;21(4):552-563. https://doi.org/10.1177/1524839918818830

17. Kyoon-Achan G, Lavoie J, Avery Kinew K, et al. Innovating for transformation in First Nations health using community-based participatory research. Qual Health Res. 2018;28(7):1036-1049. https://doi.org/10.1177/1049732318756056

18. First Nations Information Governance Centre. Ownership, control, access and possession (OCAP): the path to First Nations information governance. Ottawa (Ont.) : FNIGC; 2014. En ligne à : https://fnigc.ca/sites/default/files/docs/ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf

19. First Nations, Metis, and Inuit Health Research Strategic Planning Committee. Framework for research engagement with First Nation, Metis, and Inuit peoples. Winnipeg (MB): University of Manitoba; 2015. En ligne à : https://achh.ca/wp-content/uploads/2018/07/Guide_Engagement_FNIM Framework.pdf

20. Ermine W, Sinclair R, Jeffery B. The ethics of research involving Indigenous Peoples Regina (SK): Indigenous Peoples' Health Research Centre; 2004. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23069.31200

21. Braun KL, Browne CV, Ka'opua LS, Kim BJ, Mokuau N. Research on indigenous elders: from positivistic to decolonizing methodologies. Gerontologist. 2014;54(1):117-126. https://doi.org/10.1093/geront/gnt067

22. Lavallée L. Practical application of an indigenous research framework and Indigenous research methods: sharing circles and Anishnaabe symbol-based reflection. Int J Qual Methods. 2009;8(1):21-40. https://doi.org/10.1177/160940690900800103

23. Morse JM, Stern PN, Corbin J, Bowers B, Charmaz K, Clarke AE. Developing grounded theory: the second generation. Walnut Creek (CA): Left Coast Press, Inc; 2009.

24. Reading SR, Go AS, Fang MC, et al.; Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation–Cardiovascular Research Network (ATRIA-CVRN) Investigators. Health Literacy and Awareness of Atrial Fibrillation. J Am Heart Assoc. 2017;6(4):e005128. https://doi.org/10.1161/JAHA.116.005128

25. Roh YH, Koh YD, Noh JH, Gong HS, Baek GH. Effect of health literacy on adherence to osteoporosis treatment among patients with distal radius fracture. Arch Osteoporos. 2017;12(1):42. https://doi.org/10.1007/s11657-017-0337-0

26. Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. 2010 Symposium on early childhood caries in American Indian and Alaska Native children: Panel report. Rapid City (SD), 20-22 octobre 2010; Chicago (IL): American Dental Association; 2011.

27. Braun PA, Quissell DO, Henderson WG, et al. A cluster-randomized, community-based, tribally delivered oral health promotion trial in Navajo Head Start Children. J Dent Res. 2016;95(11):1237-1244. https://doi.org/10.1177/0022034516658612

28. Albino JE, Orlando VA. Promising directions for caries prevention with American Indian and Alaska Native children. Int Dent J. 2010;60(3 Suppl 2):216-22.

29. Schroth RJ, McNally M, Harrison RL. Complete proceedings: pathway to oral health equity for First Nations, Métis, and Inuit Canadians: knowledge exchange workshop. 6-7 fév. 2014; Winnipeg (MB): Manitoba Institute of Child Health.

30. Reading C et Wien F. Les inégalités dans le domaine de la santé et les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009. En ligne à : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf

31. Auger M, Crooks CV, Lapp A, et al. The essential role of cultural safety in developing culturally-relevant prevention programming in First Nations communities: lessons learned from a national evaluation of Mental Health First Aid First Nations. Eval Program Plann. 2019;72:188-196. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.10.016

32. Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, et al. Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):544. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9

33. Vallesi S, Wood L, Dimer L, Zada M. "In Their Own Voice" – Incorporating underlying social determinants into Aboriginal health promotion programs. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):E1514. https://doi.org/10.3390/ijerph15071514

34. Prowse S, Schroth RJ, Wilson A, et al. Diversity considerations for promoting early childhood oral health: a pilot study. Int J Dent. 2014;2014: 175084. https://doi.org/10.1155/2014/175084

35. Villalta J, Askaryar H, Verzemnieks I, Kinsler J, Kropenske V, Ramos-Gomez F. Developing an effective community oral health workers—"Promotoras" model for Early Head Start. Front Public Health. 2019;7(175). https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00175

36. Walters KL, Johnson-Jennings M, Stroud S, et al. Growing from our roots: strategies for developing culturally grounded health promotion interventions in American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiian Communities. Prev Sci. 2020;21(Suppl 1):54-64. https://doi.org/10.1007/s11121-018-0952-z

37. Borrelli B, Henshaw M, Endrighi R, et al. An interactive parent-targeted text messaging intervention to improve oral health in children attending urban pediatric clinics: feasibility randomized controlled trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(11):e14247. https://doi.org/10.2196/14247

38. Hurling R, Claessen JP, Nicholson J, Schafer F, Tomlin CC, Lowe CF. Automated coaching to help parents increase their children's brushing frequency: an exploratory trial. Community Dent Health. 2013;30(2):88-93.

39. Hashemian TS, Kritz-Silverstein D, Baker R. Text2Floss: the feasibility and acceptability of a text messaging intervention to improve oral health behavior and knowledge. J Public Health Dent. 2015;75(1):34-41. https://doi.org/10.1111/jphd.12068

40. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent. 2017; 39(6):197-204.

