

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 3 • mars 2021

Dans ce numéro

- 77** *Éditorial*
Propulser la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques
hors des marges des plans d'action en santé publique globale – nouvelle tentative
- 79** *Recherche quantitative originale*
Les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire influencent-ils
les comportements alimentaires des adolescents?
- 93** *Synthèse des données probantes*
Déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales :
revue rapide et cadre conceptuel visant à guider la recherche et les interventions
- 129** *Annonce*
Appel à contributions – Numéro spécial 2021 : Prévention et contrôle du tabagisme
et du vapotage au Canada
- 130** Remerciements à nos évaluateurs de 2020
- 131** 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.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

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

Dawn Slawewski, B.A.
Révisseuse 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>

Éditorial

Propulser la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques hors des marges des plans d'action en santé publique globale – nouvelle tentative

Robert Geneau, Ph. D., rédacteur scientifique en chef, Revue PSPMC

 Diffuser cet article sur Twitter

Un an après le début de la pandémie de coronavirus, et avec la campagne de vaccination maintenant en cours, l'espoir d'un retour progressif à une vie « normale » grandit de jour en jour. Toutefois, le véritable portrait de cette normalité est incertain, comme en témoigne le flot constant de publications dans lesquelles on s'interroge sur ce que seront nos vies après la COVID-19, qu'il s'agisse de l'avenir du travail de bureau ou des changements dans la façon dont nous aménagerons et construirons nos villes, offrirons des services de santé et ferons face aux changements climatiques et aux inégalités économiques. « Rebâtir en mieux » est devenu une expression couramment utilisée par les gouvernements et les organismes internationaux^{1,2}.

On espère que ce mantra sera appliqué aux systèmes de santé publique, en partie grâce à une diplomatie scientifique plus vigoureuse à l'échelle mondiale et, souhaitons-le, à de nouveaux investissements systématiques dans la prévention des maladies après la COVID-19. On appelle au respect des principes de « santé publique globale »³, on propose d'appliquer et de mettre en œuvre une approche « une seule santé »⁴ et de favoriser davantage la pensée intégrative à propos de la manière dont la pandémie actuelle est liée à d'autres problèmes de santé et aux principaux déterminants de la santé⁵.

Dans ce contexte, certains proposent que la COVID-19 soit considérée comme un phénomène syndémique* plutôt que pandémique, affirmant que « les affections se regroupent au sein de groupes sociaux en

calquant les inégalités profondément enracinées dans nos sociétés » et que dans le cas de la COVID-19, « s'attaquer [aux maladies chroniques] sera une condition préalable à la réussite d'un confinement » [traduction]^{7,p.874}. Dans son plus récent rapport, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a souligné la nécessité d'adopter une approche plus ferme en matière d'équité dans le domaine de la santé pour lutter contre la COVID-19 et elle a fait remarquer que « la pandémie de la COVID-19 a ébranlé notre conscience collective et nous a amenés à reconnaître que l'équité est essentielle pour assurer la sécurité sanitaire »^{8,p.2}.

Mais ceci a comme un air de déjà-vu. Depuis la première réunion de haut niveau des Nations unies sur les maladies non transmissibles (MNT) en 2011, les appels visant à renouveler notre approche à l'égard des MNT et à mettre en œuvre un programme de santé globale plus intégré se sont intensifiés. Les progrès demeurent lents. En 2018, dans son ouvrage intitulé *Il est temps d'agir : Rapport de la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles*, l'Organisation mondiale de la santé a conclu qu'à l'échelle mondiale, nous ne sommes pas en voie de réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT d'ici 2030 (objectif de développement durable 3, cible 3.4)⁹. Les commissaires ont souligné qu'« un sentiment de normalité persiste, au lieu de l'urgence qui devrait s'imposer »^{9,p.4} et que, de ce fait, les investissements nationaux et internationaux ont été insuffisants.

Si la COVID-19 doit apporter une nouvelle perspective ou un nouveau sentiment d'urgence pour faire face aux maladies chroniques et aux principaux déterminants de la santé, quels principes ou stratégies pourraient guider nos prochains pas? Voici ce qui pourrait constituer un point de départ.

- Nous devons reformuler les discours sur les maladies chroniques et leurs causes sous-jacentes et éliminer la division artificielle entre maladies chroniques et maladies infectieuses. Il est clair que le chemin va être long. C'est un fait bien connu, du moins chez les scientifiques, que les objectifs de développement durable des Nations unies sont profondément interreliés. Des investissements accrus dans la prévention et le contrôle des maladies infectieuses – investissements qui sont nécessaires – ne devraient pas entraîner une diminution du financement visant d'autres affections ou visant les principaux déterminants de la santé. Adopter une approche à somme nulle constituerait un manque de vision. Promouvoir et utiliser le terme « syndémique » pour décrire la COVID-19 pourrait nous faire avancer un peu plus.
- Nous avons besoin de meilleures données. Cette affirmation doit être précisée. Même si nous disposons de données qui montrent que les maladies chroniques sont l'un des facteurs critiques des décès dus à la COVID-19 et qu'elles illustrent la gravité de la

* Le modèle syndémique de la santé met l'accent sur l'ensemble biologique et social, qui regroupe les maladies interactives, coexistantes et séquentielles et les facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent et amplifient les effets négatifs de l'interaction entre les maladies⁶.

Rattachement de l'auteur :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Robert Geneau, Agence de la santé publique du Canada, 785, rue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

maladie, il n'y a pas assez de données désagrégées de qualité sur les populations vulnérables (p. ex. absence de données fondées sur l'origine ethnique) pour éclairer les décisions. L'étude de l'incidence plus générale de la COVID-19, qui inclut les conséquences (santé mentale, consommation problématique de substances, etc.) des mesures prises en santé publique, a pleinement montré l'importance des études longitudinales pour répondre aux questions de recherche complexes. Une sensibilisation accrue aux lacunes actuelles pourrait donner l'impulsion nécessaire pour s'y attaquer de front.

- *Nous ne pouvons permettre à la quête d'innovation de nous distraire des démarches éprouvées en matière de santé publique.* Bien que nous ayons manifestement besoin de vaccins pour nous aider à sortir de la crise actuelle de la COVID-19 – et nous devrions célébrer l'innovation dans le domaine des vaccins à l'ère de la COVID-19 – il importe de rappeler que les vaccins sont un outil essentiel mais ne constituent pas une solution miracle¹⁰. Les mêmes conseils sont valables dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Une foule de stratégies fondées sur la technologie mobile – sous l'égide de l'« innovation » – ont été utilisées pour aider les gens à améliorer leurs comportements en matière de santé. Ces stratégies relèvent d'une trousse d'outils mais ne doivent pas se substituer à l'adoption de politiques fondées sur des données probantes pour prévenir les maladies chroniques. Il arrive parfois qu'on mette l'accent sur les comportements et la responsabilité des individus pour détourner l'attention et éviter de s'occuper des déterminants de la santé structurels ou plus en amont.
- *Nous devons nous orienter vers les solutions.* La crise de la COVID-19 se prête à des études expérimentales naturelles, par exemple sur les effets des interventions non pharmaceutiques sur l'incidence de la COVID-19, les effets à grande échelle des mesures de santé publique ou encore les effets des interventions visant à atténuer les conséquences négatives de ces mesures. Les expériences naturelles sont encore un outil sous-utilisé pour améliorer les données probantes en santé publique.

La grande majorité des manuscrits soumis à la revue PSPMC visent à décrire le « problème » – les mesures du fardeau et du coût économique de la maladie, etc. – et cela revêt évidemment une importance cruciale. Ce qui manque encore, ce sont des études plus rigoureuses sur l'impact des expériences naturelles et des interventions à l'échelle de la population. Les efforts de recherche en santé publique à l'ère de la COVID-19 pourraient contribuer à solidifier le domaine de la recherche interventionnelle en santé des populations.

Il ne s'agit ici aucunement d'une évaluation exhaustive de la manière de s'assurer que le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques évolue au sein d'un mouvement plus vaste visant à renforcer les systèmes de santé publique. La série d'articles de la revue PSPMC sur la COVID-19 (avec un modèle de publication en ligne d'abord) demeure ouverte. Nous invitons de nouveau nos collègues du Canada à nous envoyer des manuscrits sur la COVID-19, qu'il s'agisse d'éditoriaux ou de commentaires prospectifs ou encore d'article de recherche originaux sur les conséquences à grande échelle des mesures de santé publique.

Références

1. Bakker P, Elkinton J. To build back better, we must reinvent capitalism. Here's how [Internet]. Genève, Suisse : Forum économique mondial, 2020 [consulté le 25 janvier 2021]. En ligne à : <https://www.weforum.org/agenda/2020/07/to-build-back-better-we-must-reinvent-capitalism-heres-how/>
2. Ministère des Finances Canada. Rebâtir en mieux : Un plan pour lutter contre la récession causée par la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2020 [consulté le 25 janvier 2021]. En ligne à : <https://budget.gc.ca/fes-eea/2020/themes/building-back-better-rebatir-mieux-fr.html>
3. Loewenson R, Accoe K, Bajpai N, et al. Reclaiming comprehensive public health. *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e003886. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003886>
4. Ruckert A, Zinszer K, Zarowsky C, Labonté R, Carabin H. What role for One Health in the COVID-19 pandemic? *Can J Public Health*. 2020;111(5):641-644. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00409-z>
5. The Lancet. COVID-19: a new lens for non-communicable diseases. *Lancet*. 2020;396(10252):649. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31856-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31856-0). Erratum dans : *Lancet*. 2020;396(10254):818. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31902-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31902-4)
6. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*. 2017;389(10072):941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
7. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
8. Agence de la santé publique du Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020. 88 p. [n° au catalogue : HP2-10E-PDF]
9. Organisation mondiale de la santé (OMS). Il est temps d'agir : Rapport de la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles. Genève (Suisse) : OMS; 2018. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274339>
10. BBC World News Coronavirus : WHO warns of 'no silver bullet' amid vaccine search [Internet]. Londres : BBC; 2020. En ligne à : <https://www.bbc.com/news/world-53643455>

Recherche quantitative originale

Les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire influencent-ils les comportements alimentaires des adolescents?

Karen A. Patte, Ph. D. (1); Adam G. Cole, Ph. D. (2); Wei Qian, Ph. D. (3); Megan Magier, M. Sc. (1); Michelle Vine, Ph. D. (3); Scott T. Leatherdale, Ph. D. (3)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'efficacité de la réglementation sur l'alimentation en milieu scolaire est susceptible d'être compromise par l'environnement alimentaire à proximité des écoles. Comme il est difficile de réglementer la vente au détail à l'extérieur, certains recommandent l'adoption de règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire durant la journée. Notre objectif consiste à examiner si ces règlements ont une influence sur les comportements alimentaires des élèves.

Méthodologie. Nous avons utilisé les données d'enquête recueillies auprès de 60 610 élèves de la 9^e à la 12^e année et auprès d'administrateurs de 134 écoles secondaires canadiennes qui ont participé à l'année 7 (2018-2019) du projet COMPASS. Nous avons appliqué des modèles de régression ordinaire multiple pour déterminer si les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire constituent un facteur prédictif des comportements alimentaires en semaine (0 à 5 jours), en contrôlant pour des covariables liées aux élèves (niveau scolaire, sexe, argent à dépenser, origine ethnique) et aux écoles (indice d'urbanisation, province, revenu médian des ménages du quartier, machines distributrices).

Résultats. Au total, 16 écoles ont indiqué avoir adopté un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire. Par rapport aux élèves fréquentant une école les autorisant à quitter le périmètre scolaire, les élèves fréquentant une école dotée d'un règlement leur interdisant de quitter ce périmètre ont déclaré manger moins souvent au cours de la semaine des repas achetés dans un restaurant rapide ou un autre type de restaurant et boire moins souvent des boissons sucrées (boissons gazeuses, boissons pour sportifs et thés ou cafés sucrés), mais acheter plus souvent des collations dans les machines distributrices de l'école. Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne la consommation de repas préparés à la maison ou par la cafétéria de l'école et la consommation de collations achetées à l'extérieur de l'école.

Conclusion. Les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire peuvent contribuer à améliorer l'alimentation des adolescents, car ces derniers réduisent alors la consommation de boissons sucrées et de repas rapides à l'heure du dîner en semaine, mais ces élèves étant susceptibles de remplacer les aliments achetés à l'extérieur de l'école par des aliments achetés à l'école, cela souligne l'importance de créer des environnements alimentaires sains dans les écoles et d'encourager les élèves à apporter des lunchs préparés à la maison. D'autres études fondées sur des modèles longitudinaux expérimentaux doivent être menées pour déterminer l'incidence des règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sur divers comportements et résultats en matière de santé.

Points saillants

- Cette étude est la première à s'intéresser, dans les écoles canadiennes, au lien entre les comportements alimentaires des adolescents et l'adoption ou non d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire.
- Au total, 16 des 134 écoles secondaires canadiennes ayant participé à l'étude ont indiqué avoir adopté un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire pendant les heures de classe.
- Les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sont susceptibles d'améliorer la qualité de l'alimentation des adolescents, car ils permettent de réduire, durant les jours de semaine, la consommation de boissons sucrées chaudes ou froides et de repas achetés dans un restaurant rapide ou un autre type de restaurant à l'extérieur de l'école.
- L'incidence des règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire va probablement dépendre de la valeur nutritive des aliments vendus dans les écoles, car les élèves qui n'ont pas le droit de sortir du périmètre scolaire sont susceptibles d'acheter des collations dans les machines distributrices de l'école durant la semaine.

Rattachement des auteurs :

1. Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock, St. Catharines (Ontario), Canada
2. Faculté des sciences de la santé, Université Ontario Tech, Oshawa (Ontario), Canada
3. École de santé publique et des systèmes de santé, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada

Correspondance : Karen A. Patte, Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock, région de Niagara, 1812, chemin Sir Isaac Brock, St. Catharines (Ontario) L2S 3A1; courriel : kpattie@brocku.ca

Mots-clés : école, politiques alimentaires, règlements permettant aux élèves de quitter le périmètre scolaire, adolescents, élèves, règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire, alimentation

Introduction

Les adolescents constituent une cible clé pour les initiatives en matière d'alimentation à l'échelle de la population. Les habitudes de santé appelées à durer toute la vie s'installent au cours de l'adolescence, période d'autonomie croissante. En parallèle, la qualité de l'alimentation diminue avec l'âge et avec le passage à l'école secondaire¹. Peu d'adolescents canadiens respectent les recommandations nutritionnelles^{2,3}. D'après les enquêtes nationales sur les apports alimentaires, les adolescents de 14 à 17 ans présentent les profils nutritionnels les plus médiocres de toutes les tranches d'âge^{2,3}. L'alimentation des adolescents se caractérise généralement par un nombre réduit de portions de fruits, de légumes et de grains entiers, les « autres » aliments (c.-à-d. les aliments à faible valeur nutritive et à haute valeur énergétique) représentant une proportion supérieure de leur apport calorique quotidien total^{4,5}. Les principales préoccupations concernant l'alimentation des adolescents (notamment l'apport insuffisant de calcium et de fibres ainsi que l'excès de sodium et de sucre^{5,6}) sont qu'ils s'exposent à un risque accru de maladies chroniques, en particulier le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, la carie dentaire, la stéatose hépatique et divers types de cancer⁵.

En empruntant un modèle socioécologique, on observe que les facteurs interagissent à plusieurs niveaux pour façonner les comportements alimentaires des adolescents, allant des influences proximales (préférences alimentaires, repas en famille, modèles parentaux, etc.) aux influences distales (normes sociales, statut socioéconomique de la famille, etc.)^{7,8}. Déterminées à différents niveaux, la disponibilité et l'accessibilité des aliments sont parmi les corrélats les plus marqués des choix alimentaires des adolescents⁹⁻¹¹. En conséquence, les mesures environnementales (politiques et règlements) semblent être les mesures les plus efficaces pour favoriser un changement d'habitudes alimentaires au sein de la population¹². Les politiques alimentaires en milieu scolaire visent principalement à restreindre l'offre

d'aliments à faible valeur nutritive et à augmenter l'offre d'aliments sains vendus dans l'environnement scolaire. Les écoles sont généralement considérées comme un milieu clé pour une répartition équitable des interventions, car c'est là que la plupart des enfants et des adolescents passent la majeure partie de leurs journées en semaine et consomment au moins un repas par jour. Au Canada, les politiques alimentaires en milieu scolaire relèvent de la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux⁴. Les dix provinces canadiennes ont toutes adopté des politiques alimentaires en milieu scolaire, mais ces dernières sont très variables (certaines sont d'application facultative, et d'autres, d'application obligatoire)¹³.

Les politiques alimentaires en milieu scolaire se limitent à la vente d'aliments dans les écoles. Or la plupart des écoles secondaires canadiennes permettent à une partie ou à l'ensemble des élèves de quitter le périmètre scolaire pendant l'heure du dîner, alors que les écoles se trouvent souvent à distance de marche de détaillants alimentaires¹⁴, qui vendent surtout les aliments que les politiques visent à limiter (aliments à faible valeur nutritive et à forte teneur en sucre, en gras, en sel et en calories). La densité des restaurants rapides et des dépanneurs à proximité des écoles tend à être plus élevée que celle des détaillants offrant des aliments plus sains^{15,16}. On a établi une corrélation entre un accès facile aux restaurants rapides dans les zones scolaires et une mauvaise alimentation chez les adolescents¹⁷, caractérisée notamment par une consommation accrue de boissons sucrées¹⁸ et de repas rapides^{19,20}, avec cependant des données probantes non cohérentes²¹. Il demeure que l'efficacité de la réglementation sur l'alimentation en milieu scolaire risque d'être compromise par l'environnement alimentaire de proximité^{20,22}.

L'environnement à l'extérieur de l'école revêt une importance particulière pour les adolescents, car ces derniers sont moins enclins à dîner à l'école^{20,22}. Une étude récente a révélé que plus du tiers des élèves du secondaire en Ontario consomment un repas provenant d'un restaurant rapide au moins une fois par semaine²². De même, dans une enquête en ligne menée auprès de jeunes de sept provinces canadiennes, 27,4 % des répondants ont déclaré acheter un repas à l'extérieur de l'école trois jours ou plus par semaine et 56,7 %, un ou deux jours par semaine,

tandis que 36,5 % ont déclaré acheter leur repas à l'école au moins une fois par semaine²³. Seuls 15,9 % des élèves n'avaient acheté aucun repas dans un restaurant rapide, un dépanneur ou un autre établissement à l'extérieur de l'école durant la semaine précédant l'enquête²³.

Les lunchs préparés à la maison constituent généralement l'option la plus nutritive, comparativement aux repas achetés dans les restaurants rapides et les dépanneurs^{22,23}. Parmi les élèves canadiens du secondaire, ceux qui apportent un lunch préparé à la maison ont une alimentation globalement de meilleure qualité et consomment moins de boissons sucrées²⁴ et plus de portions de fruits et de légumes²⁵ et de grains entiers que ceux qui achètent leur repas à l'école ou à l'extérieur de l'école^{23,26}. En ce qui concerne les repas achetés, la plupart des études tendent à confirmer que les aliments de la cafétéria de l'école constituent une option plus saine que les aliments provenant d'un restaurant rapide, d'un autre type de restaurant ou d'un commerce de détail^{22,23,27}. Les élèves qui achètent des repas ou des collations dans des restaurants rapides ou d'autres restaurants rapportent une consommation plus importante de boissons sucrées^{24,25,27} et d'aliments frits ainsi qu'un plus grand apport en sodium, en sucre et en calories totales que ceux qui mangent des repas préparés à la maison ou achetés à la cafétéria de l'école^{22,23,27}. Cependant, selon certaines données probantes, les repas achetés à l'école seraient en général équivalents à ceux que les élèves achètent à l'extérieur de l'école^{23,26}.

En raison des préoccupations relatives à l'environnement alimentaire externe, certains réclament une réglementation sur l'alimentation qui tienne compte des commerces de détail à proximité des écoles^{20,22}. Étant donné la difficulté à mettre en place un environnement favorisant la saine alimentation autour des écoles, l'adoption de règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire durant la journée a été proposée. S'il est vrai que de tels règlements n'empêchent pas les élèves d'acheter de la nourriture chez les détaillants alimentaires à proximité avant ou après l'école, il n'en demeure pas moins que les adolescents consomment environ le tiers de leur apport énergétique total pendant leur temps à l'école²⁶⁻²⁸, ce qui laisse une marge de manœuvre considérable pour améliorer la qualité de leur alimentation.

À notre connaissance, une seule étude s'est intéressée au lien entre les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire et les habitudes d'achat et de consommation d'aliments : parmi un échantillon aléatoire de 1088 élèves provenant de 20 écoles secondaires de banlieue du Minnesota, on a constaté que les élèves fréquentant une école dotée d'un règlement leur interdisant de quitter le périmètre scolaire durant l'heure du midi sont moins susceptibles que les élèves des écoles sans un règlement de ce type de dîner dans un restaurant rapide et de consommer des aliments achetés dans un dépanneur²⁹. Par ailleurs, les quelques études comparant l'adoption d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire avec l'absence d'un règlement de ce type portent principalement sur des facteurs non liés à l'alimentation, comme l'utilisation de mesures d'incitation conditionnelles pour les résultats scolaires³⁰ et la prévention des accidents de la route³¹.

Compte tenu des différences notables qui existent d'un pays à l'autre entre les milieux scolaires et les environnements alimentaires de proximité, une évaluation approfondie en contexte canadien est nécessaire. Notre étude a porté sur les habitudes d'achat et de consommation de repas, de collations et de boissons, durant la semaine, d'une large cohorte d'adolescents canadiens, en fonction de leur fréquentation d'une école secondaire avec règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire ou d'une école sans règlement de ce type. Nous avons émis l'hypothèse que les élèves fréquentant une école dotée d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire consommeraient moins de boissons sucrées et d'aliments achetés dans des détaillants situés à l'extérieur de l'école, qu'ils achèteraient davantage d'aliments à la cafétéria et dans les machines distributrices de l'école et, idéalement, qu'ils apporteraient plus souvent des lunchs préparés à la maison.

Méthodologie

Conception

Notre étude repose sur des données transversales provenant d'élèves et d'écoles ayant participé à l'année 7 (année scolaire 2018-2019) de l'étude COMPASS (cannabis, obésité, santé mentale, activité physique, alcool, tabagisme, sédentarité). Le

projet COMPASS permet de recueillir une fois par an des données prospectives hiérarchiques sur la santé auprès des élèves de la 9^e à la 12^e année et des écoles secondaires canadiennes qu'ils fréquentent³². Le choix a été fait délibérément en faveur des commissions scolaires qui autorisent l'application de protocoles d'information active et de consentement parental passif³², ce qui permet d'alléger la charge de travail des écoles et de recueillir des données plus fiables sur les adolescents³³. Tous les élèves de la 9^e à la 12^e année fréquentant les écoles participantes pouvaient prendre part à l'étude, tout comme ils étaient libres de s'en retirer à tout moment. Les données sur les élèves ont été recueillies au moyen d'un questionnaire sur papier rempli par tous les élèves pendant une période de classe. Les données sur les écoles ont été recueillies au moyen d'un questionnaire en ligne (analyse COMPASS des programmes et des politiques de l'école) en même temps que les données sur les élèves. L'analyse des programmes et des politiques de l'école visait à vérifier la présence ou l'absence de politiques, de pratiques et de ressources relatives aux comportements des élèves en matière de santé dans le milieu scolaire³². Les administrateurs scolaires le plus au fait des programmes et des politiques de l'école ont reçu un lien menant au questionnaire par courriel. Ils ont été invités à consulter d'autres membres du personnel et à se regrouper pour remplir le questionnaire afin que l'information transmise soit la plus exacte possible. Le personnel de l'étude COMPASS a effectué un suivi par téléphone ou par courriel en cas de données manquantes ou insuffisamment claires.

L'étude COMPASS a été approuvée sur le plan de l'éthique par l'Université de Waterloo, l'Université Brock et les commissions scolaires participantes. Des renseignements supplémentaires concernant les méthodes de recrutement de l'étude COMPASS³⁴ et la méthodologie de l'étude sont accessibles en ligne (www.compass.uwaterloo.ca) ou en version imprimée³².

Comportements alimentaires en semaine

On a posé la question suivante aux élèves : « Au cours d'une semaine d'école normale (du lundi au vendredi), combien de jours fais-tu ce qui suit? (i) Manger un repas acheté dans un restaurant rapide ou un autre restaurant; (ii) Manger à l'école un lunch préparé à la maison; (iii) Manger à

l'école un repas acheté à la cafétéria; (iv) Manger des collations achetées dans une machine distributrice, un dépanneur, un casse-croûte ou une cantine à l'extérieur de l'école; (v) Manger des collations achetées dans une machine distributrice de l'école; (vi) Boire des boissons sucrées (soda, Kool-Aid, Gatorade, etc.) (n'incluent pas les boissons diètes ou sans sucre); (vii) Boire des cafés ou des thés sucrés (Frappuccino, cappuccino, thé glacé, café glacé, etc.) ». Les choix de réponse, qui allaient de « Aucun » à « 5 jours », ont été associés à un code numérique de 0 à 5 de façon à obtenir un résultat ordinal.

Mesures liées aux écoles

Pour permettre de distinguer les écoles autorisant les élèves à quitter le périmètre scolaire et les autres, le questionnaire d'analyse des programmes et des politiques de l'école incluait la question suivante : « Votre école a-t-elle adopté un règlement en vertu duquel les élèves ne sont généralement pas autorisés à quitter le périmètre scolaire durant les pauses (sauf pour les activités et les événements scolaires et pour les rendez-vous personnels)? » Les écoles qui ont répondu « Oui » ont été classées comme ayant un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire. Les écoles qui ont répondu « Non » ont été considérées comme permettant aux élèves de sortir du périmètre scolaire.

Covariables

Les covariables liées aux élèves sont le sexe (garçon, fille, sans réponse), le niveau scolaire (9, 10, 11, 12, sans réponse), l'origine ethnique (blanc, noir, asiatique, latino-américain, autre/mixte/information manquante) et le montant d'argent disponible chaque semaine pour dépenser ou économiser provenant de l'argent de poche ou d'un emploi à temps partiel (aucun, 1 \$ à 20 \$, 21 \$ à 100 \$, plus de 100 \$, je ne sais pas).

Les covariables liées aux écoles sont la province (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario, Québec), l'indice d'urbanisation et le revenu médian des ménages dans le quartier de l'école. Nous avons établi des références croisées entre les codes postaux des écoles et les données de Statistique Canada pour déterminer le revenu médian moyen des ménages (en \$ CA) (inférieur ou égal à 50 000 \$, 50 001 \$ à 75 000 \$, 75 001 \$ à 100 000 \$,

plus de 100 000 \$) ainsi que l'indice d'urbanisation associé à l'école. Les écoles ont ainsi été réparties dans l'une des catégories suivantes : zone rurale (population inférieure à 1 000 habitants ou densité de population inférieure à 400 personnes par kilomètre carré), petit centre urbain (population de 1 000 à 29 999 habitants), centre urbain moyen (population de 30 000 à 99 999 habitants) ou grand centre urbain (population de 100 000 habitants et plus). Comme le nombre de restaurants rapides varie en fonction de la taille et de la densité de la population (le nombre de restaurants augmentant avec la taille de l'agglomération^{19,35,36}), l'indice d'urbanisation a été utilisé pour qualifier le type d'environnement alimentaire de vente au détail à proximité de l'école. Les modèles utilisés pour les résultats liés à la consommation de boissons sucrées (boissons gazeuses, boissons pour sportifs ainsi que cafés et thés sucrés) et à l'achat de collations tiennent également compte du nombre de machines distributrices de collations et de boissons qui sont à la disposition des élèves et qui se trouvent dans les écoles, à partir d'une évaluation réalisée par du personnel de recherche formé lors de la collecte de données dans les écoles.

Analyse statistique

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Les statistiques descriptives ont été calculées séparément pour les élèves fréquentant une école avec règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire et pour les autres, au moyen des procédures PROC FREQ et PROC TTEST. Nous avons utilisé des modèles de régression pour déterminer si le fait de fréquenter une école dotée d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire permet de prédire les comportements alimentaires des élèves en semaine, en contrôlant pour des covariables liées aux élèves (sexe, niveau scolaire, origine ethnique, montant d'argent à dépenser chaque semaine) et aux écoles (indice d'urbanisation, revenu médian des ménages, province).

Les résultats ont été traités comme des données ordinales, dans la mesure où les choix de réponse offerts étaient naturellement ordonnés et que les valeurs du critère d'information d'Akaike (AIC) étant plus faibles, les modèles de régression ordinale multiple convenaient mieux que

les modèles de régression linéaire multiple. Par ailleurs, comme nous avons utilisé la procédure PROC GLM pour l'analyse des données sous forme de variables continues, les graphiques des résidus n'ont pas permis de valider l'hypothèse de normalité. Pour tester l'hypothèse des cotes proportionnelles, nous avons généré différentes pentes à l'aide de l'option UNEQUALSLOPES et nous avons vérifié si ces pentes étaient les mêmes dans la procédure PROC LOGISTIC. Pour cinq des huit modèles, les résultats ont confirmé l'hypothèse, mais celle-ci n'a pas été validée pour les résultats relatifs aux lunchs apportés de la maison, aux repas achetés à la cafétéria de l'école et aux collations provenant des machines distributrices de l'école. En revanche, les estimations faites à l'aide des options EQUALSLOPES et UNEQUALSLOPES étaient comparables pour ces trois derniers résultats. Nous avons choisi les modèles ordinaux pour leur facilité d'interprétation : nous avons pu recourir au même modèle pour les huit résultats.

Nous avons estimé les coefficients de corrélation intraclasse (CCI) en traitant les résultats comme des données continues afin de déterminer la variance expliquée par le regroupement des écoles. Pour les écoles, les CCI étaient les suivants : 0,105 pour les lunchs apportés de la maison, 0,136 pour les repas achetés à la cafétéria de l'école, 0,102 pour les repas achetés dans un restaurant rapide ou un autre restaurant, 0,061 pour les collations provenant des machines distributrices de l'école, 0,028 pour les collations achetées à l'extérieur de l'école, 0,018 pour les boissons gazeuses et les boissons pour sportifs sucrées et 0,049 pour les cafés et les thés sucrés. Nous avons eu recours à la procédure PROC GENMOD pour les analyses de régression, en utilisant l'identification de l'école comme variable de regroupement et en fixant une structure de corrélation indépendante provisoire pour tenir compte des corrélations au sein de l'école.

Pour tous les modèles, les résultats présentés sont les résultats ajustés. Aucune interaction entre le niveau scolaire et l'indice d'urbanisation n'a été observée lors des tests (résultats non présentés).

Résultats

Échantillon

Le tableau 1 offre une description des échantillons. Au total, 74 501 élèves de 134 écoles

secondaires (15 en Colombie-Britannique, 8 en Alberta, 61 en Ontario et 52 au Québec) ont participé à l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS (taux de réponse de 84,2 %). Les élèves québécois de secondaire 1 et 2 (l'équivalent de la 7^e et la 8^e année) n'ont pas été inclus (n = 13 891), ce qui conduit à un échantillon de 60 610 élèves. Les élèves québécois de secondaire 3, 4 et 5 ont été classés comme des élèves de respectivement 9^e, 10^e et 11^e année. Les élèves pour lesquels il manquait des données ont été retirés du modèle concerné, de sorte que le nombre d'élèves retirés des modèles en raison de données manquantes varie selon le résultat (les données manquant pour 3 049 élèves en ce qui concerne les lunchs apportés de la maison; pour 2 646 élèves en ce qui concerne les repas achetés à la cafétéria; pour 2 479 élèves en ce qui concerne les repas achetés dans un restaurant rapide ou un autre type de restaurant; pour 2 319 élèves en ce qui concerne les collations provenant des machines distributrices de l'école; pour 2 483 élèves en ce qui concerne les collations achetées à l'extérieur de l'école; pour 2 504 élèves en ce qui concerne les boissons gazeuses et les boissons pour sportifs sucrées et enfin pour 2 462 élèves en ce qui concerne les cafés et les thés sucrés). Les élèves pour lesquels il manquait des covariables (n = 1 175) ont été inclus dans l'analyse, et les réponses manquantes ont été classées dans la catégorie « information manquante/pas de réponse ».

Au total, 16 écoles secondaires, soit 8 en Ontario (2 privées, 6 publiques), 1 école privée en Colombie-Britannique, 1 école publique en Alberta et 6 écoles au Québec (3 privées, 3 publiques) ont indiqué avoir adopté un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire durant la journée. Les 16 écoles secondaires se répartissent en 3 écoles en zone rurale, 4 écoles dans un centre urbain de petite taille, 3 écoles dans un centre urbain de taille moyenne et 6 écoles dans un centre urbain de grande taille.

Modèles de régression ordinale

La figure 1 illustre les mesures alimentaires rapportées par les élèves en fonction de la présence ou non de règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire. Les tableaux 2 à 4 contiennent les résultats des modèles de régression corrigés en fonction des covariables liées aux élèves et aux écoles.

TABEAU 1
Statistiques descriptives sur les élèves de 134 écoles secondaires canadiennes avec ou sans
règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire, 2018-2019

Variables sociodémographiques		Règlement interdisant de quitter le périmètre scolaire		Valeur <i>p</i>
		Non	Oui	
		% (N)	% (N)	
Sexe	Fille	49,1 (26 495)	49,1 (3 241)	0,6952
	Garçon	49,6 (26 804)	49,8 (3 287)	
	Pas de réponse	1,3 (705)	1,2 (78)	
Niveau scolaire	9	28,4 (15 323)	29,8 (1 971)	0,002
	10	28,5 (15 369)	27,7 (1 832)	
	11	26,2 (14 149)	27,1 (1 791)	
	12	15,6 (8 427)	14,1 (930)	
	Pas de réponse	1,4 (736)	1,2 (82)	
Origine ethnique	Blanc	65,1 (35 154)	64,2 (4 242)	< 0,0001
	Noir	3,9 (2 120)	5,8 (384)	
	Asiatique	12,2 (6 615)	10,0 (662)	
	Latino-américain	2,8 (1 535)	2,7 (177)	
	Autre/mixte/information manquante	15,9 (8 580)	17,3 (1 141)	
Montant d'argent disponible chaque semaine pour dépenser ou économiser	Aucun	15,2 (8 104)	16,6 (1 082)	< 0,0001
	1 \$ à 20 \$	22,4 (11 954)	22,4 (1 459)	
	21 \$ à 100 \$	24,5 (13 062)	23,9 (1 555)	
	Plus de 100 \$	22,8 (12 121)	19,2 (1 250)	
	Je ne sais pas	15,1 (8 029)	17,9 (1 168)	
Province	Alberta	3,7 (244)	5,7 (3 057)	< 0,0001
	Colombie-Britannique	3,8 (250)	18,8 (10 152)	
	Ontario	63,6 (4 204)	49,0 (26 471)	
	Québec	28,9 (1 908)	26,5 (14 324)	
Indice d'urbanisation	Grand centre urbain	57,3 (30 920)	42,5 (2 806)	< 0,0001
	Moyen centre urbain	12,0 (6 502)	16,2 (1 071)	
	Zone rurale	1,1 (603)	17,6 (1 164)	
	Petit centre urbain	29,6 (15 979)	23,7 (1 565)	
Revenu médian des ménages du quartier de l'école (\$ CA)	25 000 \$ à 50 000 \$	14,0 (7 537)	0,0 (2)	< 0,0001
	50 001 \$ à 75 000 \$	57,6 (31 126)	59,4 (3 922)	
	75 001 \$ à 100 000 \$	23,9 (12 890)	14,7 (973)	
	Plus de 100 000 \$	4,5 (2 451)	25,9 (1 709)	
Nombre de machines distributrices de collations dans l'école	0	25,4 (13 719)	19,2 (1 268)	< 0,0001
	1	35,5 (19 165)	48,5 (3 201)	
	2	32,6 (17 588)	20,5 (1 357)	
	3	6,5 (3 532)	0 (0)	
	4	0 (0)	11,8 (780)	
Nombre de machines distributrices de boissons dans l'école	0	9,9 (5 336)	6,2 (409)	< 0,0001
	1	23,5 (12 713)	38,1 (2 520)	
	2	30,5 (16 464)	17,9 (1 181)	
	3	18,4 (9 940)	9,8 (645)	
	4	10,9 (5 905)	0 (0)	
	5	4,5 (2 429)	28,0 (1 851)	
	6	2,3 (1 217)	0 (0)	

Remarque : Les données sont tirées de l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS²².

Différences relatives aux covariables liées aux élèves et aux écoles

Les élèves de 11^e et 12^e année sont plus susceptibles que les élèves de 9^e année d'acheter des repas d'une source externe, et moins susceptibles de manger des repas préparés à la maison ou à la cafétéria et d'acheter des collations chez des détaillants en dehors de l'école, et ce, pour un plus grand nombre de jours de semaine. Les élèves de 10^e année sont moins susceptibles de manger à la cafétéria que les élèves de 9^e année. Pour les boissons sucrées, les élèves de la 10^e à la 12^e année sont plus susceptibles de consommer des cafés ou des thés sucrés, mais moins susceptibles de consommer des boissons gazeuses ou des boissons pour sportifs que les élèves de 9^e année, pour un plus grand nombre de jours de semaine.

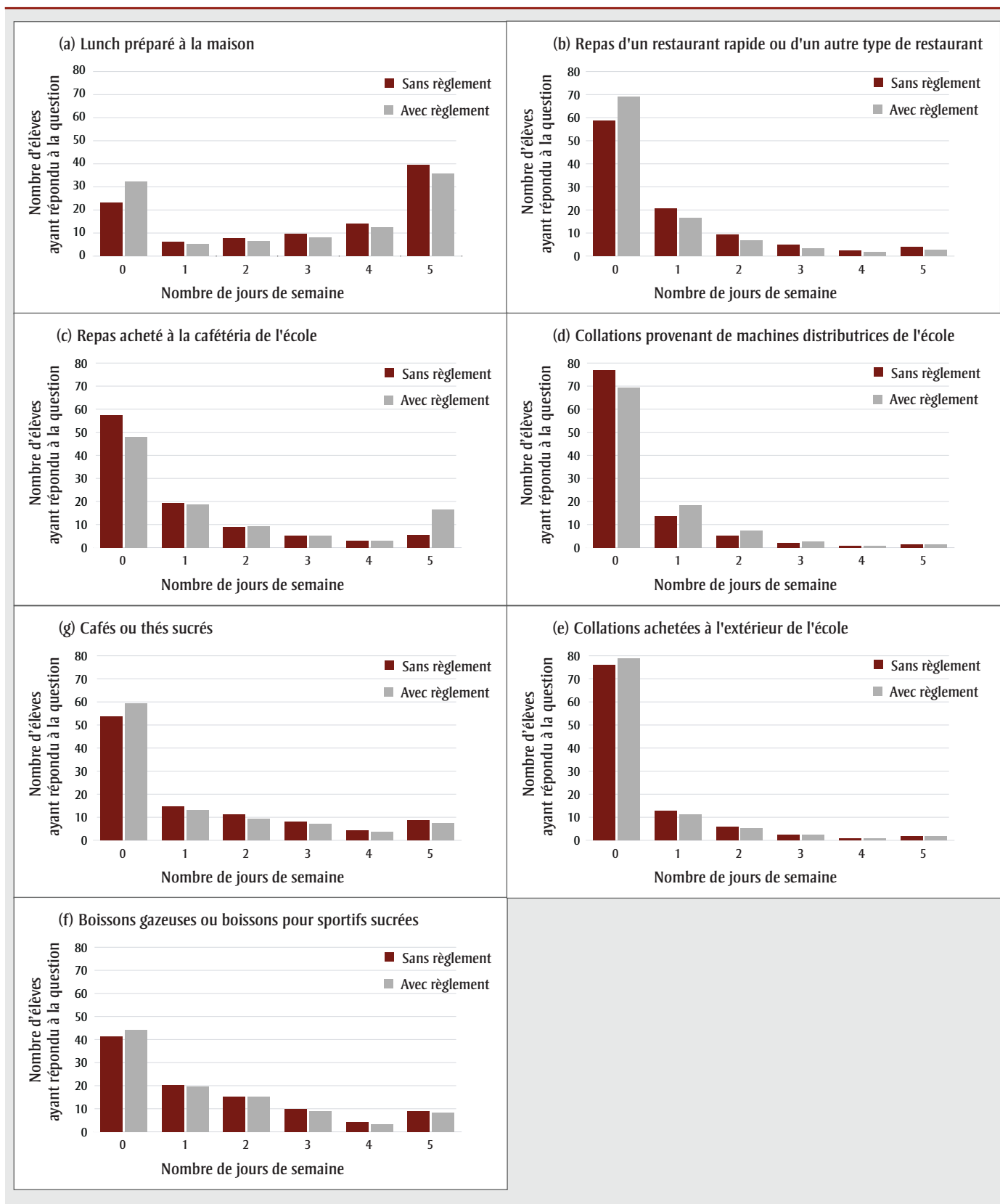
Les élèves s'identifiant comme noirs, latino-américains ou d'origine ethnique autre/mixte sont moins susceptibles que les élèves blancs de manger un lunch apporté de la maison et plus susceptibles de manger un repas provenant d'un restaurant rapide et des collations achetées dans les machines distributrices de l'école. Les élèves noirs ou d'origine ethnique autre/mixte sont également plus susceptibles que les élèves blancs de consommer des boissons sucrées et des collations achetées dans des commerces à l'extérieur de l'école pour un plus grand nombre de jours de semaine.

Les garçons sont moins susceptibles que les filles d'apporter un lunch préparé à la maison et plus susceptibles de consommer des repas provenant de restaurants rapides, des collations achetées dans les machines distributrices de l'école et des boissons gazeuses ou des boissons pour sportifs, tandis que les filles consomment des cafés ou des thés sucrés plus souvent dans la semaine que les garçons.

Les élèves ayant de l'argent à dépenser, quel que soit le montant, sont moins susceptibles d'apporter un lunch préparé à la maison, et plus susceptibles d'acheter un repas et des collations à l'école ou en dehors de l'école et de consommer des boissons sucrées pour un plus grand nombre de jours de semaine que les élèves qui n'ont pas d'argent à dépenser.

Pour les écoles, le nombre de machines distributrices de collations est associé positivement à l'achat par les élèves de collations

FIGURE 1
Pourcentage d'élèves ayant indiqué la fréquence (0 à 5 jours de semaine) de divers comportements alimentaires dans les écoles avec ou sans règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire, 2018-2019



Remarque : Les données sont tirées de l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS³².

TABLEAU 2

Modèles analysant la fréquentation d'une école dotée d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (comparativement à une école sans règlement de ce type) et les comportements à l'heure du dîner en semaine (0 à 5 jours) chez les élèves de 134 écoles secondaires canadiennes, 2018-2019

	A mangé à l'école un lunch préparé à la maison		A acheté un repas à la cafétéria de l'école		A acheté un repas dans un restaurant rapide ou un autre type de restaurant	
	Est.	IC à 95 %	Est.	IC à 95 %	Est.	IC à 95 %
Sexe (réf. : Fille)						
Garçon	-0,12***	-0,17 à -0,07	-0,01	-0,08 à 0,07	0,40***	0,35 à 0,46
Pas de réponse	-0,33**	-0,55 à -0,11	-0,02	-0,23 à 0,19	0,29	0,04 à 0,55
Niveau scolaire (réf. : 9)						
10	-0,02	-0,07 à 0,03	-0,09**	-0,16 à -0,02	0,05	-0,03 à 0,12
11	-0,07*	-0,12 à -0,02	-0,14***	-0,22 à -0,07	0,11*	0,02 à 0,20
12	-0,25***	-0,33 à -0,17	-0,42***	-0,54 à -0,31	0,35***	0,23 à 0,46
Pas de réponse	-0,22	-0,44 à 0,00	-0,06	-0,26 à 0,15	0,43***	0,19 à 0,67
Origine ethnique (réf. : Blanc)						
Noir	-0,63***	-0,75 à -0,50	0,65***	0,51 à 0,79	0,82***	0,68 à 0,96
Asiatique	-0,08	-0,22 à 0,05	0,55***	0,39 à 0,71	-0,01	-0,18 à 0,16
Latino-américain	-0,22***	-0,33 à -0,12	0,31***	0,19 à 0,43	0,33***	0,20 à 0,47
Autre/mixte/information manquante	-0,34***	-0,40 à -0,27	0,25***	0,14 à 0,35	0,32***	0,24 à 0,41
Montant d'argent hebdomadaire (\$ CA) (réf. : 0 \$)						
1 \$ à 20 \$	-0,31***	-0,37 à -0,25	0,63***	0,55 à 0,71	0,79***	0,71 à 0,87
21 \$ à 100 \$	-0,62***	-0,70 à -0,53	0,87***	0,78 à 0,96	1,19***	1,11 à 1,28
Plus de 100 \$	-0,71***	-0,80 à -0,63	0,80***	0,69 à 0,90	1,39***	1,32 à 1,47
Je ne sais pas	-0,16***	-0,22 à -0,10	0,45***	0,36 à 0,53	0,64***	0,56 à 0,72
Revenu médian des ménages du quartier de l'école (\$ CA) (réf. : 25 000 \$ à 50 000 \$)						
50 001 \$ à 75 000 \$	-0,35**	-0,59 à -0,10	0,47***	0,23 à 0,72	-0,07	-0,48 à 0,33
75 001 \$ à 100 000 \$	-0,15	-0,42 à 0,13	0,33*	0,02 à 0,64	-0,14	-0,63 à 0,36
Plus de 100 000 \$	-0,28	-0,58 à 0,02	0,25	-0,19 à 0,69	-0,22	-0,76 à 0,32
Province (réf. : Ontario)						
Alberta	-0,05	-0,29 à 0,18	-0,02	-0,40 à 0,37	0,24	-0,10 à 0,58
Colombie-Britannique	0,34***	0,14 à 0,54	-0,25	-0,52 à 0,01	-0,37**	-0,64 à -0,10
Québec	0,62***	0,39 à 0,85	-0,16	-0,43 à 0,11	-0,95***	-1,27 à -0,64
Indice d'urbanisation (réf. : Grand centre urbain)						
Centre urbain moyen	-0,03	-0,28 à 0,21	-0,08	-0,46 à 0,31	0,20	-0,13 à 0,52
Zone rurale	-0,01	-0,42 à 0,39	0,04	-0,66 à 0,75	-0,16	-0,94 à 0,63
Petit centre urbain	-0,35**	-0,56 à -0,13	0,36**	0,11 à 0,61	0,27	0,00 à 0,55
Règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (réf. : Non)						
Oui	-0,23	-0,62 à 0,16	0,46	-0,04 à 0,97	-0,45**	-0,75 à -0,14

Abréviations : \$ CA, dollars canadiens; est., estimation; IC, intervalle de confiance.

Remarques : Tous les modèles ont été ajustés pour tenir compte du regroupement des écoles. Les résultats présentés sont les résultats ajustés. Les données sont tirées de l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS³².

* valeur $p < 0,05$

** valeur $p < 0,01$

*** valeur $p < 0,001$

TABLEAU 3

Modèles analysant la fréquentation d'une école avec règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (comparativement à une école sans règlement de ce type) et les habitudes relatives aux collations en semaine (0 à 5 jours) chez les élèves de 134 écoles secondaires canadiennes, 2018-2019

	A acheté des collations dans les machines distributrices de l'école		A acheté des collations chez un détaillant à l'extérieur de l'école	
	Est.	IC à 95 %	Est.	IC à 95 %
Sexe (réf. : Fille)				
Garçon	0,11**	0,04 à 0,18	0,38***	0,31 à 0,44
Pas de réponse	0,29*	0,04 à 0,55	0,51***	0,24 à 0,79
Niveau scolaire (réf. : 9)				
10	-0,20***	-0,27 à -0,12	-0,06	-0,13 à 0,00
11	-0,39***	-0,48 à -0,30	-0,22***	-0,29 à -0,15
12	-0,70***	-0,84 à -0,56	-0,38***	-0,48 à -0,29
Pas de réponse	0,28*	0,03 à 0,53	0,27**	0,07 à 0,48
Origine ethnique (réf. : Blanc)				
Noir	0,63***	0,51 à 0,75	0,64***	0,53 à 0,75
Asiatique	0,06	-0,12 à 0,25	0,03	-0,10 à 0,16
Latino-américain	0,27***	0,13 à 0,40	0,12*	0,00 à 0,25
Autre/mixte/information manquante	0,22***	0,11 à 0,33	0,24***	0,16 à 0,32
Montant d'argent hebdomadaire (\$ CA) (réf. : 0 \$)				
1 \$ à 20 \$	0,61***	0,52 à 0,69	0,65***	0,58 à 0,73
21 \$ à 100 \$	0,75***	0,66 à 0,84	0,80***	0,72 à 0,88
Plus de 100 \$	0,70***	0,61 à 0,78	0,87***	0,87 à 0,79
Je ne sais pas	0,43***	0,34 à 0,52	0,47***	0,39 à 0,55
Revenu médian des ménages du quartier de l'école (\$ CA) (réf. : 25 000 \$ à 50 000 \$)				
50 001 \$ à 75 000 \$	0,32*	0,02 à 0,61	-0,06	-0,30 à 0,17
75 001 \$ à 100 000 \$	0,34	-0,07 à 0,75	-0,29	-0,61 à 0,03
Plus de 100 000 \$	0,17	-0,30 à 0,63	-0,39	-0,77 à 0,00
Province (réf. : Ontario)				
Alberta	0,97***	0,53 à 1,41	0,62***	0,35 à 0,89
Colombie-Britannique	0,64**	0,21 à 1,06	0,42**	0,16 à 0,67
Québec	0,50***	0,25 à 0,74	0,08	-0,13 à 0,29
Indice d'urbanisation (réf. : Grand centre urbain)				
Centre urbain moyen	-0,08	-0,43 à 0,26	-0,05	-0,29 à 0,20
Zone rurale	0,10	-0,39 à 0,59	0,00	-0,76 à 0,75
Petit centre urbain	0,19	-0,04 à 0,43	0,00	-0,20 à 0,21
Nombre de machines distributrices dans l'école				
Machines distributrices de collations (0 à 4)	0,34***	0,20 à 0,48	0,01	-0,10 à 0,12
Machines distributrices de boissons (0 à 6)	0,03	-0,08 à 0,13	-0,02	-0,08 à 0,04
Règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (réf. : Non)				
Oui	0,42**	0,11 à 0,74	0,00	-0,37 à 0,37

Abbreviations : \$ CA, dollars canadiens; est., estimation; IC, intervalle de confiance.

Remarques : Tous les modèles ont été ajustés pour tenir compte du regroupement des écoles. Les résultats présentés sont les résultats ajustés. Les données sont tirées de l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS³².

* valeur $p < 0,05$

** valeur $p < 0,01$

*** valeur $p < 0,001$

dans les machines distributrices de l'école plus souvent durant la semaine, mais n'est pas associé à l'achat de collations à l'extérieur de l'école. Inversement, les machines distributrices de boissons ne sont pas associées à la consommation de boissons sucrées durant la semaine.