41. George A, Sousa MS, Kong AC, et al. Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: a review. BMC Oral Health. 2019;19(1): 172. https://doi.org/10.1186/s12903-019-0862-x

42. ElSalhy M, Gill M, Isaac DM, Littlechild R, Baydala L, Amin M. Integrating preventive dental care into general paediatric practice for Indigenous communities: paediatric residents' perceptions. Int J Circumpolar Health. 2019;78(1):1573162. https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1573162

43. Irvine J, Holve S, Krol D, Schroth RJ. Policy statement – early childhood caries in indigenous communities. Paediatr Child Health. 2011;16(6): 351-357. https://doi.org/10.1093/pch/16.6.351

44. American Academy of Pediatrics, Committee on Native American Child Health, Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Committee. Early childhood caries in Indigenous communities. Pediatrics. 2011;127(6):1190-1198. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0847

45. Schroth R, Équipe Sourire en santé, enfant heureux. Outil national d'évaluation du risque de caries (< 6 ans). Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba; 2019. En ligne à : http://umanitoba.ca/CRA_Tool_FR_version_with_logos.pdf

46. Avery A, Bostock L, McCullough F. A systematic review investigating interventions that can help reduce consumption of sugar-sweetened beverages in children leading to changes in body fatness. J Hum Nutr Diet. 2015; 28(Suppl 1):52-64. https://doi.org/10.1111/jhn.12267

47. Wang ML, Lemon SC, Clausen K, Whyte J, Rosal MC. Design and methods for a community-based intervention to reduce sugar-sweetened beverage consumption among youth: H2GO! study. BMC Public Health. 2016;16(1):1150. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3803-5

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.03f

Aperçu

Augmentation du nombre d'appels relatifs à une exposition à certains nettoyants et désinfectants au début de la pandémie de COVID-19 : données des centres antipoison canadiens

Abdool Yasseen III, Ph. D. (1); Deborah Weiss, Ph. D. (1); Sandy Remer, M.D. (1,2); Nina Dobbin, M. Sc. (1,3); Morgan MacNeill, M. Sc. (1,4); Bojana Bogeljic, M.A. (1); Dennis Leong, B. Sc. (Pharm.) (3); Victoria Wan, M. Sc. (3); Laurie Mosher, I.A. (4); Guillaume Bélair, M. Sc. (5); Margaret Thompson, M.D. (2); Brooke Button, B. Sc. inf. (6); James Hardy, B. Sc. (7); Shahid Perwaiz, Ph. D. (8); Alysyn Smith, I.A. (8); Richard Wootton, B.A. (1)

Publié en ligne le 23 septembre 2020

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

On sait peu de choses sur l'utilisation, correcte ou incorrecte, des produits de nettoyage pendant la pandémie de COVID-19. Nous avons compilé des données provenant de centres antipoison canadiens pour janvier à juin 2019 et janvier à juin 2020 et nous rendons compte ici des appels relatifs à certains produits de nettoyage et de l'évolution en pourcentages entre ces deux périodes. Il y a eu 3 408 appels (42 %) portant sur des agents de blanchiment, 2 015 (25 %) sur des désinfectants pour les mains, 1 667 (21 %) sur des désinfectants, 949 (12 %) sur le chlore gazeux et 148 (2 %) sur la chloramine gazeuse. On a observé une augmentation du nombre d'appels en concomitance avec l'apparition de la COVID-19, avec un pic en mars. L'accès rapide aux données des centres antipoison canadiens a permis une communication précoce de messages de sécurité au public.

Points saillants

- Le Système canadien de surveillance des données sur les intoxications (SCSDI), dirigé par Santé Canada, est un réseau en développement composé de centres antipoison, d'autorités sanitaires et d'organismes de réglementation, qui facilite la détection précoce des incidents d'empoisonnement et une alerte rapide au niveau national afin d'éclairer les interventions en matière de réduction des risques.
- En réponse à la pandémie de COVID-19, des préoccupations ayant émergé quant au risque de mauvaise utilisation de produits de nettoyage et de désinfectants, le SCSDI a surveillé et évalué ces préoccupations.
- Une augmentation globale du nombre d'appels concernant plusieurs produits de nettoyage et désinfectants a eu lieu en concomitance avec la pandémie, certaines augmentations pouvant atteindre jusqu'à 400 % pour certains produits par rapport à la même période de l'année précédente.

Introduction

Le premier cas canadien de la nouvelle maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), causée par une infection par le SRAS CoV-2, a été enregistré le 15 janvier 2020. Au moment de la rédaction de ce rapport, en août 2020, 117 792 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire avaient été signalés, dont 8 958 décès[1,2]. En février et mars 2020, les messages des responsables canadiens en santé publique ont été de plus en plus axés sur les stratégies visant à réduire la propagation du SRAS CoV-2, comme la distanciation physique, l'étiquette respiratoire, le lavage des mains, l'utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool et le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées[3]. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a officiellement déclaré que l'épidémie de COVID-19 était une pandémie mondiale[4]. Dans les jours qui ont suivi, les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales du Canada ont mis en œuvre des mesures rigoureuses de distanciation physique, en particulier des restrictions de déplacement, la fermeture temporaire d'entreprises et d'écoles et l'annulation des rendez-vous et des interventions médicaux non urgents. Les messages quotidiens des responsables de la santé publique à tous les échelons de gouvernement ont renforcé l'urgence de prendre des mesures afin de limiter la propagation du SRAS-CoV-2.

Rattachement des auteurs :

1. Division de la gestion des urgences chimiques et de la toxicovigilance, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre antipoison de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
3. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, Drug and Poison Information Centre, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. Izaak Walton Killam Poison Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
5. Centre antipoison du Québec, Québec (Québec), Canada
6. Service d'information sur les poisons et les drogues, Calgary (Alberta), Canada
7. Direction de la sécurité des produits de consommation et des produits dangereux, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada
8. Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Abdool Yasseen III, Division de la gestion des urgences chimiques et de la toxicovigilance, Santé Canada, 4e étage, salle D476, arrêt postal 2204, bâtiment Frederick G. Banting, 251, promenade Sir Frederick Banting, Tunney's Pasture, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343 542-8251; courriel : abdool.yasseen@canada.ca

Cette augmentation de l'attention portée au nettoyage et à la désinfection est susceptible d'entraîner une exposition accrue aux produits chimiques contenus dans les produits de nettoyage, plus spécifiquement aux fumées et aux sous-produits créés par un mélange inapproprié de ces produits[5,6]. Dans un rapport des US Centers for Disease Control and Prevention, on a signalé une augmentation du nombre d'appels aux centres antipoison relatifs à des expositions à des produits de nettoyage et de désinfection au cours des trois premiers mois de 2020 par rapport à la même période en 2019[5]. Bien que l'augmentation de l'exposition ait été signalée au sein de tous les groupes d'âge, l'exposition des jeunes enfants a concerné une grande partie des appels. Les centres antipoison de France ont relevé des questions similaires, émettant l'hypothèse que la présence accrue de jeunes enfants dans les foyers, combinée à des changements de comportement en matière de nettoyage, est susceptible d'entraîner une augmentation des empoisonnements[6]. Au Canada, on sait peu de choses sur la déclaration de ces produits, surtout en période de pandémie; dans ce rapport, nous présentons les données des cinq centres antipoison du pays.