Sur le plan géographique, les élèves de la Colombie-Britannique et du Québec mangent plus souvent un lunch préparé à la maison que les élèves de l'Ontario, et achètent moins souvent un repas dans un restaurant rapide ou un autre restaurant. Les élèves du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta achètent plus souvent la semaine des collations dans les machines distributrices de l'école que les élèves de l'Ontario, et les élèves de l'Alberta et de la Colombie-Britannique achètent également des collations à l'extérieur de l'école plus souvent que les autres. Les élèves de l'Alberta sont plus susceptibles que ceux de l'Ontario d'indiquer consommer des boissons gazeuses ou des boissons pour sportifs, tandis que les élèves de la Colombie-Britannique et du Québec sont moins enclins à le faire. De même, la consommation de cafés ou de thés sucrés est plus fréquemment rapportée par les élèves de l'Alberta et moins fréquemment rapportée par les élèves du Québec comparativement aux élèves de l'Ontario. Aucune différence entre les provinces n'a été associée à la probabilité que les élèves mangent un repas préparé à la cafétéria.

Les élèves des petits centres urbains sont moins susceptibles d'apporter un lunch préparé à la maison et plus susceptibles de consommer un repas acheté à la cafétéria et des boissons gazeuses ou des boissons pour sportifs pour un plus grand nombre de jours de semaine que les élèves des grands centres urbains. L'indice d'urbanisation n'est pas corrélé à l'achat de collations, l'achat de repas provenant de restaurants rapides ou d'un autre restaurant, ou la consommation de cafés ou de thés sucrés.

Enfin, les élèves qui fréquentent une école située dans un quartier où le revenu médian des ménages est de 50 001 \$ à 75 000 \$ sont moins susceptibles d'apporter un lunch préparé à la maison et plus susceptibles d'acheter un repas à la cafétéria pour un plus grand nombre de jours de semaine que ceux qui fréquentent une école située dans un quartier à faible revenu.

TABLEAU 4

Modèles analysant la fréquentation d'une école avec règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (comparativement à une école sans règlement de ce type) et la consommation de boissons sucrées en semaine (0 à 5 jours) chez les élèves de 134 écoles secondaires canadiennes, 2018-2019

	Boissons gazeuses ou boissons pour sportifs sucrées		Cafés ou thés sucrés	
	Est.	IC à 95 %	Est.	IC à 95 %
Sexe (réf. : Fille)				
Garçon	0,60***	0,56 à 0,64	-0,63***	-0,67 à -0,58
Pas de réponse	0,60***	0,39 à 0,81	-0,36**	-0,60 à -0,13
Niveau scolaire (réf. : 9)				
10	-0,12***	-0,16 à -0,08	0,09***	0,04 à 0,14
11	-0,22***	-0,27 à -0,17	0,19***	0,14 à 0,25
12	-0,33***	-0,38 à -0,27	0,32***	0,25 à 0,39
Pas de réponse	0,00	-0,19 à 0,19	0,46***	0,25 à 0,67
Origine ethnique (réf. : Blanc)				
Noir	0,58***	0,47 à 0,68	0,06	-0,05 à 0,18
Asiatique	-0,07	-0,16 à 0,01	-0,05	-0,14 à 0,03
Latino-américain	0,06	-0,04 à 0,17	0,12	-0,01 à 0,25
Autre/mixte/information manquante	0,16***	0,10 à 0,23	0,25***	0,19 à 0,31
Montant d'argent hebdomadaire (\$ CA) (réf. : 0 \$)				
1 \$ à 20 \$	0,36***	0,31 à 0,41	0,35***	0,29 à 0,41
21 \$ à 100 \$	0,48***	0,42 à 0,54	0,59***	0,53 à 0,66
Plus de 100 \$	0,52***	0,46 à 0,59	0,74***	0,67 à 0,80
Je ne sais pas	0,31***	0,25 à 0,37	0,31***	0,24 à 0,37
Revenu médian des ménages du quartier de l'école (\$ CA) (réf. : 25 000 \$ à 50 000 \$)				
50 001 \$ à 75 000 \$	0,08*	0,00 à 0,16	0,05	-0,08 à 0,17
75 001 \$ à 100 000 \$	0,03	-0,06 à 0,12	0,00	-0,14 à 0,13
Plus de 100 000 \$	0,05	-0,11 à 0,20	-0,01	-0,19 à 0,16
Province (réf. : Ontario)				
Alberta	0,23*	0,03 à 0,43	0,24**	0,09 à 0,39
Colombie-Britannique	-0,27***	-0,37 à -0,16	-0,05	-0,18 à 0,08
Québec	-0,24***	-0,32 à -0,16	-0,90***	-1,00 à -0,80
Indice d'urbanisation (réf. : Grand centre urbain)				
Moyen centre urbain	0,11*	0,01 à 0,21	0,06	-0,06 à 0,18
Zone rurale	0,18	-0,02 à 0,37	-0,14	-0,35 à 0,08
Petit centre urbain	0,17***	0,09 à 0,26	0,08	0,00 à 0,17
Nombre de machines distributrices dans l'école				
Machines distributrices de boissons (0 à 6)	-0,02	-0,04 à 0,00	-0,01	-0,04 à 0,02
Règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire (réf. : Non)				
Oui	-0,18***	-0,29 à -0,07	-0,17***	-0,28 à -0,07

Abréviations : \$ CA, dollars canadiens; est., estimation; IC, intervalle de confiance.

Remarques : Tous les modèles ont été corrigés pour tenir compte du regroupement des écoles. Les résultats présentés sont les résultats ajustés. Les données sont tirées de l'année 7 (2018-2019) de l'étude COMPASS³².

* valeur $p < 0,05$

** valeur $p < 0,01$

*** valeur $p < 0,001$

Différence entre les écoles dotées d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire et les autres écoles

Il n'y a pas de différence quant au nombre de jours de semaine où les élèves sont susceptibles de manger un lunch préparé à la maison (estimation [est.] -0,23; intervalle de confiance [IC] à 95 % : -0,62 à 0,16) ou des collations achetées en dehors de l'école (est. 0,00; IC à 95 % : -0,37 à 0,37), selon s'ils fréquentent une école avec règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire ou une école sans ce type de règlement. La fréquentation d'une école dotée d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire est associée à une probabilité accrue de manger des collations achetées dans les machines distributrices de l'école plus souvent la semaine (est. 0,42; IC à 95 % : 0,11 à 0,74) et à une probabilité moindre de manger un repas acheté dans un restaurant rapide ou un autre restaurant situé à l'extérieur de l'école (est. -0,45; IC à 95 % : -0,75 à -0,14). Enfin, les élèves qui fréquentent une école ayant adopté un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sont moins susceptibles que les autres de consommer des boissons sucrées, que ce soit des boissons gazeuses et des boissons pour sportifs (est. -0,18; IC à 95 % : -0,29 à -0,07) ou des cafés et des thés sucrés (est. -0,17; IC à 95 % : -0,28 à -0,07), pour un plus grand nombre de jours de semaine.

Analyse

Seules 16 des 134 écoles secondaires participantes de l'Ontario, de l'Alberta, du Québec et de la Colombie-Britannique ont indiqué avoir adopté un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire durant les pauses au cours de la journée. Conformément à nos hypothèses, les élèves des écoles dotées d'un règlement de ce type sont plus susceptibles que les autres de manger des collations provenant des machines distributrices de l'école, et moins susceptibles de boire des boissons sucrées (boissons gazeuses, boissons pour sportifs et cafés ou thés sucrés) et d'acheter un repas dans un restaurant rapide ou un autre restaurant en semaine. Toutefois, les probabilités que les élèves apportent à l'école un lunch préparé à la maison, achètent un repas à la cafétéria de l'école ou mangent des collations provenant d'un dépanneur ou d'un détaillant similaire à l'extérieur de l'école ne diffèrent pas de manière significative entre

les élèves fréquentent une école avec règlement leur interdisant de sortir du territoire scolaire et les autres élèves. Par conséquent, et bien qu'il faille mener des études prospectives pour analyser les changements chez les élèves après la mise en œuvre d'un règlement de ce type, les résultats transversaux cadrent avec les données probantes recueillies aux États-Unis²⁹ selon lesquelles les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sont susceptibles de contribuer à améliorer l'alimentation des adolescents, car ils empêchent l'environnement alimentaire de la vente au détail à l'extérieur de l'école de compromettre les politiques alimentaires en milieu scolaire.

Compte tenu de la probabilité accrue d'acheter des collations dans les machines distributrices des écoles, mais de l'absence de lien avec la fréquence de consommation de lunches préparés à la maison, les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire pourraient inciter uniquement les élèves qui achètent déjà de la nourriture à acheter leurs repas à l'école plutôt que de les acheter chez un détaillant en dehors de l'école. Par conséquent, l'influence de l'environnement alimentaire en milieu scolaire sur l'alimentation des élèves est probablement plus marquée dans les écoles dotées d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire. Cependant, selon les recherches dont on dispose, de nombreuses écoles ne respectent pas les politiques alimentaires en ce qui concerne les aliments et les boissons vendus à la cafétéria ou dans les machines distributrices^{3,37-40}. Au Canada, où la réglementation sur l'alimentation en milieu scolaire est uniquement basée sur la rentabilité des cafétérias scolaires et se limite aux aliments vendus dans les écoles, on sait que l'accès des élèves aux détaillants alimentaires externes constitue un obstacle majeur à la création d'un environnement alimentaire sain dans les écoles⁴¹ : dans ce cadre, les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sont susceptibles de favoriser le respect des politiques, car ils réduisent les sources de concurrence qui sapent la viabilité financière des cafétérias scolaires. De plus, l'adoption d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire constitue une intervention rentable pour les écoles, puisqu'elle permet des gains de revenus potentiels pour les cafétérias scolaires (mais aussi des pertes potentielles pour les entreprises environnantes).

Les résultats tendent également à montrer que, parmi les variables analysées, le montant d'argent à dépenser est le principal déterminant des comportements alimentaires des adolescents les jours d'école. Les élèves qui ont de l'argent à dépenser, quel que soit le montant, sont moins susceptibles d'apporter un lunch préparé à la maison et plus susceptibles de consommer des boissons sucrées et d'acheter un repas ou des collations à l'école ou à l'extérieur de l'école pour un plus grand nombre de jours de semaine que les élèves qui n'ont pas d'argent à dépenser. Les résultats confirment l'importance de prendre en compte le pouvoir d'achat des élèves, et pas simplement le statut socio-économique du ménage ou du quartier, car un faible statut socioéconomique familial est généralement associé à une alimentation de moindre qualité chez les adolescents (en particulier, consommation accrue de repas rapides¹⁹ et de boissons sucrées⁴²). Le Canada demeure l'un des rares pays industrialisés à ne pas avoir mis en place de programme national universel d'alimentation en milieu scolaire, qui permettrait à tous les élèves d'avoir accès gratuitement à des aliments sains lorsqu'ils sont à l'école.

Conformément aux recherches précédentes²⁹, on a observé une association positive entre la présence de machines distributrices dans les écoles et l'achat par les élèves de collations dans ces machines. Les machines distributrices de boissons dans les écoles ne sont pas associées, à l'inverse, à une consommation de boissons sucrées en semaine, un constat auquel on pouvait s'attendre compte tenu de la réglementation relative à la vente de boissons sucrées dans les écoles. Toutefois, les problèmes de conformité semblent courants³⁹. Des études antérieures ont montré une consommation accrue de boissons sucrées associée à leur vente dans les écoles^{18,43}.

Comme on s'y attendait, compte tenu de leur plus grande autonomie, les élèves de la 10^e à la 12^e année sont plus susceptibles d'acheter leur repas à l'extérieur de l'école pour un plus grand nombre de jours de semaine, et moins susceptibles de manger un repas préparé à la maison ou à la cafétéria. Cependant, contrairement à ce qui était attendu, ils achètent moins souvent des collations dans des dépanneurs et des détaillants à l'extérieur de l'école que les élèves de 9^e année. Contrairement au dîner, il est plausible que les collations en semaine

aient été achetées avant ou après l'école. Les comportements d'achat en dehors des heures de classe peuvent également expliquer l'absence de lien entre les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire et l'achat de collations dans les commerces de détail en dehors de l'école. En revanche, Neumark-Sztainer et ses collaborateurs²⁹ ont constaté que les élèves des écoles américaines de banlieue dotées d'un règlement interdisant aux élèves de sortir du périmètre scolaire pendant l'heure du dîner sont moins susceptibles de manger des aliments achetés dans un dépanneur que les élèves qui fréquentent des écoles sans règlement de ce type. D'autres chercheurs ont fait remarquer que les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire n'empêcheraient pas les élèves d'acheter de la nourriture chez les détaillants alimentaires à proximité avant ou après l'école²⁰. Bien que ce puisse être le cas, en particulier pour les collations, ces résultats transversaux préliminaires tendent à indiquer une réduction globale de la consommation de boissons sucrées et de repas provenant de restaurants rapides ou d'autres restaurants durant la semaine. De plus, étant donné que les élèves consomment au moins le tiers de leur apport calorique total pendant les heures de classe^{27,44,45}, l'amélioration de leur repas du midi pourrait grandement contribuer à améliorer l'alimentation de la population.

Les lunches préparés à la maison sont généralement associés à une alimentation plus saine que les repas achetés à la cafétéria de l'école, dans des restaurants rapides ou d'autres restaurants²⁵, mais le fait d'interdire aux élèves de quitter le périmètre scolaire ne semble pas les inciter davantage à apporter un lunch de la maison. Dans une étude de type photo-voix, les élèves du secondaire qui apportaient un lunch préparé à la maison le percevaient comme une option plus saine, plus abordable et plus pratique qui permettait l'autonomie, tandis que les élèves qui achetaient de la nourriture à l'extérieur de l'école ont mentionné comme raisons la proximité, le faible coût, la possibilité d'interaction sociale et la perception d'une meilleure qualité des aliments⁴⁶. Les jeunes ont indiqué qu'ils souhaitaient disposer d'options plus saines à l'école et participer à la prise de décision concernant les aliments vendus à l'école⁴⁶, ce qui pourrait être un facteur essentiel de la mise en œuvre des politiques. Les écoles qui envisagent d'adopter un règlement interdisant

aux élèves de quitter le périmètre scolaire devraient chercher des moyens de faire participer les élèves au processus.

Au-delà de la nourriture, les élèves insistent sur l'importance d'avoir des lieux pour manger et socialiser en sécurité et dans le confort à l'heure du dîner⁴⁶. Les cafétérias scolaires sont considérées comme bruyantes et chaotiques⁴⁶ et les longues files d'attente pour acheter de la nourriture ou utiliser les micro-ondes dissuadent les élèves de rester à l'école pour le dîner⁴⁷. Pour y remédier, certains chercheurs ont suggéré de décaler les heures de dîner et de créer des espaces extérieurs plus conviviaux pour les jeunes⁴⁷. En fait, les écoles autorisent les élèves à quitter le périmètre scolaire, entre autres, pour réduire l'encombrement des cafétérias pendant l'heure du dîner³¹. Les écoles situées dans un quartier accessible à pied et où il y a des détaillants alimentaires à proximité sont plus susceptibles d'autoriser les élèves à sortir du territoire scolaire⁴⁸. Les écoles autorisent les sorties également pour favoriser l'autonomie et l'indépendance des adolescents. Dans les écoles américaines qui ont cessé d'interdire aux élèves de quitter le périmètre scolaire, les élèves de 11^e et 12^e année se sentaient davantage maîtres de leur environnement que leurs camarades fréquentant une école interdisant les sorties. Cependant, certains élèves présentaient aussi des problèmes de discipline, de mauvaises notes, un faible sentiment d'appartenance à l'école et une diminution de leur vie sociale, tant à l'école qu'en dehors de l'école⁴⁹. D'autres recherches doivent être menées pour comparer les effets positifs et négatifs de l'adoption ou non d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sur divers résultats comportementaux, sociaux et mentaux.

Forces et limites

Notre étude est la première à s'intéresser, dans les écoles canadiennes, au lien entre les comportements alimentaires des adolescents et la présence ou l'absence d'un règlement interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire. L'un des principaux points forts de l'étude réside dans les données recueillies sur les élèves et les écoles dans des contextes variés et dans quatre provinces canadiennes. Toutefois, plusieurs limites doivent être prises en considération.

Premièrement, même si la grande taille de l'échantillon et le taux de réponse favorable incitent à la généralisation, l'étude COMPASS n'a pas été conçue de manière à être représentative.

Deuxièmement, les données manquantes pour les résultats pourraient avoir faussé ces derniers. Toutefois, étant donné la taille importante de l'échantillon, la quantité minimale de données manquantes et la nature non délicate des questions sur les comportements alimentaires, nous pensons que l'incidence de ces données manquantes est minime. Nous avons également pu conserver de nombreux élèves dans l'analyse en incluant les données sur les covariables manquantes (sexe, niveau scolaire, origine ethnique) comme des choix de réponse valides.

Troisièmement, des facteurs de confusion supplémentaires qui n'ont pas été pris en compte ont pu contribuer aux différences constatées dans l'étude. Par exemple, l'étude tient compte de l'urbanisation, de la province, du revenu médian des ménages et du nombre de machines distributrices dans l'école, mais pas des différences dans l'environnement alimentaire réel à proximité de l'école. L'indice d'urbanisation n'est pas parfaitement représentatif des différences dans les environnements alimentaires de vente au détail autour des écoles.

Quatrièmement, les principales limites de l'étude sont l'utilisation de données transversales et de mesures alimentaires auto-déclarées. Les études futures devraient être fondées sur des modèles prospectifs et quasi-expérimentaux pour permettre de déterminer si les élèves achètent de la nourriture à l'intérieur de l'école plutôt qu'à l'extérieur de l'école après l'adoption d'un règlement leur interdisant de quitter le périmètre scolaire. Les comportements déclarés par les élèves et les règlements déclarés par les administrateurs scolaires peuvent être sujets à des biais de rappel et de désirabilité sociale. En outre, les mesures alimentaires ont été limitées à l'évaluation du nombre de jours où les élèves ont adopté le comportement indiqué, sans tenir compte de la fréquence au sein d'une même journée.

Cinquièmement, les mesures liées aux boissons sucrées et aux collations évaluent la consommation et les achats en semaine, mais elles n'indiquent pas à quel moment

dans la journée l'achat a été fait (c.-à-d. pendant les heures de classe ou avant ou après l'école). Cependant, connaître la consommation totale en semaine demeure le plus important pour évaluer les conséquences sur l'alimentation.

Conclusion

Au Canada, les environnements alimentaires autour des écoles sont un obstacle majeur à l'application efficace des politiques alimentaires en milieu scolaire, puisqu'ils ne sont pas visés par la réglementation provinciale et territoriale^{14,41}. Les règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sont susceptibles de protéger les adolescents des environnements alimentaires à proximité des écoles et d'améliorer la qualité de leur alimentation. Ils peuvent notamment réduire la consommation de boissons sucrées et de repas provenant de restaurants rapides ou d'autres restaurants en semaine, mais, par ailleurs, leur incidence sur la qualité de l'alimentation risque de dépendre des aliments vendus dans les écoles. Comme les élèves qui achètent déjà de la nourriture pourraient cesser de l'acheter dans les commerces de détail à l'extérieur de l'école et l'acheter plutôt à l'école, il est donc important de créer des environnements alimentaires sains dans les écoles et d'encourager les élèves à apporter des lunchs préparés à la maison. Des études futures reposant sur des modèles longitudinaux expérimentaux devront être réalisées pour déterminer l'incidence des règlements interdisant aux élèves de quitter le périmètre scolaire sur l'alimentation des élèves, sur divers autres comportements en matière de santé et sur les résultats sociaux, mentaux et scolaires.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les écoles, les commissions scolaires et les élèves qui ont participé à l'étude COMPASS, ainsi que tous les membres du personnel et de l'équipe COMPASS.

Financement

L'étude COMPASS a reçu le soutien d'une subvention transitoire de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), grâce à l'attribution du financement prioritaire « Obesity-Interventions to Prevent or Treat » (Interventions pour prévenir ou traiter l'obésité) (OOP-110788;

subvention accordée à S.L.), d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (MOP-114875; subvention accordée à S.L.), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-148562; subvention accordée à S.L.), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-159693; subvention accordée à K.P.) et d'un accord de financement de la recherche conclu avec Santé Canada (n° 1617-HQ-000012; accord conclu avec S.L.). La collecte de données au Québec dans le cadre de l'étude COMPASS est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

KAP et AGC ont conçu le manuscrit. KAP en a dirigé la rédaction et rédigé la première ébauche. MM a participé à l'analyse documentaire. WQ a procédé à l'analyse statistique. STL est le principal responsable de l'étude COMPASS. Tous les auteurs (KAP, AGC, WQ, MM, MV, STL) ont participé à la conception de l'étude, ont contribué à l'interprétation des résultats, ont donné leur avis sur les diverses versions et ont approuvé la version finale de l'article.

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

Références

- Winpenney EM, Corder KL, Jones A, Ambrosini GL, White M, van Sluijs EM. Changes in diet from age 10 to 14 years and prospective associations with school lunch choice. *Appetite*. 2017;116:259-267. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.012>
- Garriguet D. Les habitudes alimentaires des Canadiens. *Rapports sur la santé*. 2007;18(2):17-33. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2006004/article/habit/9609-fra.pdf?st=CioNZJZP>
- Garriguet D. La qualité de l'alimentation au Canada. *Rapports sur la santé*. 2009;20(3):1-14. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2009003/article/10914-fra.pdf?st=f7n9d-UF>
- Tugault-Lafleur CN, Black JL. Differences in the quantity and types of foods and beverages consumed by Canadians between 2004 and 2015. *Nutrients*. 2019;11(3):526. <https://doi.org/10.3390/nu11030526>. Erratum in: *Nutrients*. 2019;11(9):2160. <https://doi.org/10.3390/nu11092160>
- Manson H, Rabeneck L, Leatherdale ST, Hyndman B, Allison K, Drayton M, Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Agir pour prévenir les maladies chroniques : recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. 103 p.
- Critch JN. School nutrition: support for providing healthy food and beverage choices in schools. *Paediatrics and Child Health*. 2020;25(1):33-38. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz102>
- Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol*. 1986;22(6):723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(3):S40-S51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1999;99(8):929-937. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(99\)00222-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(99)00222-9)
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Perry C, Story M. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents: findings from Project EAT. *Prev Med*. 2003;37(3):198-208. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00114-2](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00114-2)
- Terry-McElrath YM, O'Malley PM, Johnston LD. Accessibility over availability: associations between the school food environment and student fruit and green vegetable consumption. *Child Obes*. 2014;10(3):241-250. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0011>
- Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:253-272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- Godin K, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Stapleton J, Leatherdale ST. Examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada: a systematic review of the grey literature. *Can J Dietetic Pract Res*. 2017;78(2):92-100. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2016-037>
- Holmes, S. 2019. The incompatibility of nutrition regulation and market-based internal school food environments in English-speaking Canada. *Int J Soc Agric Food*. 2019;25(1):59-78. <https://doi.org/10.48416/ijfsaf.v25i1.14>
- Austin SB, Melly SJ, Sanchez BN, Patel A, Buka S, Gortmaker SL. Clustering of fast-food restaurants around schools: a novel application of spatial statistics to the study of food environments. *Am J Public Health*. 2005;95(9):1575-1581. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.056341>
- Day PL, Pearce JR. Obesity-promoting food environments and the spatial clustering of food outlets around schools. *Am J Prev Med*. 2011;40(2):113-121. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.018>
- Davis B, Carpenter C. Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *Am J Public Health*. 2009;99(3):505-510. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.137638>
- Godin KM, Chaurasia A, Hammond D, Leatherdale ST. Food purchasing behaviors and sugar-sweetened beverage consumption among Canadian secondary school students in the COMPASS Study. *J Nutr Educ Behav*. 2018;50(8):803-812.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.12.014>

19. Laxer RE, Janssen I. The proportion of excessive fast-food consumption attributable to the neighbourhood food environment among youth living within 1 km of their school. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2014;39(4):480-486. <https://doi.org/10.1139/apnm-2013-0208>
20. Seliske L, Pickett W, Rosu A, Janssen I. The number and type of food retailers surrounding schools and their association with lunchtime eating behaviours in students. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:19. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-19>
21. Williams AJ, Henley WE, Williams CA, Hurst AJ, Logan S, Wyatt KM. Systematic review and meta-analysis of the association between childhood overweight and obesity and primary school diet and physical activity policies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:101. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-101>
22. Hanning RM, Luan H, Orava TA, Valaitis RF, Jung JKH, Ahmed R. Exploring student food behaviour in relation to food retail over the time of implementing Ontario's school food and beverage policy. *Int J Env Res Public Health*. 2019;16(14):2563. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142563>
23. Acton RB, Nguyen N, Minaker LM. School food policies and student eating behaviors in Canada: examination of the 2015 Cancer Risk Assessment in Youth survey. *J School Health*. 2018;88(12):936-944. <https://doi.org/10.1111/josh.12702>
24. Godin KM, Hammond D, Chaurasia A, Leatherdale ST. Examining changes in school vending machine beverage availability and sugar-sweetened beverage intake among Canadian adolescents participating in the COMPASS study: a longitudinal assessment of provincial school nutrition policy compliance and effectiveness. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(1):121. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0754-5>
25. Jones AC, Hammond D, Reid JL, Leatherdale ST. Where should we eat? Lunch source and dietary measures among youth during the school week. *Can J Diet Pract Res*. 2015;76(4):157-165. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2015-019>
26. Tugault-Lafleur CN, Black JL, Barr SI. Lunch-time food source is associated with school hour and school day diet quality among Canadian children. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(1):96-107. <https://doi.org/10.1111/jhn.12500>
27. Woodruff SJ, Hanning RM, McGoldrick K. The influence of physical and social contexts of eating on lunch-time food intake among southern Ontario, Canada, middle school students. *J Sch Health*. 2010;80(9):421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00523.x>
28. Briefel RR, Wilson A, Gleason PM. Consumption of low-nutrient, energy-dense foods and beverages at school, home, and other locations among school lunch participants and nonparticipants. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(2 Suppl):S79-S90. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.064>
29. Neumark-Sztainer D, French SA, Hannan PJ, Story M, Fulkerson JA. School lunch and snacking patterns among high school students: associations with school food environment and policies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2005;2(1):14-17. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-2-14>
30. Lichtman-Sadot S. Improving academic performance through conditional benefits: open/closed campus policies in high school and student outcomes. *Econ Educ Rev*. 2016;54(Complete):95-112. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2016.07.001>
31. Stone LM, Runyan CW. High school off-campus lunch policies and adolescent motor vehicle crash risks. *J Adolesc Health*. 2005;36(1):5-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.12.009>
32. Leatherdale ST, Brown KS, Carson V, et al. The COMPASS study: a longitudinal hierarchical research platform for evaluating natural experiments related to changes in school-level programs, policies and built environment resources. *BMC Public Health*. 2014;14:331. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-331>
33. White VM, Hill DJ, Effendi Y. How does active parental consent influence the findings of drug-use surveys in schools? *Eval Rev*. 2004;28(3):246-260. <https://doi.org/10.1177/0193841X03259549>
34. Reel B, Bredin C, Leatherdale ST. COMPASS Year 5 and 6 School Recruitment and Retention [Internet]. COMPASS Technical Report Series, volume 5, n° 1. Waterloo (Ont.): University of Waterloo; 2018 [consultation le 30 juillet 2020]. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/compass-year-5-and-6-school-recruitment-and-retention>
35. DuBreck CM, Sadler RC, Arku G, Gilliland JA. Examining community and consumer food environments for children: an urban-suburban-rural comparison in Southwestern Ontario. *Soc Sci Med*. 2018;209:33-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.004>
36. Browning HF, Laxer RE, Janssen I. Food and eating environments: in Canadian schools. *Can J Diet Pract Res*. 2013;74(4):160-166. <https://doi.org/10.3148/74.4.2013.160>
37. Rideout K, Levy-Milne R, Martin C, Ostry AS. Food sales outlets, food availability, and the extent of nutrition policy implementation in schools in British Columbia. *Can J Public Health*. 2007;98(4):246-250. <https://doi.org/10.1007/BF03405396>
38. Vine MM, Leatherdale ST, Laxer RE. Priority setting for school nutrition research: developing a collaborative research agenda. *Can J Public Health*. 2020. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00331-4>
39. Vine MM, Harrington DW, Butler A, Patte K, Godin K, Leatherdale ST. Compliance with school nutrition policies in Ontario and Alberta: an assessment of secondary school vending machine data from the COMPASS Study. *Can J Public Health*. 2017;108(1):e43-e48. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5701>
40. Orava T, Manske S, Hanning R. Beverages and snacks available in vending machines from a subset of Ontario secondary schools: do offerings align with provincial nutritional standards? *Can J Public Health*. 2016;107:e417-e423. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5326>
41. McIsaac J-LD, Spencer R, Chiasson K, Kontak J, Kirk SF. Factors influencing the implementation of nutrition policies in schools: a scoping review. *Health Educ Behav*. 2019;46(2):224-50. <https://doi.org/10.1177/1090198118796891>

42. Bolt-Evensen K, Vik FN, Stea TH, Klepp K-I, Bere E. Consumption of sugar-sweetened beverages and artificially sweetened beverages from childhood to adulthood in relation to socioeconomic status – 15 years follow-up in Norway. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15:8. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0646-8>
43. Mâsse LC, de Niet-Fitzgerald JE, Watts AW, Naylor P-J, Saewyc EM. Associations between the school food environment, student consumption and body mass index of Canadian adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014; 11(1):29. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-29>
44. Briefel RR, Crepinsek MK, Cabili C, Wilson A, Gleason PM. School food environments and practices affect dietary behaviors of US public school children. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(2Suppl):S91-S107. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.059>
45. Tugault-Lafleur CN, Black JL, Barr SI. Examining school-day dietary intakes among Canadian children. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2017;42(10):1064-1072. <https://doi.org/10.1139/apnm-2017-0125>
46. Spencer RA, McIsaac J-LD, Stewart M, Brushett S, Kirk SF. Food in focus: youth exploring food in schools using photovoice. *J Nutr Educ Behav.* 2019; 51(8):1011-1019. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.05.599>
47. Beaulier D, Godin G. Factors predicting staying in school to eat lunch. *Health Educ.* 2011;111(1):20-33. <https://doi.org/10.1108/09654281111094955>
48. Budd EL, Liévanos RS, Amidon B. Open campus policies: how built, food, social, and organizational environments matter for Oregon's public high school students' health. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(2):469. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020469>
49. Rosen CE. The impact of an open campus program upon high school students' sense of control over their environment. *Psychol Schools.* 1977; 14(2):216-219. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(197704\)14:2<216::AID-PITS2310140218>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1520-6807(197704)14:2<216::AID-PITS2310140218>3.0.CO;2-V)

Synthèse des données probantes

Déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales : revue rapide et cadre conceptuel visant à guider la recherche et les interventions

Clara Bolster-Foucault, M. Sc. SP (1,2); Brigitte Ho Mi Fane, MPH (1); Alexandra Blair, Ph. D. (1,3)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. On sait que la stigmatisation est un déterminant clé de la santé et des inégalités en matière de santé en raison de ses effets sur l'accès aux ressources favorables à la santé et sur l'exposition au stress. Alors que divers rapports offrent des synthèses approfondies des mécanismes par lesquels la stigmatisation influence la santé, il n'existe aucun examen des données probantes sur les facteurs en amont de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales. L'objectif de cette étude consiste à réaliser une synthèse des déterminants structurels connus de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales dans les pays développés.

Méthodologie. Nous avons procédé à une revue rapide de la littérature. Nous avons sélectionné des ouvrages de littérature grise et de littérature en anglais et en français évalués par des pairs et publiés après 2008 à l'aide de MEDLINE, Embase, PsycINFO, Google et Google Scholar. Les titres et les résumés ont été examinés indépendamment par deux évaluateurs. Nous avons extrait divers renseignements des publications pertinentes et nous avons mené une analyse thématique de ces déterminants afin de cerner les grands domaines des déterminants structurels. Nous avons réalisé une synthèse narrative des caractéristiques de chaque étude et des déterminants ciblés.

Résultats. Sur les 657 publications sélectionnées, nous en avons retenu 53. Nous avons relevé 10 domaines de déterminants structurels de la stigmatisation : cadres juridiques, politiques d'aide sociale, politiques économiques, environnements social et bâti, médias et marketing, facteurs pédagogiques, politiques et pratiques en matière de soins de santé, technologie biomédicale, cadres diagnostiques et interventions en santé publique. Chaque domaine a été circonscrit et synthétisé, et nous proposons un cadre conceptuel de la manière dont les domaines cernés sont liés au processus de stigmatisation.

Conclusion. Au moins 10 domaines de facteurs structurels ont une influence sur la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales. On peut se servir de ces domaines pour structurer des discussions stratégiques centrées sur les moyens de réduire la stigmatisation au sein de la population.

Mots-clés : *stigmatisation, discrimination, déterminants structurels, conditions sociales, conditions sanitaires*

Points saillants

- La littérature disponible ne contient aucune analyse des déterminants structurels connus de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales.
- Cette étude a passé en revue et synthétisé la littérature disponible et a cerné 10 domaines de déterminants structurels de la stigmatisation.
- Les 10 domaines sont : cadres juridiques, politiques d'aide sociale, politiques économiques, environnements social et bâti, médias et marketing, facteurs pédagogiques, politiques et pratiques en matière de soins de santé, technologie biomédicale, cadres diagnostiques et interventions en santé publique.
- Le cadre conceptuel proposé pour les 10 domaines de déterminants structurels de la stigmatisation est utilisable pour structurer les discussions stratégiques sur les moyens de lutter contre la stigmatisation au sein de la population.

Introduction

La stigmatisation est un processus favorisé par les inégalités de pouvoir social, économique et politique, par lequel les étiquettes négatives, les croyances et les différences perçues entre les groupes sont susceptibles d'aboutir à de la discrimination et à une perte de statut¹. Comme l'ont écrit Link et Phelan, « la stigmatisation

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Montréal (Québec), Canada.

2. Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill (Montréal), Québec, Canada.

3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada.

Correspondance : Alexandra Blair, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 155, College Street, Toronto (Ontario) M5T 1P8; courriel : alexandra.blair@utoronto.ca

existe lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypes, de séparation, de perte de statut et de discrimination se produisent ensemble dans une situation de pouvoir qui les autorise » [traduction]^{1, p.377}. Déterminant social clé de la santé, la stigmatisation est une source de préoccupation dans de nombreux domaines importants des pratiques en santé publique². La discrimination liée à la stigmatisation et la perte de statut influent sur la santé en limitant l'accès des populations touchées à diverses ressources favorables à leur santé comme le logement, l'emploi, les liens sociaux et les soins de santé et en augmentant leur exposition au stress².

Au Canada, le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) sur l'état de la santé publique au Canada 2019 intitulé *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*³ a proposé une synthèse conceptuelle des multiples voies par lesquelles la stigmatisation est susceptible de toucher la santé et de provoquer des inégalités en matière de santé. Ce cadre et les précédents^{4,5} sont utiles pour comprendre les fondements théoriques des effets de la stigmatisation sur la santé et pour cibler les domaines potentiels d'intervention en matière de santé et de politiques sociales.

Toutefois, comme ils se concentrent sur les effets en aval de la stigmatisation sur la santé, les rapports dont nous disposons ne contiennent généralement pas d'étude approfondie des facteurs en amont qui alimentent la stigmatisation⁶, en particulier ceux qui agissent au niveau structurel. La littérature sur les déterminants structurels de la stigmatisation tend en effet à se concentrer sur la stigmatisation liée à des expériences, des identités, des comportements ou des problèmes de santé précis faisant l'objet de stigmatisation^{7,8}. Elle n'inclut pas de synthèse générale des déterminants de cette stigmatisation chez les populations touchées. Notre revue cherche à combler ces lacunes dans la littérature en fournissant une synthèse des déterminants structurels connus de la stigmatisation chez les populations stigmatisées.

Décrits comme des « facteurs contextuels » dans le modèle des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé⁹ et comme des « pratiques » structurelles dans le modèle des voies de la stigmatisation du rapport 2019 de l'ACSP³, les déterminants structurels peuvent être

définis comme des facteurs sur lesquels les personnes n'ont aucune emprise¹⁰, par exemple des composantes des cadres physique, social, politique ou juridique¹¹. Les déterminants structurels peuvent ainsi inclure diverses formes de législation (ou absence de législation) visant à protéger les droits des personnes¹² ou des politiques de redistribution des richesses^{9,13}. Les facteurs structurels se distinguent des déterminants de la santé au niveau individuel, plus proximal, mais ils les influencent étroitement – notamment en ce qui concerne l'accès des individus à un revenu, à un logement, à de la nourriture ou à des conditions de travail sûres⁹.

La portée de notre revue se limite à l'examen des déterminants structurels de la stigmatisation pour plusieurs raisons. Premièrement, d'après la recherche et la théorie en santé publique, les facteurs structurels sont considérés comme ceux qui créent et perpétuent la stratification sociale et économique au sein des sociétés⁹. Ils sont souvent définis comme les « causes profondes » des résultats sanitaires et sociaux négatifs et des inégalités en matière de santé, et méritent dès lors une attention particulière du point de vue de la santé des populations et de la promotion de l'équité en matière de santé⁹.

Deuxièmement, dans le contexte des pratiques en santé publique, les facteurs structurels ont tendance à exercer une influence sur de multiples contextes sociaux et de nombreuses populations¹⁴. Les facteurs structurels sont donc particulièrement importants pour comprendre les déterminants de la stigmatisation touchant une multitude de conditions sanitaires et sociales, en particulier lorsque plusieurs formes de stigmatisation se juxtaposent³.

Troisièmement, bien que cela soit difficile à réaliser et exige souvent une collaboration intersectorielle⁹, les déterminants structurels sont en principe modifiables par des changements de politique sanitaire et sociale¹⁵. Lorsqu'elles sont efficaces, les interventions au niveau structurel ont souvent des effets plus marqués et une portée beaucoup plus grande que les interventions proximales (c'est-à-dire au niveau individuel) dans la réduction des inégalités en matière de santé au sein de la population⁹.

Notre revue de littérature vise donc à fournir une synthèse des connaissances

qui, en contexte canadien, compléterait la synthèse des connaissances du rapport canadien de l'ACSP sur les effets de la stigmatisation sur la santé³ et qui, de façon plus générale, serait utilisable pour structurer les discussions stratégiques sur les moyens d'orienter les interventions en santé publique afin de réduire la stigmatisation au Canada et à l'étranger. L'objectif plus spécifique de cette revue rapide est de cerner et synthétiser les déterminants structurels connus de la stigmatisation au Canada et dans des contextes similaires, comme ceux d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Méthodologie

Nous avons choisi un modèle de revue rapide de la littérature¹⁶. Utilisée le plus souvent dans des contextes de politique gouvernementale où les ressources en temps sont limitées¹⁷, une revue rapide consiste en une stratégie d'examen des données probantes en suivant la structure d'un processus de revue systématique avec des composantes abrégées pour permettre aux questions de recherche d'être traitées dans un délai plus court que celui généralement nécessaire pour une revue systématique¹⁶. L'une des caractéristiques de la revue rapide est sa composante de recherche restreinte de données probantes¹⁷, qui suppose une recherche non exhaustive des données probantes accessibles concernant la question de recherche. En premier lieu, on applique une stratégie de recherche pour trouver les résumés de preuves présynthétisées (revues, rapports de synthèse, cadres conceptuels). Si les publications de synthèse trouvées sont insuffisantes, que ce soit parce qu'elles ne sont pas suffisamment récentes ou parce qu'elles ne sont pas assez rigoureuses méthodologiquement, une recherche de données probantes moins synthétiques, incluant des études individuelles, est alors effectuée, en fonction de leur pertinence pour l'étude. La recherche d'études individuelles est maintenue jusqu'à ce que les travaux additionnels ne fournissent plus de nouveaux renseignements aptes à enrichir les réponses à la question de recherche ou jusqu'à ce que des contraintes de temps ou de ressources rendent impossible des recherches ultérieures¹⁶.

Pour notre revue, nous avons conçu une première stratégie de recherche donnant la priorité à la collecte de données probantes présynthétisées comme les synthèses

conceptuelles et les analyses documentaires (tableau 1, lignes A et B)¹⁸. Ensuite, nous avons appliqué une stratégie de recherche secondaire pour sélectionner des études individuelles pertinentes, en utilisant les titres généraux et les termes de recherche abstraits relatifs au thème des « déterminants structurels de la stigmatisation » (tableau 1, ligne C)¹⁸. Cette recherche secondaire n'a pas été exhaustive : elle a été effectuée pour combler les éventuelles lacunes relatives aux données et cerner les domaines manquants dans les synthèses trouvées et elle s'est achevée lorsque cette stratégie a cessé de produire des études faisant état de nouveaux types de déterminants structurels ou de formes de stigmatisation.

Critères d'admissibilité

Nous avons inclus les travaux qui documentent les cadres conceptuels, les examens et les études individuelles quantitatives, qualitatives ou à méthodes mixtes des déterminants structurels de la stigmatisation. Nous avons limité notre examen aux travaux en anglais ou en français (en raison de la langue d'expertise des auteurs), publiés depuis janvier 2008, dans des sources évaluées par les pairs ou de littérature grise, concernant le Canada ou d'autres pays de l'OCDE. Nous avons exclu les travaux sans plan d'étude (par exemple les commentaires, les lettres aux éditeurs, les fiches d'information) ou inaccessibles par le biais du réseau des bibliothèques de la santé de Santé Canada.

Stratégie de recherche

Nous avons consulté les bases de données MEDLINE, Embase, PsycINFO, Google et Google Scholar pour s'assurer d'une couverture appropriée de la recherche internationale en matière de santé et de la littérature en sciences sociales¹⁹. Le tableau 1 présente un résumé des composantes de la chaîne de recherche. Nous avons également appliqué les chaînes de recherche en français dans Google et Google Scholar, dont nous avons examiné les trois premières pages de résultats. Cette approche de recherche avec effet « boule de neige »²⁰ a aussi été utilisée pour trouver les revues de la littérature ou les synthèses conceptuelles mentionnées dans les études examinées mais qui n'avaient pas été repérées par notre stratégie de recherche principale.

TABEAU 1
Résumé des composantes et des chaînes de recherche utilisées pour sélectionner les références pertinentes dans la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Composantes de recherche	Chaîne de recherche en anglais dans les titres ou les résumés	Termes français
A. Cadres conceptuels des déterminants de la stigmatisation et mécanismes expliquant l'effet de la stigmatisation sur la santé	(stigma OU stigmatization OU stigmatisation OU "stigmatized status")	stigmatisation, stigmatisé
	ET (determinants OU cause OU "social factors" OU theory OU process OU pathway OU mechanism)	déterminant, cause, « facteur social »
	ET ("conceptual framework" OU framework)	théorie, processus, mécanisme, « cadre conceptuel »
B. Revues systématiques des déterminants de la stigmatisation	(Stigma OU stigmatization OU stigmatisation OU discrimination OU "stigmatized status")	« revue systématique », revue, « recension des écrits »
	ET (determinants OU cause OU "social factors" OU theory OU process OU pathway OU mechanism)	stigmatisation, stigmatisé
	ET ("systematic review" OU review)	déterminant, cause, « facteur social »
C. Études individuelles sur les déterminants sociaux de la stigmatisation au niveau de la structure, des éléments en amont, du système et de la population	(Stigma OU stigmatization OU stigmatisation OU "stigmatized status")	structurel, structure, amont, populationnel, système, systémique, infrastructure, légal, législation, « environnement social », « environnement bâti »
	ET (determinants OU cause OU factor)	
	ET (structural OU upstream OU "population-level" OU "system-level" OU structure OU structural OU infrastructural OU legal OU legislation OU policy OU "social environment" OU "built environment")	

Remarque : La première stratégie de recherche a été conçue afin de donner la priorité à la recension de données probantes présynthétisées tels que les synthèses conceptuelles et les analyses documentaires (lignes A et B). Une stratégie de recherche secondaire a ensuite été appliquée pour trouver les études individuelles pertinentes, en utilisant le titre général et les termes de recherche abstraits relatifs au thème des « déterminants structurels de la stigmatisation » (ligne C). Cette recherche secondaire n'a pas été exhaustive. Elle a été effectuée pour combler les éventuelles lacunes relatives aux données et cerner les domaines manquants dans les synthèses trouvées et s'est achevée lorsque la stratégie de recherche a cessé de produire des études faisant état de nouveaux types de déterminants structurels ou de formes de stigmatisation.

Recherche des études, extraction des données et évaluation de la qualité

Deux examinateurs ont passé en revue chacun de leur côté les titres et les résumés de tous les travaux répertoriés et, sur la base de nos critères d'admissibilité, en ont sélectionné plusieurs pour réaliser une évaluation en texte intégral par consensus. Quatre évaluateurs ont procédé à une sélection des textes intégraux et ont extrait les données sur les auteurs des publications, l'année de publication, le titre, le pays et la population étudiée, pour ensuite cerner les déterminants structurels de la stigmatisation (tableau 2). Tous les éléments de données ont été enregistrés dans le tableau d'extraction des données afin de permettre la synthèse des caractéristiques de l'étude et l'analyse thématique des déterminants structurels. Deux examinateurs ont évalué la qualité des travaux retenus en utilisant une adaptation du cadre de Dixon-Woods et ses collaborateurs pour l'évaluation critique des travaux de conception variée²¹. Sept questions auxquelles il fallait répondre par oui ou par non ont été posées afin d'évaluer la qualité de chaque publication (tableau 3).

Analyse et synthèse des données

Nous avons effectué une synthèse narrative des données extraites en trois étapes analytiques²². Dans un premier temps, deux auteurs ont mené une analyse thématique des déterminants structurels de la stigmatisation qui avaient été repérés^{23,24}. Après s'être familiarisées avec les données en produisant des résumés des déterminants structurels signalés dans les travaux

TABEAU 2
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Clair et al. 2016 ⁴⁶	États-Unis	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Personnes vivant avec le VIH, Afro-Américains et personnes considérées comme étant obèses	Cadre proposé : Ressources et acteurs culturels contribuant à la déstigmatisation - Lois et politiques d'exclusion qui ne protègent pas les droits individuels. - Initiatives pédagogiques qui modifient les attributions causales (c'est-à-dire qui suppriment le blâme) et réfutent les stéréotypes.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques	Modérée
Coreil et al. 2010 ⁴⁸	États-Unis et Haïti	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Immigrants haïtiens (n = 95), patients atteints de tuberculose (n = 126), fournisseurs de soins de santé (n = 126)	- Politiques d'exclusion en matière d'immigration. - Conditions de pauvreté et de malnutrition. - Contenu médiatique discriminatoire à l'égard des migrants, renforçant les stéréotypes négatifs. - Manque d'intimité dans les services en santé. - La disponibilité d'un traitement efficace contre la tuberculose influence la perception du risque. - Politiques de contrôle des infections imposant un dépistage au cours du processus d'immigration.	Cadres juridiques Environnement social et bâti Médias et marketing Pratiques de soins de santé Technologie biomédicale	Forte
Henderson et al. 2017 ⁶⁸	États-Unis (Alabama)	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Étudiants universitaires âgés de 18 à 25 ans, n = 38 à n = 212 selon la phase d'étude	- Politiques liées à la « guerre contre la drogue » (maintien de l'ordre, incarcération de masse, peines sévères). - Programmes d'éducation antidroque (p. ex. le Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue [programme D.A.R.E.]) qui considèrent la consommation de substances comme une faiblesse humaine.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques	Forte
MacLean 2018 ⁴⁷	Canada	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Personnes ayant vécu une expérience des ITSS (n = 20 entretiens individuels, n = 3 groupes de discussion), enquête auprès des fournisseurs (n = 410)	Cadre proposé : Cadre conceptuel de la stigmatisation des ITSS (stigmatisation structurelle : stigmatisation aux niveaux politique/juridique, institutionnel, communautaire)	Cadres juridiques	Faible
Arrey et al. 2017 ⁵⁵	Belgique	Qualitative	Femmes adultes séropositives ayant migré d'Afrique subsaharienne vers la Belgique (n = 44)	- Limitations de la couverture d'assurance maladie pour les migrants. - Messages médiatiques négatifs concernant les migrants. - Manque de formation chez les professionnels de la santé. - Absence de politiques visant à limiter la divulgation de l'état sérologique relativement au VIH dans les établissements de santé.	Politiques d'aide sociale Médias et marketing Facteurs pédagogiques Politiques de soins de santé	Forte
France et al. 2015 ⁴¹	Irlande	Qualitative	Personnes vivant avec le VIH (n = 17)	Cadre proposé : Cadre conceptuel de l'auto-stigmatisation du VIH (facteurs sociaux, facteurs d'auto-stigmatisation, facteurs contextuels) - La disponibilité d'espaces sociaux favorise le sentiment d'appartenance, ce qui peut aider à lutter contre l'auto-stigmatisation du VIH. - Les interventions des professionnels de la santé utilisant des techniques de réduction du stress fondées sur l'investigation peuvent aider à aborder les perceptions de soi et les croyances relatives au VIH.	Environnement social et bâti Pratiques de soins de santé	Forte

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Hansen et al. 2014 ⁷³	États-Unis (New York)	Qualitative	Personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique et ayant droit à des prestations d'invalidité (n = 4)	Réformes de l'aide sociale qui subordonnent les prestations à la médicalisation des handicaps.	Politiques d'aide sociale	Forte
Paterson et al. 2013 ⁶⁵	Canada (Nouvelle-Écosse)	Qualitative	Professionnels des salles d'urgence (n = 25) ou des ONG (n = 25) offrant des services aux personnes qui consomment des substances illicites ou qui vivent avec l'hépatite C	Cadre proposé : Cadre analytique de la stigmatisation structurelle (politiques institutionnelles, culturelles, protocoles) - Manque de respect de la vie privée dans les services de soins de santé en raison de l'environnement physique ou des pratiques de communication. - Limitation de la disponibilité des services en raison des délais d'attente, du manque de personnel qualifié.	Pratiques de soins de santé	Forte
Woodgate et al. 2017 ⁴⁰	Canada (Winnipeg)	Qualitative	Autochtones vivant avec le VIH depuis l'âge de 15 à 29 ans (n = 21); fournisseurs de services, personnes âgées (n = 14)	Cadre proposé : Écologie sociale de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des Autochtones vivant avec le VIH au Manitoba (Canada) - Systèmes de protection de l'enfance comme source de discrimination chez les personnes atteintes du VIH. - Les initiatives et les programmes éducatifs traditionnels contribuent à développer les réseaux de soutien communautaire. - Absence de services de santé sûrs dans les réserves et hors réserves; risque de rupture de la confidentialité du patient. - Les initiatives de sensibilisation personnelle (visites à domicile) peuvent contribuer à réduire la stigmatisation.	Politiques d'aide sociale Facteurs pédagogiques Pratiques de soins de santé	Forte
Jorm et al. 2008 ⁷⁹	Australie	Quantitative (transversale)	Adulte (plus de 18 ans), population générale interrogée sur la stigmatisation liée à la santé mentale (n = 3 998)	- L'attribution d'une maladie à des facteurs génétiques peut conduire à une plus grande perception de dangerosité. - Le fait de recevoir un diagnostic médical indiquant une « véritable affection médicale » peut être associé à une moindre distance sociale pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale comme la schizophrénie.	Technologie biomédicale Cadres diagnostiques	Modérée
Min et al. 2017 ³⁹	Corée du Sud	Quantitative (transversale)	Personnes atteintes de maladie mentale qui ont fréquenté des centres de santé mentale communautaires (n = 532)	Problèmes perçus dans les quartiers (sentiments à l'égard de la prévalence des graffitis, du bruit, du vandalisme, des bâtiments abandonnés, des rues sales et du mauvais entretien des bâtiments) associés à la stigmatisation liée à la santé mentale (échelle de dévaluation et de discrimination et échelle d'expérience de rejet)	Environnement social et bâti	Forte
Pachankis et al. 2017 ⁶⁹	Europe	Quantitative (transversale)	Immigrants vers l'Europe qui s'identifient comme des HARSAH interrogés sur le risque de VIH (n = 23 371)	Stigmatisation structurelle des homosexuels mesurée à l'aide de la Rainbow Map Scale de l'Association internationale des lesbiennes, des gais, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles, pour mesurer la criminalisation, la protection et la reconnaissance des relations homosexuelles, sur la base des lois et politiques des États (peine de mort pour les actes sexuels entre personnes de même sexe, incarcération à vie des minorités sexuelles pour des actes sexuels entre personnes de même sexe, lois contre la promotion de l'homosexualité, reconnaissance du mariage entre personnes de même sexe) – associée à un risque plus élevé de VIH.	Cadres juridiques	Forte