Méthodologie

Nous rendons compte des données anonymisées obtenues auprès des cinq centres antipoison canadiens au moyen d'un processus de demande de renseignements, données qui ont été compilées au moyen du programme du Système canadien de surveillance des données sur les intoxications (SCSDI) dirigé par Santé Canada. Ces données rassemblent les renseignements recueillis lors des appels concernant une exposition reçus entre janvier et juin 2019 ainsi qu'entre janvier et juin 2020, en utilisant pour ces expositions la classification de l'American Association of Poison Control Centers (AAPCC), avec comme codes 200613, 200614, 200615 et 200616 pour les désinfectants pour les mains, 39282, 40280, 42281 et 77286 pour les désinfectants, 42280, 62280, 77280 et 77282 pour les agents de blanchiment, 116400 et 116401 pour le chlore gazeux et 77403 pour la chloramine gazeuse. Les appels concernant les expositions sont présentés sous forme d'effectifs globaux et stratifiés par âge de la personne exposée (jeunes de 19 ans et moins et adultes de 20 ans et plus) et ont été évalués mensuellement pour les cinq centres antipoison entre janvier et juin 2019 et 2020, ainsi qu'hebdomadairement pour quatre de ces cinq centres entre mars et avril 2020. Nous avons calculé comme suit la variation en pourcentages des estimations entre les deux années :

$$\%\Delta_{\text{entre deux années}} = \frac{(\text{Mois}_{2020} - \text{Mois}_{2019})}{\text{Mois}_{2019}} * 100\,\%$$

Il est à noter que, pour l'un des centres antipoison, les données n'étaient pas disponibles avant le 6 février 2019, ce qui fait que les renseignements présentés au niveau national sont partiellement manquants pour cette période. Nous avons consulté le Comité d'éthique de la recherche (CER) de Santé Canada pour discuter de l'initiative du SCSDI et nous avons conclu qu'un examen par le CER n'était pas nécessaire étant donnée l'exigence de suppression obligatoire des cellules de données avec petits effectifs, ce qui garantit un risque minimal de ré-identification.

Résultats

Au total, il y a eu 8 187 appels signalant des expositions entre janvier et juin 2019 et janvier et juin 2020. Parmi ceux-ci, 3 408 appels (42 %) concernaient des agents de blanchiment, 2 015 (25 %) des désinfectants pour les mains, 1 667 (21 %) des désinfectants, 949 (12 %) du chlore gazeux et 148 (2 %) de la chloramine gazeuse. Nous avons observé une augmentation de 35 % du nombre total d'expositions liées à ces produits de nettoyage en janvier 2020 par rapport à janvier 2019, mais aucune différence apparente en février. Cependant, en février 2020, nous avons constaté une grande hétérogénéité entre les différents types de produits de nettoyage, les désinfectants pour les mains et les désinfectants ayant chacun augmenté d'environ 40 %, et les agents de blanchiment, le chlore gazeux et la chloramine gazeuse ayant diminué de respectivement 3 %, 9 % et 12 % par rapport à février 2019 (figure 1). Nous avons également observé une augmentation plus marquée pour mars à juin, en particulier en ce qui a trait aux expositions aux désinfectants et à la chloramine gazeuse. D'après les estimations hebdomadaires, le nombre d'appels a atteint un pic pendant la semaine du 22 mars 2020, principalement chez les plus de 19 ans (figure 2) et la variation en pourcentage a diminué de manière générale après avril 2020, à l'exception des désinfectants pour les mains et de la chloramine gazeuse.

Analyse

En utilisant les données des centres antipoison canadiens, nous avons observé une augmentation des appels concernant l'exposition à certains nettoyants et désinfectants en mars 2020 par rapport à mars 2019. Les données hebdomadaires recueillies pour mars à mai 2020 indiquent que l'augmentation a atteint son maximum au cours de la troisième semaine de mars, peu après que l'OMS ait déclaré que la COVID-19 était une pandémie mondiale. Ces résultats concordent avec les rapports des États-Unis et, compte tenu des circonstances, semblent indiquer une augmentation de l'exposition à ces produits en lien avec le début de la pandémie mondiale de COVID-19[5]. La ou les raisons de cette augmentation ne sont pas claires, mais peuvent être liées à une utilisation accrue de produits de nettoyage visant à essayer d'atténuer les risques d'infection par le coronavirus. En outre, la disponibilité limitée de certains nettoyants pourrait avoir entraîné une utilisation ou un mélange inapproprié d'autres produits, ainsi qu'une mauvaise utilisation de produits pour l'hygiène personnelle ou la décontamination[6]. Avec la fermeture des écoles et des garderies, les jeunes enfants se sont retrouvés à la maison, ce qui peut avoir favorisé les risques d'exposition. Toutefois, nos résultats ne font pas état d'une forte augmentation chez les 19 ans ou moins. Les variations en pourcentage pour janvier et février sont peut-être liées aux préoccupations précédant la pandémie, mais elles sont plus probablement fortuites, car on ne remarque pas de différences majeures.

Nos résultats montrent que les messages proactifs ont vraisemblablement communiqué efficacement les risques éventuels liés aux nettoyants et aux désinfectants pendant la pandémie de COVID-19. En réponse aux données de surveillance précoce, les responsables de la santé publique et les organismes de réglementation ont en effet préconisé une utilisation sûre de ces produits et ont souligné l'importance d'une communication rapide des données des centres antipoison à l'échelle nationale. Après avoir effectué les premières observations en mars 2020, nous avons engagé des discussions avec les cinq centres antipoison et les programmes du gouvernement fédéral canadien chargés d'améliorer la sécurité des produits de nettoyage sélectionnés. Cette rencontre préliminaire a servi de point de départ à la

FIGURE 1
Nombre d'appels passés à des centres antipoison canadiens concernant certains produits de nettoyage et désinfectants en 2019 et 2020 (janvier à juin), avec variations en pourcentages d'une année à l'autre