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Stringer et al. 2016 ⁷⁸	États-Unis (États du Sud)	Quantitative (transversale)	Enquête auprès des travailleurs de la santé sur la stigmatisation liée au VIH (n = 651)	- Importance des politiques visant à protéger les patients vivant avec le VIH contre la discrimination. - Importance des politiques qui garantissent que les fournisseurs de services qui ne respectent pas les politiques de protection des patients vivant avec le VIH assument les conséquences de leurs actes. - Importance de la disponibilité de la prophylaxie post-exposition et de la prophylaxie pré-exposition dans les établissements de santé.	Politiques de soins de santé Technologie biomédicale	Forte
Stuber et al. 2008 ⁶⁴	États-Unis (New York)	Quantitative (transversale)	Fumeurs et ex-fumeurs à New York (n = 816)	Difficultés autodéclarées à louer un appartement ou à trouver un logement, à se voir refuser un emploi pour lequel ils étaient qualifiés ou à se voir refuser une assurance maladie ou subir une augmentation des frais d'assurance maladie en raison du tabagisme — associé à une mesure de stigmatisation liée au tabagisme (absence de protection des droits).	Politiques d'aide sociale Politiques économiques Environnement social et bâti	Forte
Angermeyer et al. 2014 ⁷⁵	Allemagne	Quantitative (longitudinale)	Adultes (plus de 18 ans) (cycle 1, n = 5 025, cycle 2, n = 1 232) interrogés sur la stigmatisation relative à la santé mentale	- Manque de financement des soins de santé mentale ou de la recherche comme forme de discrimination structurelle. - Augmentation de la proportion de troubles affectifs censés influencer la perception du risque et le soutien de la population en ce qui concerne le financement des soins de santé mentale.	Politiques économiques Environnement social et bâti	Forte
Hatzenbuehler et al. 2015 ⁷⁰	États-Unis	Quantitative (longitudinale)	Les jeunes (9 à 14 ans) de la cohorte de l'étude « Growing Up Today » interrogés sur la consommation de substances illicites (n = 12 723)	Indice de stigmatisation structurelle au niveau de l'État fondé sur 1) les politiques de prévention de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle (p. ex. mariage homosexuel, non-discrimination en matière d'emploi), 2) la densité des ménages composés de partenaires homosexuels, 3) la proportion d' alliances homosexuelles-hétérosexuelles dans les écoles secondaires publiques et 4) l'opinion publique à l'égard des minorités sexuelles en matière de disparités liées à l'orientation sexuelle dans la consommation de substances illicites.	Cadres juridiques Environnement social et bâti	Modérée
Arboleda- Florez et al. 2012 ²⁹	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale	- Des approches structurelles sont relevées pour réduire les jugements de blâme, de dangerosité, d'imprévisibilité et, ainsi, réduire la stigmatisation : - Législation visant à interdire la discrimination et à offrir des mesures d'adaptation dans des domaines sociaux tels que le logement, l'éducation et l'emploi. - Des initiatives en matière d'éducation (p. ex. Premiers soins en santé mentale, éducation fondée sur l'interaction) peuvent améliorer la sensibilisation à l'égard des symptômes de problèmes de santé mentale.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques	Modérée
Aste 2016 ⁵³	États-Unis	Revue (narrative)	Adultes souffrant de douleurs chroniques	Des connaissances et une formation insuffisantes des fournisseurs de soins en matière de prise en charge efficace de la douleur peut conduire à des croyances et des pratiques discriminatoires (douleur considérée comme imaginaire ou psychologique).	Facteurs pédagogiques	Forte

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Bell et al. 2016 ⁶³	Aucune restriction	Revue (narrative)	Mères d'enfants souffrant de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) à la naissance	Cadre proposé : Les « charges » de stigmatisation subies par les personnes touchées par l'ETCAF. - Le diagnostic de l'ETCAF chez un enfant peut conduire à des expériences de blâme subies par sa mère dans les milieux cliniques et sociaux. - Les campagnes de marketing social en matière de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool par les mères peuvent involontairement accroître les reproches faits aux mères; la menace que les services de protection de l'enfance retirent l'enfant inhibe les comportements de divulgation et de recherche de traitement.	Cadres diagnostiques Interventions en santé publique	Modérée
Benoit et al. 2018 ⁶⁰	Aucune restriction	Revue (narrative)	Travailleurs du sexe	- Étiquetage péjoratif (prostituée, pute, putain) utilisé dans la législation, la recherche et les médias en rapport avec la traite, l'exploitation et la victimisation des êtres humains. - Criminalisation du travail du sexe fondé sur des principes moralisateurs/paternalistes par opposition à la décriminalisation (p. ex. la Nouvelle-Zélande retire la prostitution de son code criminel et réglemente cette industrie dans un cadre de santé et de sécurité publiques). - Manque de protection policière pour les travailleurs du sexe, absence de réponse aux rapports d'actes de violence, réponse aux rapports de violence avec une poursuite pénale de la victime. - Interventions policières excessives vis-à-vis des travailleurs du sexe (harcèlement verbal, fouilles invasives, usage d'une force excessive, arrestations injustifiées) même lorsqu'ils ne travaillent pas. - La délégitimation du travail du sexe en tant qu'activité économique contribue à la marginalisation. - Les récits des médias sont d'ordre moral (plutôt qu'empirique), réduisant les diverses expériences et perspectives à des représentations stéréotypées, les travailleurs du sexe étant vus comme responsables des préjudices qu'ils subissent. - Refus de soins, violation de la confidentialité, baisse de la qualité des soins en milieu clinique suite à la divulgation de la profession (absence de politiques de protection). - Programme communautaire visant à accroître le dépistage du VIH chez les travailleurs du sexe.	Cadres juridiques Politiques économiques Médias et marketing Pratiques de soins de santé Interventions en santé publique	Modérée
Bonsack et al. 2013 ³¹	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes souffrant de maladie mentale	- Lois favorisant l'auto-efficacité et l'indépendance (lois anti-discrimination, directives anticipées, lois imposant des aménagements raisonnables au travail) comme protection contre la discrimination, en particulier lorsque des personnes ayant une expérience vécue de discrimination participent au processus décisionnel législatif. - L'insuffisance de la formation des forces de l'ordre et du personnel de santé en matière de santé mentale peut contribuer à des pratiques cliniques discriminatoires. - L'absence de secret médical dans les établissements de soins de santé peut contribuer à des expériences négatives et à de la discrimination.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques Pratiques de soins de santé	Faible
Brewis 2014 ⁶²	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes considérées comme étant obèses	- Accès inégal aux possibilités de carrière et d'éducation. - Les composantes de l'environnement bâti, par exemple les chaises qui ne s'adaptent qu'aux corps plus sveltes, peuvent constituer des sources de discrimination fondée sur le poids.	Politiques économiques Environnement social et bâti	Modérée

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Carroll 2017 ⁶¹	Royaume-Uni	Revue (narrative)	Mères monoparentales	- Diverses formes de législation peuvent contribuer à de la discrimination et à une perte de statut des mères célibataires, notamment les politiques concernant la légalisation du divorce et l'accès au contrôle des naissances et à l'avortement. - L'évolution des politiques d'aide sociale peut créer des perceptions de mères célibataires méritantes ou non, et les politiques qui favorisent le retour au travail (p. ex. les politiques « Welfare to work » du Royaume-Uni) peuvent provoquer des tensions entre les rôles de soutien financier de la famille et de dispensatrices de soins des mères célibataires. - Les environnements sociaux peuvent contribuer à de la discrimination et à une perte de statut des mères célibataires, notamment la résidence dans des zones plus défavorisées sur le plan économique en raison du manque de logements abordables, et la croyance générale au niveau sociétal selon laquelle les mères devraient s'occuper de leurs enfants au lieu de travailler. - Les représentations négatives des mères célibataires dans les médias peuvent perpétuer des croyances et des stéréotypes négatifs, ce qui peut entraîner une discrimination et une perte de statut.	Cadres juridiques Politiques d'aide sociale Environnement social Médias et marketing	Forte
Chaudoir et al. 2013 ⁶⁶	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes ayant des attributs stigmatisés, visibles ou dissimulables	Cadre proposé : Mécanismes de stigmatisation dans le cadre des disparités en matière de santé. - Les lois qui restreignent l'accès aux soins de santé et dentaires, à l'éducation, à la circulation, au mariage et à l'emploi, et qui conduisent à une criminalisation différentielle (p. ex. les politiques liées à la « guerre contre la drogue ») constituent une source de discrimination et de perte de statut. - Les inégalités dans l'accès à des soins de santé de qualité (assurance, fournisseur régulier, temps de transport vers l'hôpital) constituent une source de discrimination. - L'exposition différentielle aux conditions environnementales dangereuses (pollution, violence, maladies infectieuses, conditions de travail dangereuses) selon le sexe, la position socio-économique et les groupes racialisés constitue également une source de discrimination.	Cadres juridiques Politiques d'aide sociale Environnement social et bâti	Modérée
Collins et al. 2013 ³²	États-Unis	Revue (narrative)	Personnes souffrant de maladie mentale	Cadre proposé : Modèle conceptuel pour réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale (changement individuel, social et politique/pratique) - Les campagnes médiatiques présentant de l'information sur les causes de la maladie, les traitements efficaces et les expériences menées par des personnes ayant vécu la même situation peuvent contribuer à faire évoluer les croyances et les stéréotypes de la population; le contenu des médias peut servir de substitut à l'interaction sociale directe avec le groupe stigmatisé. - Les formations qui favorisent les contacts directs et fournissent des données factuelles sur la maladie mentale (causes, symptômes, possibilité de traitement, expériences), en particulier pour les principaux groupes de pouvoir (professionnels de la santé, employeurs, propriétaires, justice pénale, décideurs politiques) peuvent également contribuer à lutter contre les croyances et les stéréotypes négatifs.	Médias et marketing Facteurs pédagogiques	Faible

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Livingston, JD (Commission de la santé mentale du Canada), 2013 ³⁷	Canada	Revue (narrative)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	- Les politiques d'aide sociale qui découragent le travail, étant donné que les prestations d'invalidité sont ajustées en fonction du revenu, peuvent conduire à une stigmatisation intériorisée. En outre, les parents qui vivent avec des problèmes de santé mentale font souvent l'objet d'un examen plus approfondi de la part des services sociaux et de protection de l'enfance. - L'absence de politiques de protection contre la discrimination dans l'accès à l'emploi ou au logement, la participation à la société civile (p. ex. l'exercice d'une fonction publique), la planification familiale (p. ex. l'interdiction d'adopter), la santé (p. ex. la stérilisation forcée) ou l'immigration peuvent constituer des déterminants structurels de stigmatisation. - La ségrégation spatiale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale peut contribuer à une perte de statut et à des inégalités dans l'accès aux ressources. - Le contenu des médias peut façonner les opinions et les interprétations sur la maladie mentale. - Des politiques de soutien au sein des systèmes éducatifs (p. ex. des services de soutien spécialisés, des politiques d'adaptation) peuvent contribuer à réduire les expériences de stigmatisation. - L'insuffisance du financement des soins de santé, qui entraîne des lacunes dans les soins, les politiques d'exclusion de certaines personnes de l'assurance maladie et les violations de la vie privée des patients peuvent constituer des déterminants structurels de discrimination. - Les lacunes des services de santé contribuent au recours aux organismes d'application de la loi.	Politiques d'aide sociale Politiques économiques Environnement social et bâti Médias et marketing Facteurs pédagogiques Pratiques de soins de santé	Modérée
National Academies of Sciences, Engineering, Medicine (Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms) 2016 ³⁴	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie	- Si certaines formes de législation peuvent contribuer à réduire la stigmatisation, comme celles qui offrent des mesures d'adaptation aux étudiants handicapés ou qui garantissent la protection des droits (p. ex. <i>Americans with Disabilities Act</i> [la loi sur les Américains handicapés]), d'autres formes de législation peuvent être préjudiciables, comme les politiques qui traitent les troubles liés à la consommation de substances comme des problèmes criminels plutôt que comme des problèmes de santé, ou les politiques qui restreignent l'accès et la participation à la société civile (p. ex. faire partie d'un jury). - La ségrégation résidentielle des personnes atteintes de maladie mentale et le rejet des établissements de santé mentale par la société constituent des déterminants structurels de stigmatisation. - Les milieux où il existe des inégalités dans l'accès à des services de soins de santé de qualité représentent des formes structurelles de discrimination et de perte de statut. - Les représentations négatives des symptômes de santé mentale ou de l'efficacité des traitements dans les médias peuvent renforcer les croyances et les stéréotypes sociétaux négatifs. - La formation des fournisseurs de services peut contribuer à prévenir les diagnostics erronés ou les traitements inappropriés causés par le manque de connaissances sur les maladies mentales.	Cadres juridiques Environnement social et bâti Médias et marketing Facteurs pédagogiques Pratiques de soins de santé	Modérée

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
De Ruddere et Craig 2016 ⁵²	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes vivant avec une douleur chronique bénigne	Le manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la nature de la douleur chronique bénigne (douleur considérée comme exagérée ou imaginaire, plaintes rejetées) peut influencer la façon dont ils traitent les patients.	Facteurs pédagogiques	Modérée
Désy et al. 2013 ⁷⁶	Canada	Revue (narrative)	Stigmatisation dans le cadre des actions de santé publique	- Les possibilités de soutien social au sein des collectivités peuvent atténuer la stigmatisation. - Les campagnes médiatiques peuvent influencer la stigmatisation en façonnant les perceptions du public.	Environnement social et bâti Médias	Faible
Earnshaw et al. 2015 ⁴²	États-Unis	Revue (narrative)	Personnes vivant avec le VIH	Cadre proposé : Modèle de stigmatisation et de disparités liées au VIH - La ségrégation résidentielle contribue à de la discrimination et à une perte de statut. - Les interventions structurelles visant à améliorer l'accès à des ressources relatives à la santé et à la promotion de la santé à l'échelle des quartiers peuvent contribuer à lutter contre la discrimination structurelle.	Environnement social et bâti Interventions en santé publique	Modérée
Fernandes et al. 2011 ⁵¹	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes souffrant d'épilepsie	- Certaines formes de législation ont été considérées comme potentiellement protectrices contre la discrimination (p. ex. la <i>Loi sur les Américains handicapés</i>); par ailleurs, les lois peuvent être réhibitives à l'encontre de certaines activités (p. ex. la conduite automobile ou certaines formes d'emploi). - Les interventions pédagogiques conçues en collaboration avec les personnes épileptiques et qui favorisent le contact avec elles représentent des structures potentielles pour réduire la peur et l'ignorance, et donc la stigmatisation.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques	Modérée
Golub 2018 ²⁶	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes pouvant être admissibles à une prophylaxie préexposition au VIH	- Les entretiens d'évaluation de l'admissibilité clinique à la prophylaxie préexposition questionnent les personnes sur leur relation avec leur partenaire et leur comportement sexuel, ce qui peut stigmatiser les personnes ayant des relations anales sans préservatif. - Les directives en matière de soins de santé spécifiant que la prophylaxie préexposition doit être utilisée par des personnes présentant un « risque très élevé d'infection par le VIH » entraînent une stigmatisation liée au VIH (et une stigmatisation sexuelle) à l'égard des utilisateurs potentiels de la prophylaxie préexposition – en particulier l'attribution de blâmes quant aux comportements à risque perçus. - La disponibilité de la prophylaxie préexposition a un impact sur la perception du risque.	Pratiques de soins de santé Technologie biomédicale	Modérée
Groulx 2011 ⁵⁹	Canada	Revue (narrative)	Personnes en situation d'exclusion économique et sociale	- L'accès à l'aide sociale est associé à un niveau élevé de surveillance des activités économiques et sociales ainsi qu'à de la discrimination, ce qui peut avoir un impact sur l'estime de soi. - Des facteurs structurels tels qu'un salaire minimum faible et une absence de politiques en matière d'emploi visant à favoriser l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale peuvent amener des travailleurs comme les mères monoparentales à se tourner vers l'aide sociale, ce qui est associé à une (auto)stigmatisation ressentie et perçue.	Politiques d'aide sociale Politiques économiques	Forte
Hatzenbuehler 2016 ⁸	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et minorités sexuelles	La législation protégeant les droits relatifs à l'emploi et au mariage (ou l'absence de lois de ce type) influence la probabilité de discrimination et de stress.	Cadres juridiques	Modérée

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Hatzenbuehler 2014 ⁵⁷	Aucune restriction	Revue (narrative)	Populations lesbiennes, gaies, bisexuelles (LGB)	- La législation protégeant les droits relatifs à l'emploi et au mariage (ou l'absence de lois de ce type) influence la discrimination à l'égard des personnes LGB. - Les préjugés ordinaires contre les LGB, mesurés par rapport au conservatisme social, peuvent contribuer à la fois à la stigmatisation perçue et à la stigmatisation ressentie par les populations LGB.	Cadres juridiques Environnement social et bâti	Modérée
Holder et al. 2019 ³⁰	États-Unis	Revue (narrative)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	Formation insuffisante des fournisseurs de soins de santé sur les maladies mentales (reconnaissance des symptômes, stratégies de traitement efficaces, remise en cause des attitudes favorisant la stigmatisation).	Facteurs pédagogiques	Modérée
Kerr et al. 2016 ⁴⁵	États-Unis	Revue (narrative)	Disparités dans le risque de VIH touchant les communautés racialisées dans le contexte de la politique en matière de drogues	Cadre proposé : Modèle des inégalités liées au VIH/SIDA dans la guerre contre la drogue Les politiques liées à la « guerre contre la drogue » ont conduit à de la discrimination et à une perte de statut des Afro-Américains du fait d'interventions policières excessives, d'incarcérations massives, de condamnations (frais inéquitables, confiscation des ressources) et de coupes dans les prestations sociales (délinquants privés de diverses protections sociales telles que le logement public, les prestations en vertu de l'article 8, les bons de transfert électronique de prestations).	Cadres juridiques Politiques d'aide sociale	Modérée
Knapp et al. 2014 ⁵⁴	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes atteintes de cancer	- La législation protégeant les droits des patients atteints de cancer en matière d'emploi et de logement (p. ex. la <i>Americans with Disabilities Act</i>) contribue à lutter contre les discriminations potentielles à l'égard des Américains handicapés. - Les médias qui façonnent les perceptions sur le cancer (pérennité des croyances selon lesquelles certaines personnes sont responsables de leur cancer, représentation du cancer comme une « bataille » plutôt qu'un voyage) peuvent entraîner des attitudes plus stigmatisantes. - Les avancées médicales qui permettent de mieux comprendre les causes, les traitements et les résultats du cancer peuvent façonner les croyances liées à la maladie.	Cadres juridiques Médias et marketing Technologie biomédicale	Forte
Link et Hatzenbuehler 2016 ⁷²	États-Unis	Revue (narrative)	Population générale	- Les facteurs législatifs, notamment l'interdiction des mariages entre personnes du même sexe, les peines d'emprisonnement différenciées, les lois « Jim Crow » et les politiques d'immigration (vérification obligatoire des documents d'immigration par les policiers, accès restreint aux permis de conduire ou aux prestations sociales) contribuent à de la discrimination et à une perte de statut. L'absence de politiques de protection est une forme de politique. - La ségrégation résidentielle dans les quartiers et les politiques de logement qui renforcent la ségrégation contribuent aux croyances sociales et à la discrimination. - Les politiques pédagogiques potentiellement protectrices sont les politiques anti-intimidation dans les écoles, alors que le recours à des tests d'admission standardisés américains (SAT) peut produire des écarts dans les admissions pour les populations racialisées et vulnérables.	Cadres juridiques Environnement social et bâti Facteurs pédagogiques	Modérée
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2016 ³⁸	Canada	Revue (narrative)	Personnes ayant des antécédents de maladie mentale qui font appel aux services de soins de santé	- Une formation insuffisante des fournisseurs de services peut entraîner un comportement stigmatisant (p. ex. négliger les préoccupations physiques des personnes ayant des problèmes de santé mentale). - Les possibilités de formation pour les fournisseurs de services, en particulier celles qui favorisent le contact avec des personnes ayant des antécédents de maladie mentale, peuvent contribuer à accroître la sensibilisation et l'empathie, et à modifier les comportements cliniques.	Facteurs pédagogiques	Faible

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Mirabito et al. 2016 ⁶⁷	Aucune restriction	Revue (narrative)	Stigmatisation sur le marché	Cadre proposé : La « turbine » de la stigmatisation, et les déterminants individuels, sociétaux et axés sur le marché. - La législation qui protège contre la discrimination en matière de mariage, d'emploi ou de logement sur la base de l'identité sociale peut contribuer à réduire la stigmatisation en légitimant les identités stigmatisées et en garantissant l'égalité d'accès aux ressources (p. ex. protection du mariage entre personnes du même sexe, <i>Equal Pay Act</i>, [loi sur l'égalité salariale], <i>Fair Housing Act</i> [loi sur le logement équitable]). - Les environnements sociaux tels que les espaces de travail ou les zones résidentielles présentant une grande diversité sociale permettent une interaction et des contacts sociaux accrus, ce qui peut atténuer les stéréotypes et les croyances négatives. - Les tactiques de marketing reposant sur les médias et les stratégies de segmentation des consommateurs (p. ex. les annonceurs s'adonnant à l'objectivation et se moquant des personnes obèses pour augmenter les ventes) peuvent potentiellement perpétuer la stigmatisation, tandis que d'autres (p. ex. les publicités présentant des mannequins n'ayant pas fait l'objet de retouches ou des expériences familiales diverses) peuvent atténuer les croyances sociales négatives et modifier les normes culturelles. - Les campagnes de marketing social en matière de santé publique (p. ex. les campagnes concernant l'allaitement maternel, le contrôle du poids, le tabagisme, l'abstinence d'alcool) peuvent perpétuer les pratiques qui consistent à blâmer les victimes. De même, les programmes sociaux qui exigent la séparation des groupes (c'est-à-dire une ligne de cafétéria séparée pour les élèves qui ont accès aux programmes de repas scolaires) peuvent également perpétuer la discrimination et l'auto-stigmatisation.	Cadres juridiques Environnement social et bâti Médias et marketing Interventions en santé publique	Modérée
Morey 2018 ⁵⁶	États-Unis	Revue (narrative)	Immigrants et communautés racialisées aux États-Unis	- Les politiques limitant l'admissibilité des immigrants aux services sociaux et de santé, qu'ils soient sans papiers (sécurité sociale, prestations fédérales d'éducation, Medicaid, <i>Affordable Care Act</i> [loi sur les soins pour tous]) ou avec papiers (période d'attente de 5 ans pour avoir droit aux prestations publiques) et les rafles, expulsions ou détentions discriminatoires constituent des formes structurelles de discrimination. - Une rhétorique médiatique xénophobe pendant les campagnes électorales popularisant les attitudes anti-immigrants, augmentant l'intimidation et la violence contre les minorités visibles.	Cadres juridiques Politiques d'aide sociale Médias et marketing	Modérée
Mukolo et al. 2010 ²⁸	Aucune restriction	Revue (narrative)	Enfants atteints de maladie mentale	Cadre proposé : Cadre de la relation entre les dimensions, les contextes et les cibles de la stigmatisation des troubles mentaux chez l'enfant - Les représentations médiatiques de la maladie mentale qui renforcent les stéréotypes négatifs de dangerosité, de criminalité ou d'imprévisibilité peuvent favoriser la discrimination. - La couverture médiatique de célébrités atteintes de maladie mentale peut normaliser les questions de santé mentale et faire en sorte qu'elles soient considérées comme des questions de santé plutôt que de faiblesse. - Le manque de professionnels de la santé mentale à la disposition des enfants, par rapport aux professionnels spécialisés dans la santé physique, est révélateur de la dévalorisation de la santé mentale.	Médias et marketing Politiques de soins de santé	Modérée

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Nairn et al. 2011 ²⁷	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	Les représentations médiatiques (langage, contenu) des problèmes de santé mentale en relation avec la criminalité, la violence et l'incompétence sociale contribuent à la stigmatisation en renforçant la peur au niveau sociétal.	Médias et marketing	Modérée
Pescosolido et al. 2008 ³³	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes souffrant de maladie mentale	Cadre proposé : Cadre intégrant l'influence normative sur la stigmatisation - L'admissibilité à l'aide sociale façonne les normes concernant le droit aux soins, légitime les affections couvertes par les polices d'assurance maladie. - Représentation négative dans les médias de personnes atteintes de maladie mentale (comme étant dangereuses, instables, imprévisibles), ce qui affecte les jugements portés dans la vie quotidienne sur les personnes atteintes de maladie mentale. - Les innovations en matière de traitement et les progrès dans les connaissances scientifiques (notamment en ce qui concerne les causes biomédicales ou génétiques, et la disponibilité de traitements efficaces) influencent les croyances et les pratiques.	Politiques d'aide sociale Médias Technologie biomédicale	Modérée
Phelan et al. 2014 ⁷⁷	Aucune restriction	Revue (narrative)	Population générale	- La ségrégation sociale conduit à des interactions peu fréquentes entre groupes stigmatisés et groupes non stigmatisés et à une distance sociale. - La représentation des personnes stigmatisées par les médias peut façonner les attitudes de la société, ces représentations pouvant servir de substitut à l'interaction sociale lorsque le contact direct avec les personnes stigmatisées est rare/peu probable. - Les interventions en santé publique qui favorisent les contacts entre les personnes stigmatisées et les autres membres du public peuvent potentiellement réduire les croyances négatives et les stéréotypes.	Environnement social et bâti Médias et marketing Interventions en santé publique	Forte
Schabert et al. 2013 ⁵⁰	Aucune restriction	Revue (narrative)	Personnes atteintes de diabète	Cadre proposé : Cadre destiné à comprendre la stigmatisation liée au diabète (stratégies structurelles d'atténuation : marketing social, éducation, conseil, promotion de la santé) - Les campagnes de promotion de la santé et les messages médiatiques fondés sur la modification des comportements au niveau individuel sont considérés comme des catalyseurs potentiels de stigmatisation induite par le blâme. - Les initiatives d'éducation qui favorisent le contact avec les personnes vivant avec des affections faisant l'objet de stigmatisation peuvent aider à développer l'empathie.	Médias et marketing Facteurs pédagogiques Interventions en santé publique	Forte
White Hughto et al. 2015 ⁵⁸	États-Unis	Revue (narrative)	Personnes s'identifiant comme transgenres	Cadre proposé : Modèle socio-écologique modifié de la stigmatisation envers les transgenres et des interventions en matière de stigmatisation (interventions structurelles : politiques contre la discrimination, promotion de l'accès aux soins ou programmes d'études sur la santé des transgenres) - Politiques qui ne protègent pas les droits des transgenres dans les logements publics. - Inégalités d'accès à la couverture d'assurance maladie pour les procédures d'affirmation du genre. - Formation insuffisante des professionnels de la santé sur la santé des personnes trans. - Biomédicalisation de la non-conformité de genre (diagnostic tiré du DSM).	Cadres juridiques Politiques d'aide sociale Facteurs pédagogiques Cadres diagnostiques	Modérée

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Synthèse des 53 publications sélectionnées

Auteur(s), année	Lieu	Conception	Population	Déterminants structurels de la stigmatisation relevés	Domaines de déterminants structurels	Note d'évaluation critique
Williams 2018 ³⁵	Royaume-Uni	Revue (narrative)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	- La <i>Loi britannique sur l'égalité</i> (2010) a été conçue pour protéger contre la discrimination fondée sur le handicap sur les lieux de travail; toutefois, des limites demeurent. - L'investissement dans des programmes de soutien en milieu de travail pour les personnes handicapées est considéré comme une protection contre la stigmatisation. - Les représentations médiatiques qui dépeignent les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme étant dangereuses ou qui établissent une corrélation entre les problèmes de santé mentale et la criminalité peuvent contribuer aux stéréotypes négatifs. - L'utilisation d'un modèle biopsychosocial pour comprendre les problèmes de santé mentale, plutôt qu'un modèle purement biologique, peut conduire à des approches plus holistiques des soins de santé mentale.	Cadres juridiques Politiques économique Médias et marketing Cadres diagnostiques	Modérée
Clement et al. 2013 ³⁶	Aucune restriction	Revue (systématique)	Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	Les campagnes médiatiques de masse visant à influencer les comportements peuvent diminuer ou renforcer la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale (intentionnellement ou non).	Médias et marketing	Forte
Craig et al. 2017 ⁴⁹	Pays à faible incidence de tuberculose	Revue (systématique)	Personnes vivant avec la tuberculose dans les pays à faible incidence (Europe occidentale, États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande)	- Une image négative des migrants atteints de tuberculose dans les médias peut contribuer aux stéréotypes négatifs et à la discrimination, surtout si la population générale est peu informée à propos de la transmission et des possibilités de guérison de la tuberculose. - Les politiques de soins de santé telles que les politiques de tolérance zéro concernant la consommation de substances et les établissements qui ne sont pas accessibles aux migrants peuvent entraîner une discrimination en matière d'accès aux soins. - Les politiques de contrôle en santé publique en matière de tuberculose (recherche des contacts, quarantaine) peuvent conduire à de la discrimination et à une crainte de la part des migrants d'une éventuelle expulsion.	Médias et marketing Politiques de soins de santé Interventions en santé publique	Forte
Darlington et al. 2017 ⁴³	États-Unis	Revue (systématique)	Femmes vivant avec le VIH	- L'absence de protection juridique contre la perte d'emploi ou de logement en raison de séropositivité constitue également un déterminant structurel de discrimination et de perte de statut. - L'insuffisance de la formation sur la transmission et la possibilité de guérison du VIH chez les fournisseurs de soins de santé peut conduire à des croyances et des pratiques discriminatoires. - L'absence de politiques visant à prévenir le refus ou le retard de soins de santé en raison d'une séropositivité peut contribuer à la stigmatisation liée au VIH.	Cadres juridiques Facteurs pédagogiques Politiques de soins de santé	Forte
Katz et al. 2013 ⁴⁴	États-Unis	Revue (systématique)	Personnes vivant avec le VIH	- Les systèmes de santé qui favorisent le soutien social et la confiance entre les patients et le personnel peuvent atténuer les croyances négatives et les pratiques discriminatoires. - Les coûts des soins de santé liés au VIH peuvent contribuer à la pauvreté et à une perte de statut.	Politiques de soins de santé	Forte

Abréviations : DSM, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; ETCAF, ensemble des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale; HARSAAH, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; LGB, lesbienne, gai, bisexuel; ONG, organisation non gouvernementale; ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang; SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise; VIH, virus de l'immunodéficience humaine.

TABEAU 3
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux but et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Clair et al. 2016 ⁴⁶	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Oui, examiner comment les constructions culturelles des groupes stigmatisés évoluent dans le temps	Non, les auteurs ne précisent pas le plan de l'étude	Oui, une revue narrative est appropriée pour obtenir une vue d'ensemble de la compréhension actuelle	Non, la revue décrit des concepts clés sans fournir suffisamment de détails pour en reproduire le contenu	Oui, chaque concept est suffisamment référéncé	Oui, les auteurs ont utilisé une « approche d'analyse systématique des processus », qui est appropriée compte tenu des objectifs	Non, les auteurs n'expliquent pas comment ils ont appliqué leur « approche d'analyse systématique des processus »	4
Coreil et al. 2010 ⁴⁸	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Oui, étudier l'influence des forces structurelles sur la stigmatisation liée à la tuberculose chez les Haïtiens vivant aux États-Unis et en Haïti	Oui, les auteurs précisent qu'ils ont utilisé une conception à méthodes mixtes et décrivent clairement les deux phases	Oui, la conception est conforme aux questions posées par les chercheurs	Oui, les méthodes sont claires et reproductibles	Oui, les résultats de chaque phase sont clairement indiqués	Oui, les méthodes d'analyse sont adaptées à chaque phase et à chaque objectif	Oui, les analyses relatives aux deux phases de l'étude sont bien expliquées	7
Henderson et al. 2017 ⁶⁸	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Oui, examiner comment les différences de compréhension de l'étiologie de la dépendance influencent l'attribution de stigmatisation	Oui, les auteurs utilisent une étude à méthode mixte faisant appel à une approche de conception séquentielle (avec trois phases, chacune s'appuyant sur la dernière), chaque phase étant clairement décrite	Oui, l'étude s'appuie sur les résultats de chaque phase en utilisant une approche séquentielle	Oui, chacune des méthodes de collecte de données est bien décrite	Oui, les résultats de chaque phase sont décrits clairement, et une justification du codage qualitatif a été fournie	Oui, l'analyse des données disponibles est appropriée	Oui, les auteurs fournissent suffisamment de détails sur le codage des thèmes qualitatifs et des analyses quantitatives	7
MacLean 2018 ⁴⁷	Plan séquentiel à méthodes mixtes	Non, relever les déterminants de la stigmatisation liée aux ITSS et proposer un cadre conceptuel	Non, l'auteur décrit les différentes composantes du projet sans en préciser la conception	Oui, les activités menées étaient adaptées aux objectifs	Non, les données sur chacune des phases font défaut (p. ex. approche de sélection, analyse, etc.)	Non, très peu de données sont présentées pour chacune des sections	Non, en raison du manque de détails fournis, il est impossible de juger si la méthode d'analyse est appropriée	Non, très peu de détails sur la méthode d'analyse sont présentés	1
Arrey et al. 2017 ⁵⁵	Qualitative	Oui, enquête sur la stigmatisation et la discrimination des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne dans les établissements de soins de santé en Belgique	Oui, les auteurs utilisent une approche qualitative mixte pour la collecte et l'analyse des données	Oui, l'approche par méthodes mixtes est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui, la stratégie d'échantillonnage et les méthodes de collecte des données sont clairement décrites	Oui, les auteurs résumant les principaux thèmes relevés et fournissent des citations directes pour appuyer leurs observations	Oui, la méthode d'analyse est appropriée compte tenu des données disponibles et de la question de recherche	Oui, les auteurs ont utilisé une approche d'analyse thématique inductive	7

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
France et al. 2015 ⁴¹	Qualitative	Oui, déterminer les croyances fondamentales qui sous-tendent l'auto-stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVS) en Irlande	Oui, les auteurs décrivent leur stratégie de collecte de données et l'échantillon	Oui, le plan d'étude qualitative est approprié, en particulier pour cerner les croyances	Oui, ils décrivent leur méthode de collecte et de codage des données	Oui, les auteurs résument les principaux thèmes relevés et fournissent des citations directes pour appuyer leurs observations	Oui, la méthode d'analyse est appropriée compte tenu des données disponibles et de la question de recherche	Oui, la stratégie de codage est bien expliquée, tout comme les approches utilisées pour évaluer la saturation	7
Hansen et al. 2014 ⁷³	Qualitative	Oui, décrire l'expérience de la stigmatisation structurelle imposée par la médicalisation de l'aide publique aux pauvres	Oui, les auteurs utilisent une conception fondée sur des entretiens ethnographiques	Oui, l'approche qualitative est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui, la collecte et l'analyse des données ont été clairement décrites	Non, les auteurs ne fournissent qu'une seule étude de cas pour illustrer chaque thème cerné	Oui, la méthode d'analyse est appropriée compte tenu des données disponibles et de la question de recherche	Oui, les auteurs ont utilisé des techniques de codage thématique itératif	6
Paterson et al. 2013 ⁶⁵	Qualitative	Oui, dans les salles d'urgence, cerner les déterminants structurels de la stigmatisation des patients qui consomment des drogues illicites et qui sont atteints du VHC	Oui, les auteurs utilisent une approche qualitative inductive de la conception	Oui, l'approche qualitative est appropriée	Oui, ils décrivent leur méthode de collecte et de codage des données	Oui, les auteurs résument les principaux thèmes relevés et fournissent des citations directes pour appuyer leurs observations	Oui, l'approche analytique de la conception de la description interprétative est appropriée	Oui, l'approche analytique est clairement décrite	7
Woodgate et al. 2017 ⁴⁰	Qualitative	Oui, comprendre les expériences et les besoins des personnes autochtones vivant avec le VIH et le sida (PVVS) qui ont reçu un diagnostic quand elles étaient jeunes	Oui, les auteurs décrivent clairement leur approche en matière d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données	Oui, l'approche qualitative est appropriée compte tenu de l'objectif et de la population	Oui, les auteurs décrivent clairement leur approche en matière d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données	Oui, les auteurs résument les thèmes cernés et fournissent des citations pour les étayer	Oui, la méthode d'analyse est appropriée compte tenu des données disponibles et de la question de recherche	Oui, les auteurs expliquent leur approche d'analyse thématique déductive	7
Jorm et al. 2008 ⁷⁹	Quantitative (transversale)	Oui, évaluer si la distance sociale et la croyance en la dangerosité sont accrues chez ceux qui croient aux causes génétiques des maladies psychiatriques, et si la distance sociale est réduite par la croyance en des causes psychosociales	Oui, les auteurs précisent clairement la conception, y compris les détails sur la collecte et l'analyse des données	Non, la conception semble appropriée pour le premier objectif, mais pas pour le second, car elle suppose l'effet d'une intervention, et l'étude n'a pas été conçue pour répondre à cette question	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	Non, on ne sait pas si les résultats sont ajustés pour les covariables connues, et les résultats des modèles linéaires sont difficiles à interpréter	Oui, les analyses semblent appropriées compte tenu des données disponibles et de l'opérationnalisation des mesures de l'étude	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	5

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Min et al. 2017 ³⁹	Quantitative (transversale)	Oui, examiner les facteurs communautaires en tant que corrélats de la stigmatisation perçue et vécue dans un échantillon communautaire de personnes souffrant de maladie mentale	Oui, les auteurs précisent clairement la conception, y compris les détails sur la collecte et l'analyse des données	Oui, la conception transversale est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	Oui, des résultats descriptifs et analytiques sont présentés	Oui, la stratégie de modélisation est appropriée étant donné la nature imbriquée des données dans les centres de santé	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	7
Pachankis et al. 2017 ⁶⁹	Quantitative (transversale)	Oui, étudier 6 déterminants structurels de la stigmatisation prédisant le manque de prévention du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) migrants	Oui, étude transversale impliquant une enquête internationale à grande échelle	Oui, collecte de données prospectives appropriées compte tenu de la question de recherche	Oui, les définitions opérationnelles de toutes les variables sont clairement fournies, et des ressources sont prévues pour la justification et la validation	Oui, échantillon suffisamment important, variation suffisante de l'exposition pour permettre l'analyse et lien avec des mesures externes	Oui, modèle à deux niveaux de classification croisée reflétant la nature hiérarchique de la question de recherche	Oui, le plan d'analyse statistique et la stratégie de modélisation sont suffisamment expliqués pour permettre la reproduction	7
Stringer et al. 2016 ⁷⁸	Quantitative (transversale)	Oui, examiner la relation entre la stigmatisation liée au VIH et les caractéristiques et politiques au niveau individuel/clinique chez les travailleurs de la santé dans le sud des États-Unis	Oui, les auteurs précisent clairement la conception, y compris les détails sur la collecte et l'analyse des données	Oui, la conception transversale est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	Oui, des résultats descriptifs et analytiques sont présentés	Non, la stratégie de modélisation ne prend pas en considération la nature imbriquée des données dans les centres de santé	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	6
Stuber et al. 2008 ⁶⁴	Quantitative (transversale)	Oui, examiner 5 domaines de stigmatisation contribuant à la stigmatisation des fumeurs	Oui, étude transversale à partir de données d'enquête	Oui, collecte de données prospectives appropriées compte tenu de la question de recherche	Oui, la sélection des participants et la méthodologie sont clairement expliquées, les questions sont énoncées textuellement	Oui, la taille de l'échantillon est suffisamment importante, les auteurs présentent des données pour chacun des 5 domaines de stigmatisation qu'ils proposent	Oui, les auteurs ont utilisé un modèle de régression, pondéré pour corriger le biais d'échantillonnage	Oui, la méthodologie analytique est suffisamment expliquée pour permettre la reproduction	7
Angermeyer et al. 2014 ⁷⁵	Quantitative (longitudinale)	Oui, déterminer si la stigmatisation individuelle et structurelle se développe de la même manière	Oui, les auteurs décrivent clairement la conception, la collecte et l'analyse des données	Oui, la conception transversale répétitive est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	Oui, des résultats descriptifs et analytiques sont présentés	Oui, les stratégies de modélisation et l'estimation des probabilités sont appropriées	Oui, les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	7

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Hatzenbuehler et al. 2015 ⁷⁰	Quantitative (longitudinale)	Non , les auteurs n'énoncent pas explicitement leur objectif, mais ont étudié les disparités liées à l'orientation sexuelle dans la consommation de drogues illicites au cours de l'année écoulée et l'influence de la stigmatisation structurelle	Oui , les auteurs utilisent un modèle d'observation, fondé sur des cohortes et sur des données d'enquête	Non , l'objectif de l'étude n'est pas clair et il n'est pas possible d'en évaluer la pertinence	Oui , les auteurs décrivent les données disponibles et les analyses effectuées	Non , seuls deux tableaux de résultats sont présentés, et plusieurs résultats sont manquants	Oui , les analyses semblent appropriées compte tenu des données disponibles	Oui , les auteurs décrivent les données disponibles, les analyses effectuées	4
Arboleda-Florez et al. 2012 ²⁹	Revue (narrative)	Oui , décrire la stigmatisation associée à la maladie mentale, la stigmatisation par les fournisseurs de soins de santé et les approches visant à réduire la stigmatisation	Oui , les auteurs décrivent cela comme une revue narrative de la littérature dans le domaine de la psychologie et le domaine social	Oui , une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non , les auteurs ne fournissent aucun détail expliquant comment ils sont arrivés à leur synthèse narrative	Non , les auteurs citent peu d'études, et le manque de recherche dans ce domaine est une limitation majeure	Oui , un résumé narratif des résultats est approprié compte tenu des objectifs	Non , il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4
Aste 2016 ⁵³	Revue (narrative)	Oui , décrire la littérature sur les sources de stigmatisation des personnes souffrant de douleurs chroniques	Oui , l'auteur décrit l'étude comme une « analyse documentaire exploratoire »	Oui , l'approche « large » de la revue est appropriée compte tenu de l'objectif	Oui , la stratégie de recherche est bien décrite, y compris les critères de sélection clairs	Oui , des preuves suffisantes ont été relevées pour soutenir chaque concept	Oui , chaque étude incluse est décrite en détail	Non , il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	6
Bell et al. 2016 ⁶³	Revue (narrative)	Oui , proposer un modèle descriptif de la stigmatisation de l'ETCAF, mettre en évidence les lacunes dans les connaissances et discuter des répercussions d'ordre éthique de la stigmatisation	Non , les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui , une synthèse narrative est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Non , les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour ce cadre	Oui , les auteurs fournissent une base théorique approfondie pour les concepts inclus	Oui , les auteurs ont fait une synthèse de la littérature pertinente pour étayer leur cadre	Oui , les auteurs détaillent le processus par lequel ils ont cerné les domaines dans leur cadre	5
Benoit et al. 2018 ⁶⁰	Revue (narrative)	Oui , examiner l'état de la recherche concernant la stigmatisation des travailleurs du sexe	Non , les auteurs déclarent qu'ils « examinent les éléments probants », mais ne précisent pas le plan	Oui , une synthèse narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non , les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour l'inclusion	Oui , les auteurs font une synthèse approfondie de l'état de la recherche et citent soigneusement tous les concepts	Oui , une synthèse des données disponibles concernant le sujet d'intérêt est suffisante pour les objectifs descriptifs	Non , il n'y a aucune explication sur le processus d'analyse ou sur la façon dont les renseignements synthétisés ont guidé la synthèse	4

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Bonsack et al. 2013 ³¹	Revue (narrative)	Oui, décrire le concept de stigmatisation et examiner les diverses interventions visant à réduire la stigmatisation	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, un résumé narratif est suffisant pour les objectifs descriptifs	Non, il n'y a pas de détails sur la manière dont les renseignements pertinents ont été sélectionnés	Non, très peu de travaux sont cités comme éléments probants à l'appui	Oui, un bref résumé de la théorie de la santé mentale est suffisant pour les objectifs	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	3
Brewis 2014 ⁶²	Revue (narrative)	Oui, mettre en évidence les mécanismes par lesquels la stigmatisation peut contribuer à la perpétuation de l'obésité	Non, l'auteur décrit simplement son travail comme une revue/synthèse	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, l'auteur n'explique pas en détail le processus par lequel les travaux à l'appui ont été cernés et inclus	Oui, l'auteur fournit un soutien pour chaque mécanisme proposé	Oui, un résumé narratif des résultats est approprié compte tenu des objectifs descriptifs	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4
Carroll 2017 ⁶¹	Revue (narrative)	Oui, étudier les expériences de stigmatisation des mères célibataires dans divers contextes socio-économiques	Oui, l'auteur procède à une revue narrative de la théorie de la stigmatisation appliquée aux mères célibataires	Oui, un résumé narratif des concepts suivi d'une étude qualitative appuyant les conclusions de l'auteur est approprié compte tenu des objectifs de l'étude	Oui, l'auteur décrit le processus de revue de la littérature et explique en détail comment les travaux cernés ont contribué à la conception et au contenu	Oui, l'auteur a cité de manière exhaustive les fondements théoriques et a fourni une étude qualitative solide pour étayer les conclusions	Oui, une synthèse narrative des recherches pertinentes et des entretiens semi-structurés est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Oui, l'auteur décrit clairement les méthodes utilisées pour synthétiser les sources afin de guider la revue narrative et le processus analytique utilisé pour extraire les thèmes clés	7
Chaudoir et al. 2013 ⁶⁶	Revue (narrative)	Oui, proposer un cadre qui décrit comment la stigmatisation conduit à des disparités en matière de santé psychologique et physique	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une synthèse théorique est appropriée compte tenu de la proposition de cadre novateur	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour ce cadre	Oui, les auteurs fournissent suffisamment de citations pour soutenir les possibilités de causalité proposées dans leur cadre	Oui, une synthèse des éléments probants à l'appui du cadre est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Non, les auteurs ne détaillent pas la manière dont les travaux à l'appui ont été synthétisés afin de générer le cadre	4
Collins et al. 2013 ³²	Revue (narrative)	Oui, examiner les évaluations des efforts de réduction de la stigmatisation des maladies mentales afin d'orienter la politique en Californie	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Non, étant donné que la revue vise à orienter la politique, une revue plus systématique aurait été plus appropriée	Non, les auteurs précisent les bases de données et les mots clés utilisés, mais pas de manière suffisamment détaillée pour savoir comment les travaux ont été sélectionnés	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux types d'interventions est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	3

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Livingston, JD. (Commission de la santé mentale du Canada), 2013 ³⁷	Revue (narrative)	Non , les auteurs n'énoncent pas d'objectif précis; ils introduisent une stigmatisation structurelle dans le contexte des systèmes institutionnels et sociaux modernes et examinent les outils permettant de lutter contre la stigmatisation	Non , les auteurs décrivent ce travail simplement comme un « rapport »	Oui , une revue narrative des concepts et des outils de lutte contre la stigmatisation est suffisante	Non , les auteurs ne fournissent pas d'explication sur la manière dont ils ont recensé les travaux à inclure	Oui , les auteurs fournissent une synthèse bien documentée de l'état des connaissances dans le domaine et du contexte canadien à l'appui de leurs conclusions	Oui , une description narrative de l'état des connaissances est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs de l'étude	Non , les auteurs ne fournissent pas de détails sur la façon dont les éléments probants à l'appui ont été synthétisés ou ont contribué aux recommandations	3
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms), 2016 ³⁴	Revue (narrative)	Oui , revoir la compréhension actuelle de la stigmatisation, de ses déterminants et des cibles d'intervention	Non , les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui , l'approche par la revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs	Non , la revue décrit des concepts clés sans fournir suffisamment de détails pour en reproduire le contenu	Oui , chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui , une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Non , il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4
De Ruddere et Craig 2016 ⁵²	Revue (narrative)	Oui , décrire la compréhension actuelle de la stigmatisation liée à la douleur chronique	Oui , les auteurs utilisent le terme « revue thématique » pour décrire le plan	Oui , l'approche de revue narrative est appropriée compte tenu de l'objectif descriptif	Non , la revue narrative décrit des concepts sans être suffisamment détaillée pour reproduire les résultats	Oui , chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui , une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de l'étude	Non , il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	5
Désy et al. 2013 ³⁶	Revue (narrative)	Oui , décrire la stigmatisation, explorer les dimensions éthiques de la stigmatisation et proposer un outil de réflexion pour aider les intervenants en santé publique	Non , les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui , une revue narrative des données probantes est appropriée compte tenu des objectifs et du public cible de ce rapport	Non , les auteurs décrivent leur recherche (bases de données, termes de recherche), sans suffisamment de détails pour en reproduire le contenu	Non , les auteurs citent un nombre très limité d'études	Oui , un résumé du domaine de recherche sur la stigmatisation et l'éthique est approprié compte tenu des objectifs du rapport	Non , il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	3