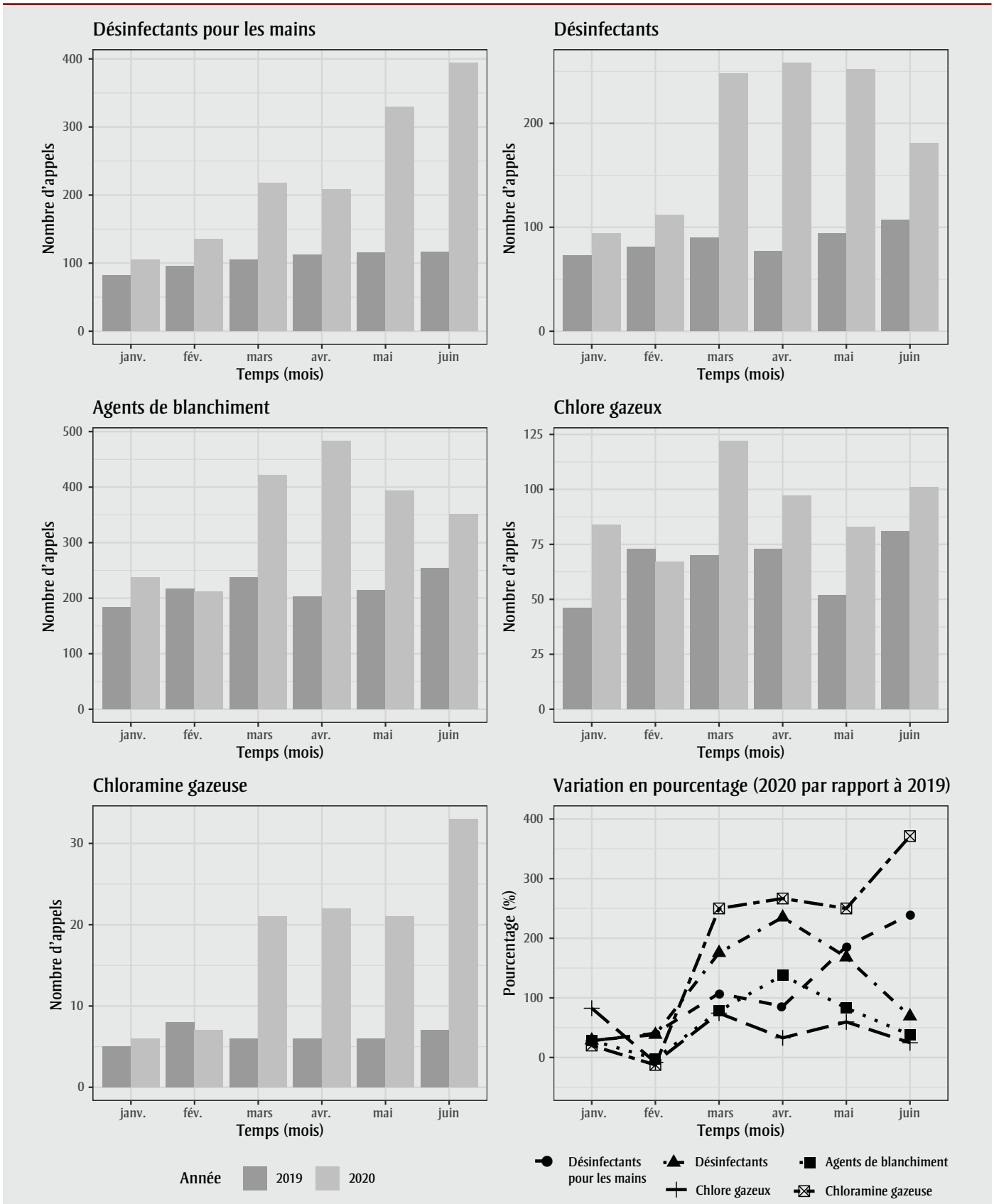
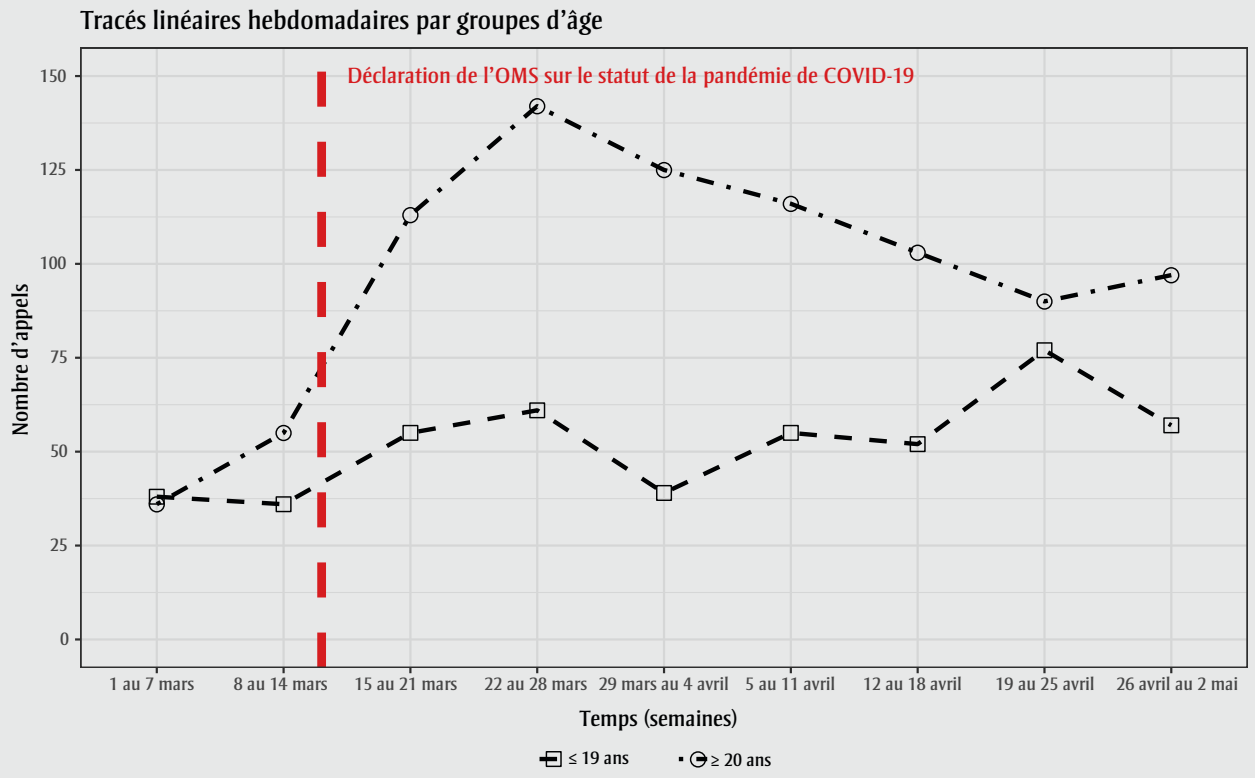
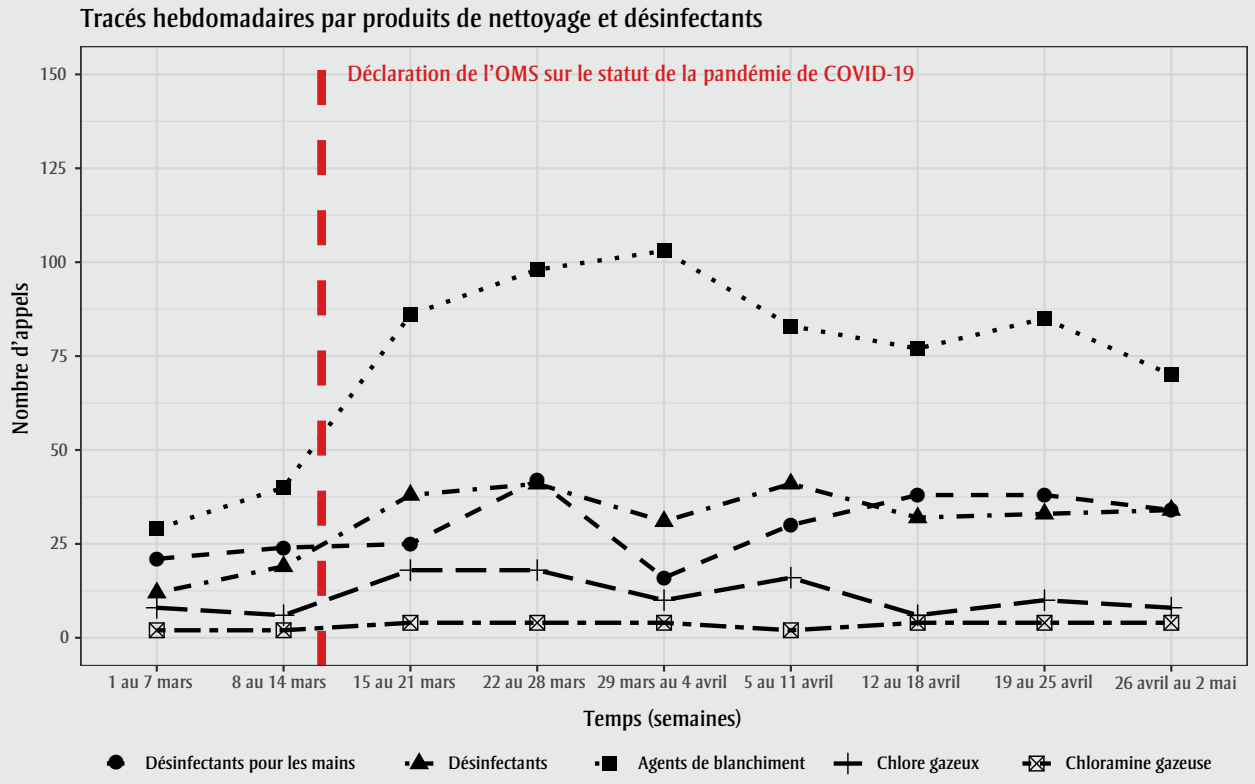