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Earnshaw et al. 2015 ⁴²	Revue (narrative)	Oui, proposer un cadre qui décrit comment la stigmatisation sociétale peut conduire à des disparités en matière de santé psychologique et physique	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une synthèse théorique et une revue des données probantes à l'appui sont appropriées pour la proposition d'un cadre novateur	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour ce cadre	Oui, les auteurs procèdent à une évaluation approfondie des données probantes à l'appui, et chaque élément du cadre est bien référencé	Oui, une synthèse des données probantes à l'appui du cadre est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Non, il n'y a pas d'explication sur la manière dont les travaux inclus ont été synthétisés afin de générer le cadre	4
Fernandes et al. 2011 ⁵¹	Revue (narrative)	Oui, décrire la stigmatisation liée à l'épilepsie et examiner l'influence de la législation sur les déséquilibres de pouvoir	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, les auteurs ne fournissent aucune explication sur la manière dont les composantes de cette revue ont été obtenues/sélectionnées	Oui, les théories sont étayées par suffisamment de citations et tiennent compte de la disponibilité et de la qualité des preuves	Oui, une synthèse des recherches disponibles est appropriée pour la création d'un cadre conceptuel novateur	Non, il n'y a pas d'explication sur la manière dont les travaux inclus ont été synthétisés	4
Golub 2018 ²⁶	Revue (narrative)	Oui, examiner le rôle de la stigmatisation liée à la prophylaxie préexposition dans l'accès et l'adhésion à la prophylaxie préexposition, ainsi que ses antécédents et ses conséquences	Non, le plan n'est pas clairement précisé	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, l'auteur ne précise pas comment il a sélectionné les travaux à inclure dans sa revue	Oui, les auteurs ont cité un large éventail d'éléments tirés de la littérature pour étayer leurs conclusions	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu des objectifs	Non, aucun détail concernant la manière dont les travaux inclus ont été synthétisés	4
Groulx 2011 ⁵⁹	Revue (narrative)	Oui, résumer les facteurs d'exclusion sociale et décrire leurs manifestations dans la société canadienne	Oui, l'auteur déclare qu'il utilisera un plan de revue narrative	Oui, l'approche de revue narrative est appropriée	Oui, la stratégie de recherche est bien décrite, et comprend une description des critères d'inclusion	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	6
Hatzenbuehler 2016 ⁸	Revue (narrative)	Oui, revoir la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale et à l'orientation sexuelle	Non, l'auteur qualifie simplement son travail de « revue »	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, l'auteur ne décrit pas comment les travaux ont été sélectionnés pour être inclus	Oui, les concepts sont bien étayés par des éléments probants théoriques et des recherches empiriques	Oui, un résumé narratif des recherches théoriques et empiriques est approprié compte tenu de l'objectif descriptif	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Hatzenbuehler 2014 ⁵⁷	Revue (narrative)	Oui, décrire la stigmatisation structurelle comme un indicateur de risque de morbidité psychiatrique et de santé physique parmi les populations LGBT	Non, l'auteur qualifie son travail de « revue »	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, l'auteur ne décrit pas comment les travaux ont été sélectionnés pour être inclus	Oui, les affirmations sont étayées par la citation d'un ensemble varié de recherches et par des commentaires sur la rigueur méthodologique des études	Oui, une synthèse narrative des résultats est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Non, il n'y a pas d'explication sur le processus analytique qui a contribué à la synthèse des travaux inclus	4
Holder et al. 2019 ³⁰	Revue (narrative)	Oui, décrire comment la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale décourage la recherche de traitement	Non, les auteurs la décrivent uniquement comme un « document théorique fondé sur la littérature »	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu de l'objectif descriptif	Non, les auteurs ne décrivent pas comment les travaux ont été sélectionnés pour être inclus	Oui, les auteurs citent une foule de ressources issues de la littérature académique et grise	Oui, une revue théorique de la littérature est appropriée compte tenu de l'objectif et de la conception	Non, il n'y a pas d'explication sur le processus analytique qui a contribué à la synthèse globale	4
Kerr et al. 2016 ⁴⁵	Revue (narrative)	Oui, proposer un cadre conceptuel novateur et examiner les mécanismes conduisant à des disparités dans le risque de VIH pour les communautés racialisées	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une revue narrative des éléments probants et du cadre proposé est appropriée pour la proposition d'un cadre novateur	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour ce cadre	Oui, les auteurs proposent un modèle complexe et citent un corpus de recherche vaste et diversifié pour étayer leurs affirmations	Oui, un résumé des éléments probants à l'appui du cadre est approprié compte tenu des objectifs de l'étude	Non, il n'y a pas d'explication sur la manière dont les travaux inclus ont été synthétisés afin de générer le cadre	4
Knapp et al. 2014 ⁵⁴	Revue (narrative)	Oui, décrire le modèle de menace identitaire liée à la stigmatisation et l'adapter à la stigmatisation liée au cancer	Oui, les auteurs décrivent cela comme une revue et une application de la théorie de la stigmatisation	Oui, l'approche par revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Oui, les auteurs adaptent une théorie établie; cependant, ils ne décrivent pas comment ils ont recensé les travaux à l'appui	Oui, tous les concepts de l'article sont cités de manière exhaustive, et l'analyse des auteurs est fondée sur une théorie bien connue de la stigmatisation	Oui, les auteurs ont synthétisé et résumé les points saillants de la littérature pour étayer leurs conclusions	Non, les auteurs ne décrivent pas comment leur synthèse a été guidée par les travaux inclus	6
Link et Hatzenbuehler 2016 ⁷²	Revue (narrative)	Oui, étudier l'impact de la stigmatisation sur la santé par le biais des processus de défavorisation sociale	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, les auteurs décrivent des concepts dans la littérature sans préciser comment ils ont recensé les travaux pertinents	Oui, tous les concepts sont cités de manière exhaustive, et le premier auteur est une autorité dans ce domaine de recherche	Oui, les auteurs ont fourni une conceptualisation théorique fondée sur les recherches existantes	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2016 ³⁸	Revue (narrative)	Oui, résumer les stratégies de lutte contre la stigmatisation dans les établissements de soins de santé, afin d'orienter l'intervention	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Non, une revue plus systématique avec une évaluation de la qualité aurait été plus appropriée	Non, la revue décrit des concepts clés sans fournir suffisamment de détails pour en reproduire le contenu	Non, les auteurs citent un nombre très limité d'études	Non, la synthèse des principaux concepts théoriques n'est pas appropriée pour guider l'intervention	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	1
Mirabito et al. 2016 ⁶⁷	Revue (narrative)	Oui, proposer un cadre conceptuel novateur et analyser sa contribution à la compréhension de la stigmatisation du marché	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, un résumé des théories à l'appui et une explication du cadre proposé sont appropriés	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils sont arrivés à cette formulation de leur cadre conceptuel	Oui, les auteurs fournissent une explication adéquate de leur cadre, avec des citations à l'appui de chacun des éléments	Oui, les auteurs ont mené une analyse des implications de leur cadre sur la compréhension de la stigmatisation	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4
Morey 2018 ⁵⁶	Revue (narrative)	Oui, décrire les mécanismes par lesquels la stigmatisation envers les immigrants exacerbe les disparités ethniques en matière de santé	Non, l'auteur ne précise pas le plan d'étude	Oui, une brève description de la recherche sur ce sujet est suffisante pour les objectifs	Non, il n'y a pas de description sur la manière dont ces constatations ont été dégagées	Oui, les mécanismes proposés sont bien cités	Oui, un résumé narratif des éléments probants à l'appui est approprié	Non, aucune explication n'est fournie sur la manière dont les renseignements à l'appui ont été analysés ou intégrés	4
Mukolo et al. 2010 ²⁸	Revue (narrative)	Oui, décrire la littérature sur la stigmatisation associée aux troubles mentaux chez l'enfant et mettre en évidence les lacunes des travaux empiriques	Non, les auteurs qualifient simplement ce document de « revue », et on ne sait pas s'ils entendent être systématiques	Oui, une revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Oui, les auteurs fournissent une description détaillée de leur stratégie de recherche (bases de données, plages de dates, termes de recherche) et des critères d'inclusion/ exclusion	Non, les concepts introduits sont minutieusement cités, mais beaucoup de leurs sources proviennent de la littérature sur les adultes	Oui, une synthèse narrative des résultats est appropriée compte tenu des objectifs	Oui, les auteurs décrivent comment ils ont évalué la convergence des définitions des dimensions critiques de la stigmatisation	5
Nairn et al. 2011 ²⁷	Revue (narrative)	Oui, fournir un cadre du rôle des mécanismes culturels dans la représentation de la maladie mentale par les médias	Non, le modèle n'est pas clairement précisé	Oui, l'approche par revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs	Non, la revue narrative décrit des concepts sans être suffisamment détaillée pour en reproduire le contenu	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Pescosolido et al. 2008 ³³	Revue (narrative)	Oui, proposer un cadre conceptuel novateur décrivant les déterminants de la stigmatisation, en mettant l'accent sur la santé mentale	Non, les auteurs ne précisent pas leur plan d'étude	Oui, une revue narrative des données probantes disponibles et des composantes du cadre proposé est suffisante	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils ont sélectionné ou évalué les travaux à l'appui pour ce cadre	Oui, chaque concept que les auteurs ont inclus dans leur cadre est bien référencé	Oui, une synthèse narrative des données probantes à l'appui est appropriée	Non, il n'y a pas d'explication sur la manière dont les travaux inclus ont été synthétisés afin de générer le cadre	4
Phelan et al. 2014 ⁷⁷	Revue (narrative)	Oui, proposer une théorie novatrice de la stigmatisation axée sur les aspects systémiques de la stigmatisation et leur impact sur la santé	Oui, les auteurs proposent une revue narrative des théories existantes	Oui, une synthèse narrative est appropriée compte tenu des objectifs descriptifs	Non, les auteurs ne décrivent pas comment ils ont recensé les principaux travaux de la théorie de la stigmatisation et du statut	Oui, tous les concepts sont cités de manière exhaustive, et le premier auteur est une autorité dans ce domaine de recherche	Oui, une synthèse narrative des éléments probants à l'appui est suffisante pour les objectifs descriptifs	Oui, les auteurs décrivent leur processus d'évaluation en définissant la convergence théorique	6
Schabert et al. 2013 ⁵⁰	Revue (narrative)	Oui, développer un cadre des expériences, des causes et des conséquences de la stigmatisation du diabète	Oui, les auteurs déclarent qu'il s'agit d'une revue narrative	Oui, l'approche de revue narrative est appropriée compte tenu de l'objectif	Non, les auteurs décrivent la stratégie de recherche (bases de données, termes de recherche), mais ne précisent pas les critères d'inclusion	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Oui, les auteurs expliquent comment la littérature disponible a été classée	6
White Hughto et al. 2015 ⁵⁸	Revue (narrative)	Oui, examiner les multiples niveaux de stigmatisation des personnes transgenres et leur influence sur la santé	Non, le plan n'est pas clairement précisé, le projet est simplement défini comme une « revue »	Oui, l'approche de revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs	Non, la revue narrative décrit des concepts sans être suffisamment détaillée pour en reproduire le contenu	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu de l'objectif de la revue	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	5
Williams 2018 ³⁵	Revue (narrative)	Oui, évaluer comment l'oppression personnelle, culturelle et structurelle touche les personnes en détresse affective et leur expérience d'auto-stigmatisation	Non, le plan n'est pas clairement défini	Oui, l'approche de revue narrative est appropriée compte tenu des objectifs	Non, l'auteur ne décrit pas comment les travaux ont été repérés ou sélectionnés	Oui, chaque concept est référencé, offrant une vue d'ensemble des sources incluses	Oui, une synthèse des principaux concepts théoriques est appropriée compte tenu des objectifs	Non, il n'y a pas de détails sur la façon dont l'analyse a été menée ou sur les éléments qui ont guidé la synthèse	4

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résumé de l'évaluation critique des travaux trouvés dans le cadre de la recherche documentaire sur les déterminants structurels de la stigmatisation

Auteur(s), année	Conception	Les buts et les objectifs du projet sont-ils clairement énoncés?	Le plan d'étude est-il clairement énoncé?	Le plan d'étude est-il adapté aux buts et objectifs de la recherche?	Les chercheurs fournissent-ils un compte rendu clair du processus utilisé pour produire leurs conclusions?	Les chercheurs présentent-ils suffisamment de données pour étayer leurs interprétations et leurs conclusions?	La méthode d'analyse est-elle appropriée?	La méthode d'analyse est-elle correctement expliquée?	Note totale (/7)
Clement et al. 2013 ³⁶	Revue (systématique)	Oui, évaluer les effets des interventions des médias de masse sur la réduction de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale	Oui, les auteurs ont procédé à une revue systématique de la littérature publiée	Oui, une revue systématique est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Oui, les auteurs énumèrent et justifient les critères de sélection, énumèrent les bases de données et fournissent une stratégie de recherche complète	Oui, les auteurs ont repéré et inclus un nombre suffisant de travaux pour étayer leurs conclusions	Oui, une synthèse narrative et une méta-analyse sont appropriées compte tenu des objectifs de l'étude	Oui, les auteurs ont effectué une synthèse narrative d'études qualitatives et une méta-analyse d'études qualitatives	7
Craig et al. 2017 ³⁹	Revue (systématique)	Oui, explorer l'inclusion et la conceptualisation de la stigmatisation dans la recherche sur la tuberculose dans les milieux à faible incidence	Oui, les auteurs ont procédé à une revue/ cartographie systématique pour cartographier/ catégoriser le corpus de recherche sur la tuberculose	Oui, la revue/ cartographie systématique est adaptée aux objectifs de cette étude	Oui, description claire de la stratégie de recherche (bases de données, termes de recherche, critères d'inclusion)	Oui, les auteurs utilisent une stratégie de recherche détaillée, et suffisamment d'études ont été repérées pour soutenir chaque catégorie dans le processus de cartographie	Oui, la revue/ cartographie systématique de la littérature sur la stigmatisation liée à la tuberculose est appropriée compte tenu des objectifs des auteurs	Oui, les auteurs énumèrent des questions analytiques précises et donnent un aperçu des articles qui ont traité de chaque question	7
Darlington et al. 2017 ⁴³	Revue (systématique)	Oui, analyser l'état des connaissances concernant la stigmatisation liée au VIH chez les femmes du sud des États-Unis	Oui, les auteurs ont procédé à une revue systématique de la littérature publiée	Oui, une revue systématique est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Oui, les auteurs dressent la liste des bases de données, fournissent des détails approximatifs sur la stratégie de recherche et énumèrent des critères de sélection clairs	Oui, les auteurs étayent minutieusement chaque concept qu'ils introduisent au moyen d'études qualitatives et quantitatives	Oui, une synthèse narrative des études est appropriée compte tenu des objectifs de l'étude	Non, les auteurs ne mentionnent pas comment le contenu des études incluses a été analysé ou évalué afin d'éclairer la synthèse	6
Katz et al. 2013 ⁴⁴	Revue (systématique)	Oui, évaluer la relation entre l'expérience de stigmatisation liée au VIH et l'observance de la thérapie antirétrovirale (TARV)	Oui, une revue systématique et une méta-analyse de la littérature publiée et non publiée	Oui, une revue systématique est appropriée pour décrire un mécanisme causal hypothétique	Oui, les auteurs fournissent une description détaillée de leurs recherches (bases de données, stratégie de recherche, critères d'inclusion, évaluation de la qualité)	Oui, l'analyse est solide et bien documentée, et les auteurs ont recensé suffisamment de travaux pour mener une méta-analyse	Oui, une méta-analyse et une méta-synthèse thématique sont appropriées compte tenu des objectifs	Oui, les auteurs ont effectué une méta-synthèse thématique d'études qualitatives et une méta-analyse d'études quantitatives	7

Abréviations : ETCAF, ensemble des troubles du spectre de l'alcoolisation foetale; ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang; LGBT, lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres; HARSAH, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; PVVS, personnes vivant avec le VIH et le sida; TARV, thérapie antirétrovirale; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine.

relevés au cours du processus d'extraction des données, ces auteures ont effectué une analyse thématique consistant à cerner les thèmes qui reliaient les déterminants structurels sur le plan conceptuel^{23,24}. Ces thèmes ont été déterminés, par consensus, à la fois de manière sémantique (c'est-à-dire en interprétant les facteurs explicitement mentionnés dans les textes plutôt qu'en dégagant les significations sous-jacentes) et par induction (c'est-à-dire sans cadre de codification prédéfini)²⁵. Nous avons examiné tous les thèmes pour lesquels des facteurs structurels connexes ont été mentionnés dans au moins deux publications, qui étaient cohérents sur le plan interne, spécifiques sur le plan conceptuel et définissables²⁴. Ces thèmes sont mentionnés dans la suite du texte comme des « domaines » de déterminants structurels.

Dans un deuxième temps, nous avons proposé une synthèse narrative décrivant, d'une part, les types et caractéristiques des études et des domaines cernés et leur relation avec le processus de stigmatisation et, d'autre part, un cadre conceptuel visuel des domaines et leur relation avec le processus de stigmatisation. La structuration des éléments du cadre conceptuel repose à la fois sur les résultats des travaux inclus et sur la structure des cadres conceptuels déjà existants sur les déterminants de la stigmatisation.

La troisième et dernière étape a consisté à produire un résumé sur la qualité méthodologique des travaux inclus. Afin de fournir une synthèse quantitative des résultats de l'évaluation de la qualité pour notre revue, nous avons considéré les études ayant reçu moins de quatre réponses « Oui » (< 60 %) comme faibles, celles ayant reçu six réponses « Oui » ou plus (> 85 %) comme fortes, et le reste comme modérées. Comme ces seuils n'ont pas été validés antérieurement, nous avons également fourni des résultats de notation complets et annotés pour compléter les résumés quantitatifs.

Résultats

Les résultats de la synthèse narrative sont présentés ici, avec d'abord un résumé descriptif des caractéristiques de chaque étude puis avec un résumé des déterminants structurels qui en sont issus.

Résultats descriptifs

Sélection des études

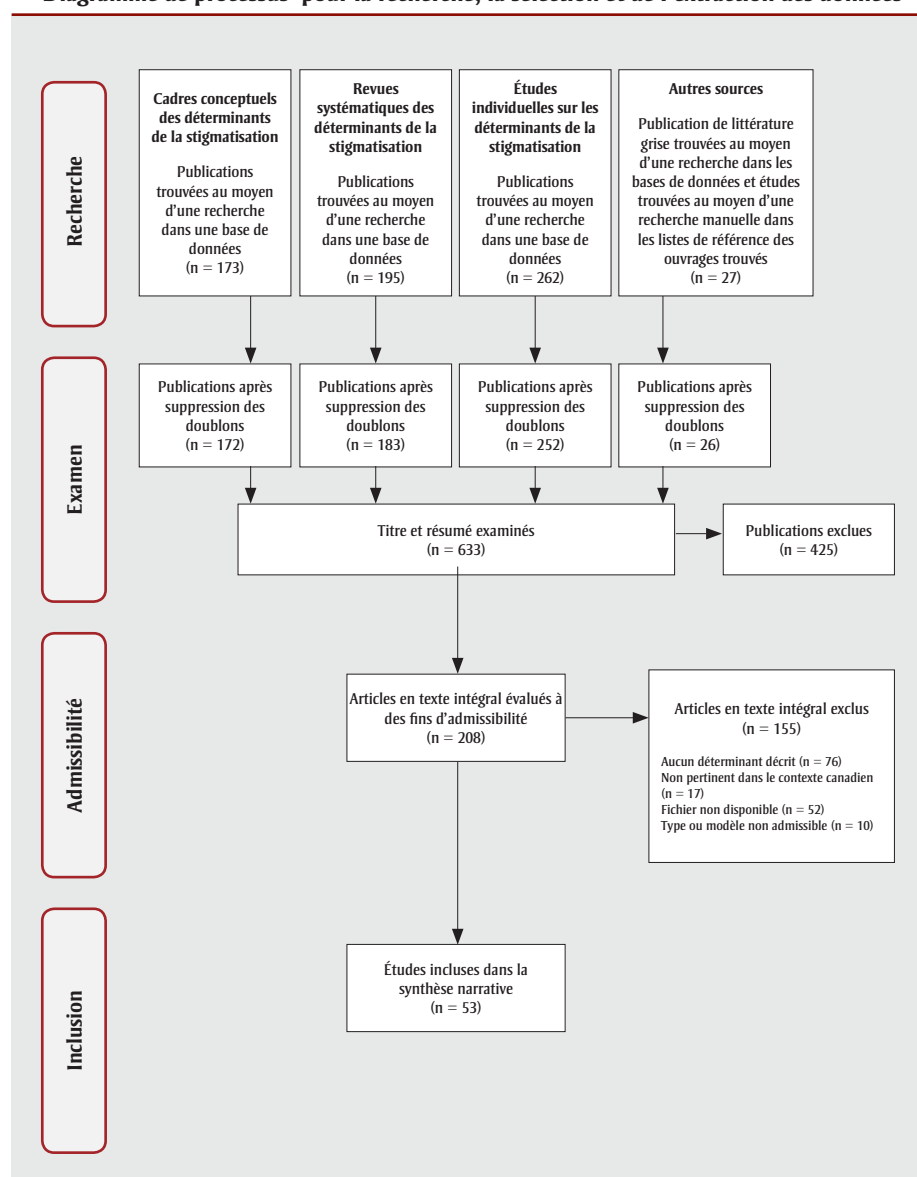
Au total, 657 travaux ont été recensés au moyen de notre stratégie de recherche. La figure 1 présente un résumé des travaux sélectionnés. Quatre travaux, tous issus de la littérature grise, étaient en français. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 53 travaux ont été retenus (tableau 2). La plupart des travaux rejetés l'ont été car ils ne documentaient pas les déterminants de la stigmatisation dont les effets se font sentir au niveau structurel. Les travaux retenus sont des revues de la littérature (n = 37; 69 %) et des études

individuelles à méthode mixte (qualitative et quantitative; n = 4; 8 %), qualitative (n = 5; 9 %) ou quantitative (n = 7; 13 %). La plupart des revues n'étaient pas limitées à un pays alors que les études individuelles portaient surtout sur des zones géographiques précises, notamment les États-Unis (n = 14), le Canada (n = 8) et l'Europe (n = 5) (tableau 2).

Évaluation de la qualité

La qualité de la plupart des publications était moyenne ou élevée. Leur point le plus faible était le manque de détails sur les processus de conception utilisés pour formuler leurs conclusions et leurs interprétations

FIGURE 1
Diagramme de processus^a pour la recherche, la sélection et de l'extraction des données



^a Voir Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, groupe PRISMA. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>. Pour de plus amples renseignements, consulter le site www.prisma-statement.org.

(tableau 3). Cet élément est généralement absent des travaux de sciences sociales, qui constituent une grande partie de la littérature incluse dans la revue. Il s'agit là d'une limitation des études sur les déterminants structurels de la stigmatisation. La figure 2A présente un résumé de la note moyenne pour chacune des questions d'évaluation de la qualité par type d'étude et la figure 2B donne un aperçu de la qualité des travaux soutenant chaque domaine structurel recensé, dont la description figure plus loin dans le texte.

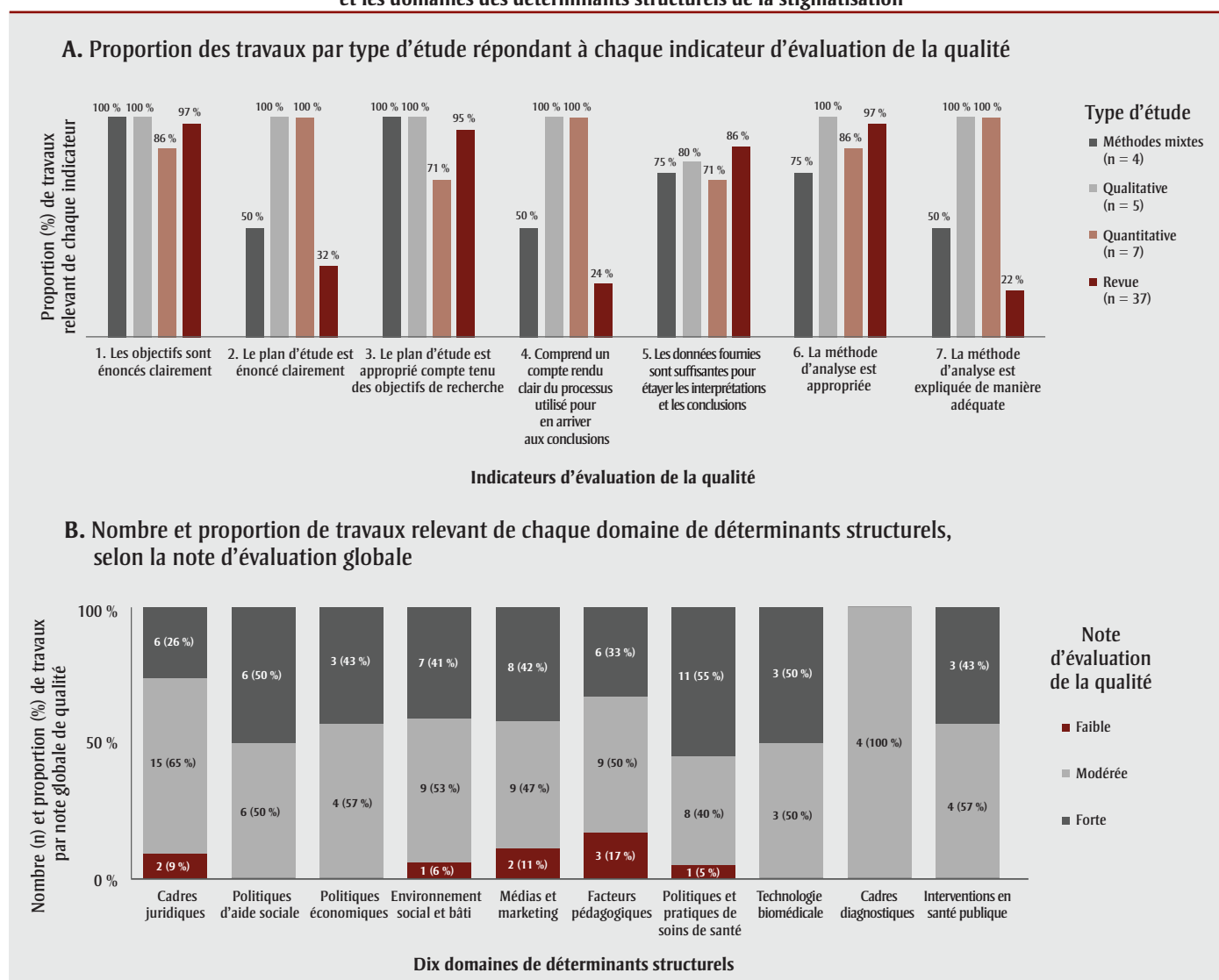
Caractéristiques de l'étude

La grande majorité des travaux mis en évidence citent la conceptualisation de la stigmatisation de Link et Phelan¹, qui la considèrent comme un processus induit par les inégalités de pouvoir social, économique

et politique par lequel les attitudes, les stéréotypes négatifs et le sentiment de séparation entre les groupes peuvent conduire à de la discrimination et à une perte de statut. De nombreuses expériences, identités, comportements et états de santé stigmatisés ont été explorés dans la littérature (tableau 2). Globalement, il s'agissait de personnes souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie²⁶⁻³⁹; de personnes vivant avec le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)^{26,40-46} ou d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)⁴⁷, la tuberculose^{48,49}, le diabète⁵⁰, l'épilepsie⁵¹, la douleur chronique^{52,53} ou le cancer (en particulier les types dont l'étiologie peut être attribuée aux comportements des patients)⁵⁴; de sous-populations vulnérables telles que les migrants et les communautés racialisées^{55,56};

de populations lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et autres (LGBTQ +)^{57,58}; de personnes en situation de pauvreté⁵⁹; de travailleurs du sexe⁶⁰; de mères célibataires⁶¹; de personnes considérées comme étant obèses ou en surpoids^{46,62}; de mères biologiques d'enfants chez qui on a diagnostiqué des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale⁶³ et enfin de personnes qui fument⁶⁴. Certains auteurs ont souligné que, bien que leurs recherches aient pu se concentrer sur la stigmatisation liée à une identité ou à un état précis de la personne, ces dernières étaient susceptibles de faire face à de multiples sources de stigmatisation en raison de l'intersection de multiples identités complexes et expériences de vie^{47,60}. Ces auteurs ont reconnu que la portée restreinte de leur étude pouvait en constituer une limitation potentielle.