FIGURE 2
Nombre d'appels hebdomadaires concernant une exposition à des produits de nettoyage en 2020, stratifié par groupe d'âge et par produits de nettoyage, pour quatre des cinq centres antipoison canadiens[a]





[a] L'un des centres antipoison n'ayant pu fournir de données hebdomadaires, il a été exclu de cette analyse.

conception des messages (tant pour les médias sociaux que pour la diffusion en ligne) visant à renforcer l'utilisation sécuritaire de ces nettoyants et désinfectants. Entre mars et juin 2020, Santé Canada a déployé un certain nombre de tactiques de communication afin d'informer les Canadiens sur l'utilisation sécuritaire des nettoyants ménagers, des désinfectants et des désinfectants pour les mains, en particulier des campagnes simultanées dans les médias sociaux diffusées par divers canaux ministériels sur Twitter, Facebook et LinkedIn. Le contenu pour ces médias sociaux encourageait le lavage des mains et le nettoyage des surfaces, et fournissait des renseignements sur la manière de le faire en toute sécurité. Les médias sociaux ont également relayé l'information sur les risques liés à la fabrication de désinfectants pour les mains à la maison et au mélange de produits de nettoyage, ainsi que sur l'utilisation sécuritaire de l'eau de Javel et l'importance de tenir ces types de produits hors de portée des enfants. Outre la diffusion auprès des médias sociaux, Santé Canada a créé un portail Internet (https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19.html) consacré aux désinfectants et aux produits d'hygiène pour les mains. Ce site est régulièrement mis à jour et contient des renseignements sur les mesures prises par le gouvernement du Canada pour accroître l'approvisionnement de ces produits, ainsi que sur la manière de les utiliser en toute sécurité. De plus, Santé Canada a publié divers avis publics et communiqués de presse sur l'importance de nettoyer, désinfecter et assainir les mains et les surfaces en toute sécurité.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de ce projet est qu'il combine les données régionales et l'expertise des centres antipoison canadiens pour fournir des statistiques nationales à l'échelle du Canada. Nous avons diffusé des versions préliminaires de ce rapport par l'intermédiaire du réseau du SCSDI, qui regroupe des spécialistes cliniques, des responsables de la santé publique et du personnel des organismes de réglementation, afin d'élaborer collectivement des lignes directrices et de permettre l'application des connaissances et l'échange de messages sur l'utilisation appropriée de ces produits. En outre, ce rapport utilise certains renseignements des centres antipoison qui ne sont pas disponibles auprès d'autres sources de données administratives sur la santé et qui demeurent une ressource relativement inexploitée pour comprendre l'épidémiologie des expositions environnementales au Canada.

Cependant, comme pour toute donnée secondaire, il existe certains biais potentiels susceptibles d'avoir une incidence sur l'interprétation des résultats observés. Nos analyses sont basées sur les appels à des centres antipoison canadiens et ne représentent probablement qu'une petite partie des expositions totales, car certaines personnes se prendront en charge à la maison tandis que d'autres iront directement chercher des soins médicaux en personne. En outre, les spécialistes de l'information antipoison des centres antipoison se fondent sur les réponses fournies par les appelants pour traiter ou gérer les expositions indésirables, ce qui fait que les renseignements consignés dans leurs systèmes de gestion des cas dépendent de la capacité de l'appelant à décrire précisément l'exposition subie. La plupart des régions du Canada disposent d'un centre antipoison mais pas toutes, ce qui fait que les données ne sont pas pleinement représentatives au niveau national. Cependant, l'information fournie ici constitue la meilleure estimation disponible au moment où nous publions. Par ailleurs, l'historique des données sur les produits de nettoyage et les désinfectants avant 2019 n'était pas disponible au moment de la publication, ce qui fait que nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique plus poussée. De plus, malgré les efforts en cours visant à améliorer la qualité et la comparabilité des données des centres antipoison, il demeure des incohérences dans la codification à la fois au sein des centres antipoison et entre eux. Enfin, ces résultats montrent certes une corrélation entre l'augmentation du nombre d'appels aux centres antipoison canadiens concernant une exposition à des produits de nettoyage et des désinfectants et la pandémie de COVID-19 au Canada, mais on ne peut en déduire de lien de causalité étant donné que cette relation n'est pas bien comprise et qu'il y a sans doute encore des facteurs déterminants inconnus qui lui sont associés.

Conclusion

Une augmentation du nombre d'appels aux centres antipoison concernant certains nettoyants et désinfectants s'est produite en même temps que le début de la pandémie de COVID-19 au Canada. Ce travail souligne l'importance d'un accès rapide aux données de ces centres antipoison à l'échelle nationale car ces appels constituent une ressource, relativement inexploitée, pour comprendre l'exposition des Canadiens à des substances chimiques possiblement dangereuses, d'autant plus que ces renseignements ne sont pas facilement accessibles autrement, par exemple au moyen des sources de données administratives sur la santé.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans le travail et le soutien des spécialistes de l'information antipoison et des cinq centres antipoison canadiens. Leurs efforts diligents pour fournir des conseils d'experts au public et aux praticiens cliniques ont facilité la collecte et la consignation des renseignements nécessaires à ces activités de surveillance.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt réel ou perçu.

Contributions des auteurs et avis

AY, DW, SR, ND, MM et RW ont conçu et planifié l'étude et ont élaboré le protocole. AY, DW, SR, ND et MM ont élaboré le plan d'analyse et analysé les données. AY et DW ont rédigé l'article initial, distribué ce projet à SR, ND, MM et RW aux fins d'examen préliminaire, puis à tous les autres auteurs cités pour effectuer des contrôles de la qualité, une évaluation des résultats et une révision du texte. Tous les auteurs ont contribué à la révision critique de l'article tout au long du processus de rédaction et de révision.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 24 août 2020; consultation le 12 août 2020]. En ligne à : https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html

2. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mise à jour sur l'éclosion [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 4 août 2020; consultation le 12 août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html

3. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Prévention et risques [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 19 août 2020; consultation le 12 août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques.html

4. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020 [Internet]. Genève (CH) : OMS; 11 mars 2020 [consultation le 12 août 2020]. En ligne à : https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

5. Chang A, Schnall AH, Law R, et al. Cleaning and disinfectant chemical exposures and temporal associations with COVID-19—National Poison Data System, États-Unis, 1er janvier au 31 mars 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(16):496-498.

6. Le Roux G, Sinno-Tellier S, French Poison Control Centre members, Descatha A. COVID-19: home poisoning throughout the containment period. Lancet Public Health. 2020:5(6):e314. Epub 25 avril 2020. Erratum dans : Lancet Public Health. 4 mai 2020: 5(6):e315.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.04f

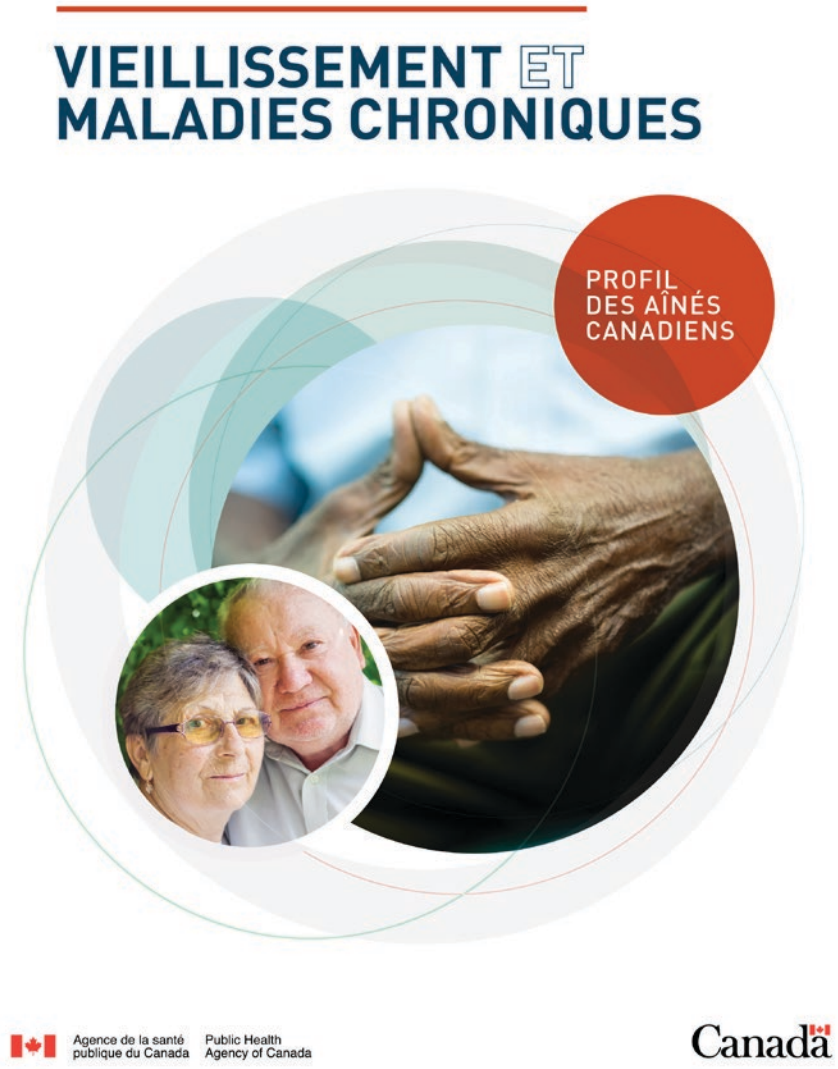
Avis de publication

Vieillissement et maladies chroniques : profil des aînés canadiens

Diffuser cet article sur Twitter

L'Agence de la santé publique du Canada a publié le rapport *Vieillissement et maladies chroniques : profil des aînés canadiens*.

Ce rapport présente un profil pancanadien des maladies chroniques chez les personnes âgées de 65 ans et plus. On y retrouve les caractéristiques socioéconomiques et démographiques de la population âgée du Canada, son état de santé général (incluant l'espérance de vie, la santé et la santé mentale autodéclarées), les maladies et affections chroniques et les autres résultats en matière de santé (incluant le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculosquelettiques, les maladies neurologiques et les maladies buccodentaires), ainsi que les déterminants de la santé.



https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.05f

Avis de publication

Le *Relevé postnatal Rourke, édition 2020* et l'Outil national d'évaluation du risque de la carie chez les enfants d'âge préscolaire

Diffuser cet article sur Twitter

Récemment publié !

L'Outil national d'évaluation du risque de la carie (l'Outil) est maintenant inclus dans l'édition 2020 du *Relevé postnatal Rourke*, un guide pédiatrique largement utilisé par les médecins de famille et les pédiatres au Canada. Il s'agit d'un outil à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires non dentaires et des fournisseurs de soins de santé buccodentaires dans un contexte clinique non traditionnel, dont l'objet est d'aider ceux-ci à évaluer le risque de carie chez les enfants de moins de six ans et d'intervenir en cas de carie. Il a obtenu l'appui de la Société canadienne de pédiatrie, l'Académie canadienne de dentisterie pédiatrique et l'Association canadienne de la santé dentaire publique.

L'édition 2020 du *Relevé postnatal Rourke* contient un lien renvoyant à l'Outil.

Contexte

- Suite à la demande du Bureau du dentiste en chef du Canada en 2017, une équipe de l'Université du Manitoba, dirigée par le Dr Robert Schroth, a effectué une analyse exhaustive de l'ensemble des données probantes sur l'évaluation du risque de la carie chez les enfants d'âge préscolaire.
- Parmi les participants interprofessionnels convoqués pour la revue de l'Outil se trouvaient des représentants scientifiques de la Société canadienne de pédiatrie, l'Académie canadienne de dentisterie pédiatrique et l'Association canadienne de la santé dentaire publique.
- Parmi les observateurs au cours du processus se trouvaient des représentants scientifiques de l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, l'Association canadienne des assistant.e.s dentaires, la Canadian Dental Therapists Association, le Collège des médecins de famille du Canada, la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire et l'Association des facultés dentaires du Canada.
- Des travaux de recherche pour valider l'Outil, financés par le Réseau canadien de recherche en santé buccodentaire et les Instituts de recherche en santé du Canada, sont en cours, et les résultats devraient être publiés au plus tard à l'automne 2021.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.06f

Avis de publication

Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020

Diffuser cet article sur Twitter

Le 28 octobre, Dre Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (ACSP), a publié son rapport annuel de 2020 sur l'état de la santé publique au Canada, intitulé *Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*. Le rapport décrit les conséquences générales de la COVID-19 et demande d'intégrer une approche axée sur l'équité en matière de santé dans les mesures de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas de pandémie.

On y examine les répercussions sans précédent de la pandémie sur la société canadienne. Le rapport met en évidence le fait que la pandémie s'est déroulée différemment dans les diverses régions du pays de janvier à la fin août 2020 et que la gravité des résultats a été influencée par des facteurs comme l'âge, les problèmes de santé sous-jacents et les iniquités. Le rapport souligne comment certaines personnes et certains groupes, comme les résidents de centres de soins de longue durée, les travailleurs des services essentiels, les groupes qui travaillent et vivent dans des espaces clos et ceux qui sont confrontés à la marginalisation systémique, ont fait face à des taux de maladie et de mortalité disproportionnellement plus élevés pendant la première partie de la pandémie.

En se fondant sur les données probantes présentées dans le rapport, l'ACSP demande que des mesures soient prises dans trois domaines-clés afin d'atténuer les répercussions de la COVID-19 et de renforcer la préparation de notre pays aux futures urgences en santé publique :

1. **Maintien du leadership, de la gouvernance et de la mobilisation à tous les niveaux** pour soutenir le changement structurel dans les secteurs de la santé, social et économique. Concrètement, cela signifie que les plans de lutte contre la pandémie doivent être multisectoriels et que les progrès sur le plan des mesures de collaboration sont mesurés et qu'on y apporte les correctifs appropriés jusqu'à ce que les inégalités soient éliminées.

2. **Exploitation du pouvoir de la cohésion sociale** en tant qu'ingrédient-clé pour contrôler et minimiser les effets négatifs de cette pandémie. Les communautés et les pays qui ont des normes rigoureuses pour prendre soin les uns des autres peuvent mieux prévenir et contrôler les résurgences.

3. **Renforcement de la capacité en santé publique** pour faire en sorte que le Canada dispose d'un système de santé capable de faire un bond en avant et de s'adapter en période de crise tout en maintenant la capacité de s'attaquer aux problèmes critiques permanents. Un système de santé publique robuste et agile qui dispose de la main-d'œuvre et des outils nécessaires est essentiel pour s'attaquer aux situations d'urgence et aux inégalités.

Vous pouvez accéder au rapport complet à canada.ca/rapportACSP et consulter les renseignements à jour sur la COVID-19 à canada.ca/la-COVID-19.

Corrigendum

Publications non conformes des bars populaires sur les plateformes de médias sociaux : une invitation à améliorer la réglementation de la publicité sur l'alcool

Ce corrigendum vise à ajouter une autrice manquante à l'article suivant :

Paradis C, Zhao J, Stockwell T. Publications non conformes des bars populaires sur les plateformes de médias sociaux : une invitation à améliorer la réglementation de la publicité sur l'alcool. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020;40(5/6):160-170. https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.03f

Les deux auteurs principaux de l'article (CP et TS) désirent corriger la liste de paternité de l'article en y incluant Sasha Joy-Goatley, afin de reconnaître son implication dans les premiers stades de la conception et la mise en œuvre de la collecte de données au premier site de l'Université. Nous lui présentons nos excuses pour cette omission. La citation corrigée de l'article est la suivante :

Paradis C, Zhao J, Joy-Goatley S, Stockwell T. Publications non conformes des bars populaires sur les plateformes de médias sociaux : une invitation à améliorer la réglementation de la publicité sur l'alcool. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020;40(5/6):160-170. https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.03f

Avant la correction

Catherine Paradis, Ph. D. (1); Jinhui Zhao, Ph. D. (2); Tim Stockwell, Ph. D. (2)

Après la correction

Catherine Paradis, Ph. D. (1); Jinhui Zhao, Ph. D. (2); Sasha Joy-Goatley, B.A. (3); Tim Stockwell, Ph. D. (2)

[3] Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada

La version en ligne originale et la version PDF originale de l'article ont été modifiées le 13 janvier 2021 afin de refléter ce changement. La version PDF originale de l'article est disponible sur demande auprès de l'équipe de rédaction. Les entrées de PubMed, PubMed Central, DOAJ et d'autres bases de données en lecture complète ont également été modifiées afin de refléter ce changement.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.08f

Appel à contributions – Numéro spécial 2021 Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

Diffuser cet article sur Twitter

Rédacteurs : Jennifer O'Loughlin (Université de Montréal), Thierry Gagné (University College London) et Robert Geneau (rédacteur en chef, Agence de la santé publique du Canada)

On estime que plus de 45 000 Canadiens meurent chaque année d'une maladie liée au tabac[1], ce qui fait du tabagisme la principale cause évitable de décès prématuré au Canada[2]. De plus, la hausse récente d'utilisation de produits de vapotage, en particulier chez les jeunes, est une préoccupation croissante en santé publique. Des données probantes émergentes indiquent que les produits de vapotage ne sont pas sans risques pour les utilisateurs, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les risques à long terme. S'il n'est pas encadré par des règlements adéquats, le marché de la cigarette électronique pourrait se développer au point de devenir une menace à « l'endgame du tabagisme »[3,4]. Les politiques de contrôle du tabagisme et du vapotage sont désormais entremêlées.

Le Canada continue de mettre en œuvre des politiques et des programmes exhaustifs de contrôle du tabac dans le cadre de son engagement à atteindre un taux inférieur à 5 % de tabagisme au pays d'ici 2035[5]. Au cours des dernières années, on y a également introduit des règlements sur les produits de vapotage au niveau fédéral ainsi que dans plusieurs provinces et territoires, avec l'objectif explicite de réduire l'utilisation de produits de vapotage chez les jeunes.

Le but de ce numéro spécial est de publier des données probantes scientifiques actuelles et émergentes sur l'épidémiologie, la prévention et le contrôle du tabagisme et du vapotage, en accordant un intérêt particulier aux jeunes. Dans cette optique, *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques* sollicite des articles de recherche pertinents qui présentent des nouveaux résultats ou font la synthèse de données probantes existantes sur :

- des politiques, des interventions et des règlements en lien avec l'initiation au tabagisme ou au vapotage, les habitudes d'utilisation et de consommation, et l'abandon du tabagisme ou du vapotage, incluant les lacunes dans les politiques sur le tabagisme et le vapotage et les défis liés à leur mise en œuvre;
- les inégalités en santé liées à l'utilisation du tabac et des produits de vapotage et les méfaits qui y sont associés; et
- les associations entre l'utilisation de produits de vapotage et les comportements liés à l'abandon du tabagisme et à la réduction des méfaits, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs.

Les soumissions internationales seront prises en considération si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'une étude multipays) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé publique au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour des renseignements sur les types d'articles et les lignes directrices à l'intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement. Veuillez faire parvenir toutes vos soumissions et vos questions sur le processus de soumission ou sur la pertinence et la portée de manuscrits à PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca.

Échéance pour les soumissions : le 31 mars 2021.

Références

1. Santé Canada. Stratégie canadienne sur le tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; [modifié le 10 janvier 2020; consultation le 20 novembre 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html
2. Santé Canada. Consultation sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2017. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/consultation-sur-lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html
3. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. Tob Control. 2016;25:594-604. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052356
4. Le cabinet Tobacco Endgame. Atteindre un taux inférieur à 5 % d'ici 2035 : rapport sur la lutte contre le tabagisme 2019. Ottawa (Ont.) : Association pulmonaire du Canada; 2019. En ligne à : https://www.poumon.ca/sites/default/files/EndGameReport-French_0.pdf
5. Santé Canada. Aperçu de la Stratégie canadienne sur le tabac. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2018. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada/apercu-strategie-canadienne-tabac.html

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés ailleurs. Voici quelques articles et outils publiés en 2020.

Boutin A, Cherian A, Liauw J, **Dzakpasu S**, […] pour le **Système canadien de surveillance périnatale** (**Agence de la santé publique du Canada)**. Database autopsy: an efficient and effective confidential enquiry into maternal deaths in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2020;S1701-2163(20)30584-3. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.026

Dufner TJ, Fitzgerald JS, **Lang JJ**, Tomkinson GR. Temporal trends in the handgrip strength of 2,592,714 adults from 14 countries between 1960 and 2017: a systematic analysis. Sports Med. 2020;50(12):2175-91. https://doi.org/10.1007/s40279-020-01339-z

Schroth RJ (à la demande du **Bureau du dentiste en chef du Canada**). Outil national d'évaluation du risque de la carie (< 6 ans). Winnipeg (Man.): Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba; 2020. En ligne à : https://umanitoba.ca/CRA_Tool_FR_version_with_logos.pdf

Tugwell P, Welch VA, Karunananthan S, […] **Avey MT**, et al. When to replicate systematic reviews of interventions: consensus checklist. BMJ. 2020;370:m2864. https://doi.org/10.1136/bmj.m2864