FIGURE 2
Synthèse de l'évaluation de la qualité des 53 travaux sélectionnés pour tous les types d'études et les domaines des déterminants structurels de la stigmatisation



Enfin, parmi les travaux examinés, 15 proposaient des cadres conceptuels offrant une représentation graphique d'au moins un déterminant en amont de la stigmatisation (tableau 2)^{28,32,33,40-42,45-47,50,58,63,65-67}. Toutefois, aucun n'avait pour but de fournir une synthèse complète des déterminants structurels connus de la stigmatisation à l'échelle de la population. Les cadres cernés étaient hétérogènes dans leur forme et leur contenu. Néanmoins, la plupart d'entre eux reconnaissaient que la stigmatisation pouvait être déclenchée à de nombreux niveaux, que ce soit au niveau individuel (intérieurisé), interpersonnel, communautaire, institutionnel ou sociétal. De nombreux cadres ont également reconnu que la stigmatisation est influencée par les inégalités sociales historiques, comme celles liées au racisme systémique⁴⁶.

Déterminants structurels de la stigmatisation

L'analyse thématique de la littérature examinée a permis de dégager 10 domaines généraux de déterminants structurels de la stigmatisation (tableau 2) : 1) les cadres juridiques, 2) les politiques d'aide sociale, 3) les politiques économiques, 4) les cadres sociaux et bâtis, 5) les médias et le marketing, 6) les facteurs pédagogiques, 7) les pratiques et les politiques matière de soins de santé, 8) la technologie biomédicale, 9) les cadres de diagnostic, et 10) les interventions en santé publique. Nous présentons ici une synthèse narrative de ces domaines et de leur relation à la stigmatisation.

Cadres juridiques

Le domaine des « cadres juridiques » fait référence aux facteurs relatifs à la législation promulguée ou proposée, que ce soit les grandes déclarations des droits ou les éléments en aval des systèmes de justice pénale tels que les facteurs relatifs au maintien de l'ordre, aux tribunaux et aux services correctionnels. Vingt-quatre travaux mentionnaient des termes liés à ce domaine^{29,31,32,34,35,43,45-48,51,54,56-58,60,61,66-72}. Au nombre des termes décrivant les déterminants structurels dans ce domaine figurent les suivants (liste non exhaustive) : « législation³² », « action législative⁴³ », « protections juridiques⁴⁶ », « lois » (par exemple, la *Loi sur la santé mentale* ou la *Loi sur l'égalité* du Royaume-Uni³⁵), « maintien de l'ordre » et « condamnation⁴⁵ ». Les termes relatifs aux cadres juridiques ont été mentionnés dans six des cadres^{32,45-47,58,67}.

Dans l'ensemble, les cadres juridiques ont été définis comme des leviers potentiels pour prévenir les éléments de discrimination et de perte de statut liés au processus de stigmatisation. La législation qui garantit les droits individuels en matière d'emploi^{57,60}, de logement⁴³, de mariage^{66,69} ou d'immigration⁵⁶ (pour ne citer que quelques-uns des domaines mentionnés dans les travaux examinés) peut contrer un accès inéquitable aux ressources sanitaires et sociales⁶⁷. En revanche, plusieurs facteurs liés aux cadres juridiques sont susceptibles de contribuer également à la discrimination. C'est notamment le cas lorsque la législation ne protège pas les droits de certaines populations (les personnes vivant avec le VIH en sont un exemple frappant⁴³) ou restreint les droits de certains groupes (par exemple, en interdisant aux personnes atteintes de maladies mentales de faire partie d'un jury³⁴ ou en interdisant aux personnes épileptiques de conduire⁵¹) ou lorsque des éléments du système de justice pénale, tels que le maintien de l'ordre ou la détermination des peines, touchent certaines populations plus que d'autres⁴⁶. Les lois introduites pendant la « guerre contre la drogue » en Amérique du Nord, mentionnées dans plusieurs études, figurent parmi les exemples illustrant le mieux ce phénomène. Ces lois ont été décrites comme influençant le processus de stigmatisation en perpétuant les stéréotypes négatifs des individus ayant commis des crimes liés à la drogue (par exemple, la consommation ou la vente de substances illicites³⁴) et en permettant une perte de statut des communautés autochtones, noires et racialisées par le biais d'un contrôle policier et d'une incarcération disproportionnés^{45,66}.

Politiques d'aide sociale

Le domaine des « politiques d'aide sociale » fait référence aux facteurs liés à la présence, à l'admissibilité et à la couverture relative ou à la « générosité » des structures, services et programmes de prestations du gouvernement qui offrent un soutien social, sanitaire ou économique aux personnes dans le besoin. Parmi les termes ayant mené à la catégorisation de ce domaine figurent les suivants : « État-providence », « assurance »³³, « système de protection de l'enfance »⁴⁰, « prestations »⁷³, et « sécurité sociale »⁵⁶. Douze travaux utilisent des termes liés à des politiques d'aide sociale^{33,37,40,45,55,56,58,59,61,64,66,73}, dont deux mentionnant également ces termes dans les cadres conceptuels proposés^{33,40}.

De façon générale, l'offre et la couverture des aides sociales (ou leur absence) ont été considérées, dans l'ensemble des travaux inclus, comme contribuant au processus de stigmatisation par le biais de deux mécanismes principaux : en faussant les croyances sociétales sur les bénéficiaires de services ou de prestations et en influençant l'accès des populations vulnérables aux ressources de protection et de maintien de la vie. Deux exemples de mécanismes liés à l'aide sociale sont les politiques qui rendent les personnes inadmissibles aux prestations ou aux services sociaux en raison de leur statut, par exemple les politiques qui limitent l'admissibilité des immigrants aux services sociaux en fonction de la présentation de documents sur leur statut ou du temps écoulé depuis leur immigration⁵⁶ et les politiques relatives à la « guerre contre la drogue » qui disqualifient les délinquants de protections sociales comme l'accès au logement public⁴⁵. Ces deux types de politiques ont été ciblées comme renforçant les perceptions sociétales négatives de ceux qui ne « méritent » pas le soutien de la société, légitimant ainsi l'exclusion et les stéréotypes négatifs³³. Des processus similaires sont susceptibles de se produire si la couverture sociale est limitée dans certaines situations, par exemple lorsque la couverture de l'assurance maladie est limitée pour les services de santé mentale³⁷ ou les chirurgies d'affirmation de genre⁵⁸, pour ne citer que deux cas. Les politiques qui privent certaines populations d'un accès au soutien social contribuent au processus de stigmatisation en créant des lacunes systématiques dans les soins et une perte de statut des populations touchées.

Politiques économiques

Le domaine des « politiques économiques » fait référence aux facteurs relatifs à l'influence gouvernementale sur les caractéristiques du paysage économique, que ce soit les politiques relatives aux salaires sur le marché du travail, les politiques de redistribution des revenus ou la répartition du financement entre secteurs. Bien que la fixation du salaire minimum relève de la loi, elle a été incluse dans ce domaine en raison de ses effets sur les conditions économiques telles que les pratiques d'embauche et la participation au marché du travail – des facteurs liés au paysage économique des compétences politiques⁷⁴. Huit travaux mentionnent des termes relevant de ce domaine^{33,35,37,59,60,62,64,75}, dont un qui intègre le concept de politiques économiques au cadre conceptuel

qu'il propose³³. Parmi les termes relatifs à ce domaine figurent les suivants : « financement »⁷⁵, « fiscalité »³⁷, « investissement »³⁷, « développement économique »³³ et « salaire minimum »⁵⁹.

Dans l'ensemble, le rôle du gouvernement sur les environnements économiques a été décrit comme influençant le processus de stigmatisation en déterminant la répartition équitable (ou inéquitable) des ressources économiques au sein d'une population, influençant ainsi le positionnement socio-économique des groupes et envoyant le message implicite aux groupes marginalisés que leur situation défavorisée ne mérite pas d'être traitée par des investissements publics. À titre d'exemple de la manière dont les politiques économiques peuvent avoir une influence sur une perte de statut, mentionnons que l'allocation limitée de ressources budgétaires aux services de santé et aux programmes de soutien dans le milieu de travail pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peut entraîner des lacunes dans les soins et l'exclusion sociale et économique des personnes touchées^{35,37,75}.

Environnement social et bâti

Le domaine de l'« environnement social et bâti » fait référence aux caractéristiques à une échelle globale des collectivités et des lieux dans lesquels les individus résident, travaillent ou ont des loisirs, ce qui inclut la prévalence au sein de la population de certaines conditions sanitaires, sociales ou économiques ainsi que des éléments liés aux cadres physiques. Bien qu'elles soient probablement influencées par divers éléments relevant des domaines précédents comme les politiques économiques ou sociales, nous considérons les caractéristiques socioécologiques de l'environnement comme un domaine distinct. Dix-sept travaux mentionnent des termes relatifs à ce domaine^{34,37,39,41,42,48,53,57,61,62,64,66,67,70,72,75-77}, ainsi que trois cadres conceptuels^{41,42,66}. Parmi ces termes figurent les suivants (liste non exhaustive) : « risques environnementaux »⁶⁶, « ségrégation résidentielle »⁴², « problèmes de voisinage »³⁹, « prévalence » d'une condition sanitaire ou sociale (comme la dépression⁷⁵) et disponibilité d'« espaces » de rencontre sociale⁴¹.

Dans l'ensemble, les études décrivent la manière dont les caractéristiques à l'échelle locale et celle de la collectivité peuvent influencer le processus de stigmatisation en contribuant à une séparation sociale à

la fois réelle et perçue entre les groupes et en générant une stratification sociale dans l'accès aux ressources. Un exemple de ces mécanismes est la façon dont les communautés racialisées et à faibles revenus vivent une ségrégation résidentielle dans les quartiers, ce qui peut réduire les contacts entre groupes stigmatisés et non stigmatisés et renforcer les perceptions de différenciation sociale^{42,77}. Ces structures d'exclusion peuvent contribuer au dénuement économique⁴⁸, à l'exposition différentielle à des conditions environnementales dangereuses telles que des conditions de travail insalubres, la pollution ou les maladies infectieuses⁶⁶ et à des inégalités d'accès pour les groupes exclus aux établissements de soins de santé³⁴ ou aux lieux d'éducation et d'emploi³⁷. À l'opposé, les environnements sociaux tels que les milieux de travail ou les zones résidentielles présentant une plus grande diversité sociale sont davantage aptes à favoriser les interactions entre les sous-groupes de population, modifier les perceptions et les croyances de la société et réduire les inégalités en matière d'accès aux ressources^{67,75}.

Médias et marketing

Le domaine « médias et marketing » fait référence aux facteurs relatifs au développement du contenu et à la réglementation des stratégies de communication de formes variées (nouveaux médias, radiodiffusion ou publicité), qu'elles soient conçues à des fins de divertissement et de vente ou pour promouvoir des changements dans les comportements des individus. Dix-neuf travaux mentionnent des termes relatifs à ce domaine^{27,28,32-37,48-50,54-56,60,61,67,76,77}. Parmi les exemples de termes relatifs à ce domaine figurent les suivants : « représentation médiatique »³², « couverture médiatique »³⁷, « contexte médiatique »³³, « commercial »⁶⁷ et « marketing social »⁵⁰. Cinq des cadres conceptuels mentionnent explicitement des termes liés aux médias et au marketing^{32,33,46,50,67}.

Le contenu des médias et les efforts de marketing social peuvent influencer le processus de stigmatisation en façonnant les attitudes et les croyances de la société et en renforçant ou en contrant les stéréotypes négatifs, les interprétations et les attributions de responsabilité. Le contenu des médias peut également servir de substitut à l'interaction sociale avec les groupes stigmatisés. Si un contact direct avec les populations stigmatisées est rare, les médias agissent alors comme la principale ou la seule source d'information qui influence

les jugements portés dans la vie quotidienne sur ces individus^{32,77}. C'est le cas si les médias présentent les personnes atteintes de maladies mentales comme dangereuses, imprévisibles et criminelles, ce qui suscite la peur et la perception d'une différenciation sociale (ou « altérisation »)^{27,28,37}. C'est également le cas des représentations médiatiques qui renforcent la croyance que certains groupes sont à blâmer pour les préjudices qu'ils subissent, et qu'ils méritent donc moins de soutien et d'inclusion sociale^{48,54,60}. Ces discours peuvent légitimer la discrimination envers les groupes marginalisés^{27,32,35,77}.

Le contenu des médias peut également réduire la stigmatisation, en normalisant et en favorisant une meilleure compréhension de certains comportements ou de certaines conditions^{28,48}. En présentant des messages positifs et inclusifs, et notamment des renseignements factuels sur les causes, les traitements et les expériences des personnes atteintes de maladie mentale, le contenu des médias peut permettre de rompre avec les idées fausses et les stéréotypes négatifs au sein de la population³².

Facteurs pédagogiques

Le domaine des « facteurs pédagogiques » fait référence à la structure, à la conception et à la mise en œuvre du contenu éducatif (comme les programmes d'études) et des initiatives d'enseignement et des établissements d'enseignement. Parmi les exemples de termes relatifs à ce domaine figurent les suivants : « formations »⁵⁸, « programmes d'études »³⁷ et « programmes éducatifs »⁶⁸. Dix-huit travaux mentionnent des termes qui relèvent de ce domaine^{29-32,34,37,38,40,43,46,50-53,55,58,68,72}. Des facteurs pédagogiques ont été mentionnés dans trois cadres conceptuels^{32,50,58}.

Ces travaux décrivent la manière dont la forme et le contenu du matériel éducatif peuvent influencer le processus de stigmatisation. Dans l'ensemble, tout comme le contenu des médias, les facteurs pédagogiques peuvent influencer le processus de stigmatisation en façonnant les attitudes et les croyances de la société. Dans toutes les études, il a été noté que le matériel pédagogique qui favorise ou permet un contact direct entre le public et les personnes stigmatisées^{38,50,51}, qui s'attaque à la désinformation³², en particulier les stéréotypes négatifs²⁹, et qui normalise les comportements stigmatisés est susceptible de réduire la stigmatisation en augmentant la sensibilisation et l'empathie.

En revanche, l'absence de formation concernant certaines conditions sanitaires ou sociales peut influencer la manière dont les soins et les services sont dispensés par les professionnels travaillant dans ces domaines, contribuant ainsi à des pratiques discriminatoires³⁸. À titre d'exemple éloquent, une formation insuffisante des fournisseurs de soins de santé sur le risque de transmission du VIH peut conduire à des pratiques insensibles et discriminatoires à l'égard des patients vivant avec le VIH^{43,55}.

Politiques et pratiques en matière de soins de santé

Le domaine des « politiques et pratiques en matière de soins de santé » fait référence aux facteurs à l'échelle du système de santé qui concernent la prestation de soins de santé, en particulier la disponibilité dans les établissements, l'accessibilité et les politiques opérationnelles internes. Dix-sept travaux individuels mentionnent des termes associés à ce domaine^{26,28,31,33,34,37,40,41,44,45,48,49,55,60,64-66}. Parmi ceux-ci, cinq proposent des cadres conceptuels qui renvoient à des termes relatifs à ce domaine^{33,40,45,65,66}. Au nombre des termes utilisés figurent les suivants (liste non exhaustive) : « système de soins de santé »³³, « lien avec les soins »⁴⁵, « qualité des soins de santé »⁶⁶ et « protocoles institutionnels [de soins de santé] »⁶⁵.

Dans l'ensemble, les déterminants structurels liés aux politiques de soins de santé ont pu être classés dans deux catégories : les facteurs liés à la disponibilité et à l'accessibilité relative des services de soins de santé de haute qualité et les facteurs liés aux politiques internes des organismes et à la prestation des services de santé. Les différences systémiques dans la disponibilité en soins de santé rapides^{28,65}, de haute qualité à l'échelle des collectivités, selon la région de résidence^{40,66}, la capacité financière⁴⁴ et le contexte linguistique ou culturel, en sont des exemples³⁴. Parmi les initiatives en matière de soins de santé susceptibles de réduire la stigmatisation, citons les programmes visant à améliorer l'accessibilité des services, tels que les politiques qui aident les patients à s'orienter dans les systèmes de santé et à respecter leurs plans de traitement⁴⁴ ou les activités de sensibilisation (par exemple, les visites à domicile) pour les populations insuffisamment servies⁴⁰.

Dans les milieux cliniques, les politiques et les structures institutionnelles sont également susceptibles de contribuer à la

discrimination de certaines populations. Les exemples les plus marquants sont les structures physiques, telles que les salles d'attente ouvertes, et les politiques de communication entre les membres du personnel qui ne protègent pas la confidentialité des patients en permettant à d'autres personnes d'entendre les diagnostics. Ce type de politiques et de structures peut dissuader les populations vulnérables de chercher à se faire soigner et peut conduire à la maltraitance de patients atteints de maladies stigmatisées comme le VIH⁵⁵ ou la tuberculose⁴⁸.

Technologie biomédicale

Le domaine de la « technologie biomédicale » fait référence aux déterminants structurels qui se rapportent au développement, à la présence, à l'utilisation et aux effets de la technologie ou des produits médicaux qui sont fournis aux patients dans les milieux cliniques pour traiter les problèmes de santé diagnostiqués. Parmi les exemples de termes relatifs à ce domaine figurent les suivants : « avènement d'un traitement efficace »⁴⁸, « lutte contre la maladie »³³ et « effets secondaires du traitement »⁵⁴. Six travaux, dont un cadre conceptuel³³, mentionnent des déterminants relatifs à ce domaine^{26,33,48,54,78,79}.

Dans l'ensemble, les études montrent la manière dont l'existence de technologies biomédicales permettant de prévenir, de gérer ou de traiter des maladies telles que le VIH²⁶, la tuberculose⁴⁸ ou le cancer⁵⁴, pour ne citer que quelques exemples, peut avoir une influence sur le processus de stigmatisation en modifiant la visibilité de la maladie ou en modifiant les croyances de la société sur la dangerosité, la gravité et la permanence de la maladie ainsi que sur le risque de transmission. Des études ont également montré la manière dont la promotion ciblée des traitements biomédicaux auprès de certaines populations en raison de leurs comportements ou de leurs profils de risque peut entraîner une stigmatisation accrue. Par exemple, les lignes directrices qui recommandent aux personnes s'adonnant à des activités sexuelles risquées d'utiliser la prophylaxie préexposition pour prévenir l'infection par le VIH peuvent amener les gens à confondre l'utilisation de cette technologie avec la promiscuité sexuelle, ce qui fait que les utilisateurs et utilisateurs potentiels craignent la discrimination ou en sont victimes²⁶.

Cadres diagnostiques

Le domaine des « cadres diagnostiques » fait référence aux déterminants structurels

qui se rapportent aux développements dans la compréhension de l'étiologie et de la classification des maladies. Sept travaux décrivent les déterminants liés à ce domaine^{33,35,46,50,58,63,79}, dont deux^{33,46} proposant un cadre conceptuel qui mentionne des termes relatifs à ce domaine. Parmi les exemples de termes relevant de ce domaine figurent les suivants : « pratiques de diagnostic »⁶³, « DSM » (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux⁷⁹), « information génétique causale »⁵⁰ et « médicalisation »⁵⁸.

Dans l'ensemble, l'évolution de la compréhension sociétale de l'émergence des maladies est susceptible de contribuer au processus de stigmatisation en influençant les perceptions sociétales quant à la responsabilité de l'émergence des maladies. Les résultats de la recherche montrent par exemple que certaines affections, telles que les troubles de la santé mentale ou le diabète, peuvent être liées à des facteurs génétiques sous-jacents. Ces avancées scientifiques sont susceptibles de modifier la manière dont les sociétés attribuent aux individus la responsabilité de l'incidence de ces maladies^{33,50}.

L'évolution de la compréhension qu'a la société de la manière dont la santé et les conditions sociales doivent être classifiées peut contribuer au processus de stigmatisation en influençant les perceptions de ce qui est considéré comme anormal. En qualifiant certains états de « troubles » ou de « maladies », les diagnostics cliniques peuvent sous-entendre qu'un traitement correctif est nécessaire et contribuer à l'ostracisation des personnes concernées. Ce phénomène est bien illustré par la façon dont les éditions précédentes du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) ont classé comme des maladies l'homosexualité et la non-conformité au genre, contribuant ainsi aux stéréotypes négatifs et à la discrimination à l'encontre des communautés LGBTQ + ⁵⁸.

Interventions en santé publique

Le domaine des « interventions en santé publique » fait référence aux politiques, aux initiatives et aux programmes menés ou mandatés et soutenus financièrement par les intervenants en santé publique. Sept travaux, dont un cadre conceptuel⁵⁰, font état de déterminants relatifs à ce domaine^{42,49,50,60,63,67,77}. Parmi les termes utilisés dans ces études figurent les suivants : « initiatives de promotion de la

santé »⁵⁰, « initiatives de santé publique »⁶³ et « interventions communautaires de sensibilisation »⁴².

Dans l'ensemble, les études décrivent la manière dont les interventions en santé publique sont susceptibles d'avoir une influence sur le processus de stigmatisation en façonnant les normes et les croyances sociétales, de manière positive comme négative. Par exemple, les interventions de promotion de la santé qui perpétuent les messages sur la nécessité de modifier certains comportements individuels (par exemple le contrôle du poids ou la consommation de substances) peuvent avoir des influences négatives involontaires sur les croyances de la société en renforçant les discours de blâme et de responsabilité envers les personnes qui adoptent ces comportements ou qui souffrent de problèmes de santé qui en résultent^{26,50}. Les messages de santé publique sur la tolérance zéro en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse en sont un exemple. Ce message peut perpétuer les croyances négatives de la société à l'égard des femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou des mères d'enfants souffrant de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, et peut conduire les femmes enceintes qui consomment de l'alcool à hésiter à consulter les services sociaux et de santé⁶³.

Les interventions en santé publique à l'échelle communautaire peuvent également avoir une influence sur les composantes de discrimination et de perte de statut liées au processus de stigmatisation en intervenant dans la distribution des ressources. Un exemple d'intervention de ce type est celui des initiatives de santé publique à l'échelle communautaire visant à améliorer l'accès aux services de santé et de réduction des risques pour les populations susceptibles d'avoir de la difficulté à faire confiance aux établissements médicaux en raison d'une discrimination de longue date, comme les personnes atteintes du VIH ou les travailleurs du sexe^{42,60}. Ces types d'interventions permettraient d'assurer une protection contre la stigmatisation, car ils favorisent le respect et l'intégration et constituent des sources d'autonomisation pour les populations vulnérables⁴².

Cadre conceptuel

Les dix domaines de déterminants structurels sont synthétisés dans la figure 3. Cette figure est un cadre conceptuel simplifié qui présente les domaines structurels

déterminants observés dans la littérature analysée ainsi que la manière dont ils ont été décrits en relation avec le processus de stigmatisation défini par Link et Phelan¹. Trois grandes flèches vont des déterminants structurels au processus de stigmatisation. Ces flèches indiquent la manière dont les facteurs structurels sont susceptibles d'influencer le processus de stigmatisation dans son ensemble, et plus précisément en façonnant les « catalyseurs » psychosociaux du processus de stigmatisation, qui correspondent aux croyances et aux stéréotypes sociétaux fondés sur la peur, le jugement normatif ou le blâme ainsi qu'aux expériences vécues de discrimination et de perte de statut^{3,72}.

En conformité avec les cadres conceptuels et les modèles de notre revue de la littérature, en particulier le modèle des voies de la stigmatisation de l'ACSP³, la figure 3 offre également une représentation graphique des niveaux d'interaction de la population auxquels la stigmatisation peut se produire, du niveau individuel (intériorisé) au niveau des systèmes. En outre, de nombreuses études et cadres s'accordent pour dire que les processus de stigmatisation sont influencés par les inégalités sociales et la discrimination historiques^{3,46,72}, créant ainsi des boucles de rétroaction entre les pratiques structurelles et les processus de stigmatisation au fil du temps. Pour rendre compte de ces dynamiques dans la figure 3, une grande flèche part du processus de stigmatisation et aboutit aux déterminants structurels.

Étant donné que notre revue de littérature n'a pas donné lieu à une recherche documentaire exhaustive et que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer à la fois les associations causales entre les facteurs et l'efficacité des diverses interventions de réduction de la stigmatisation au sein des populations et des milieux, la figure 3 ne doit pas être considérée comme fournissant une synthèse exhaustive de tous les domaines de déterminants structurels possibles ni comme offrant une description de liens de causalité solides entre chacun des domaines et éléments du processus de stigmatisation. Elle a plutôt été conçue pour offrir une synthèse visuelle correspondant à la synthèse textuelle présentée dans cet article. Elle est également utilisable comme outil de structuration des discussions stratégiques sur les moyens d'orienter les interventions en santé publique

afin de réduire la stigmatisation, que ce soit au Canada ou à l'étranger.

Analyse

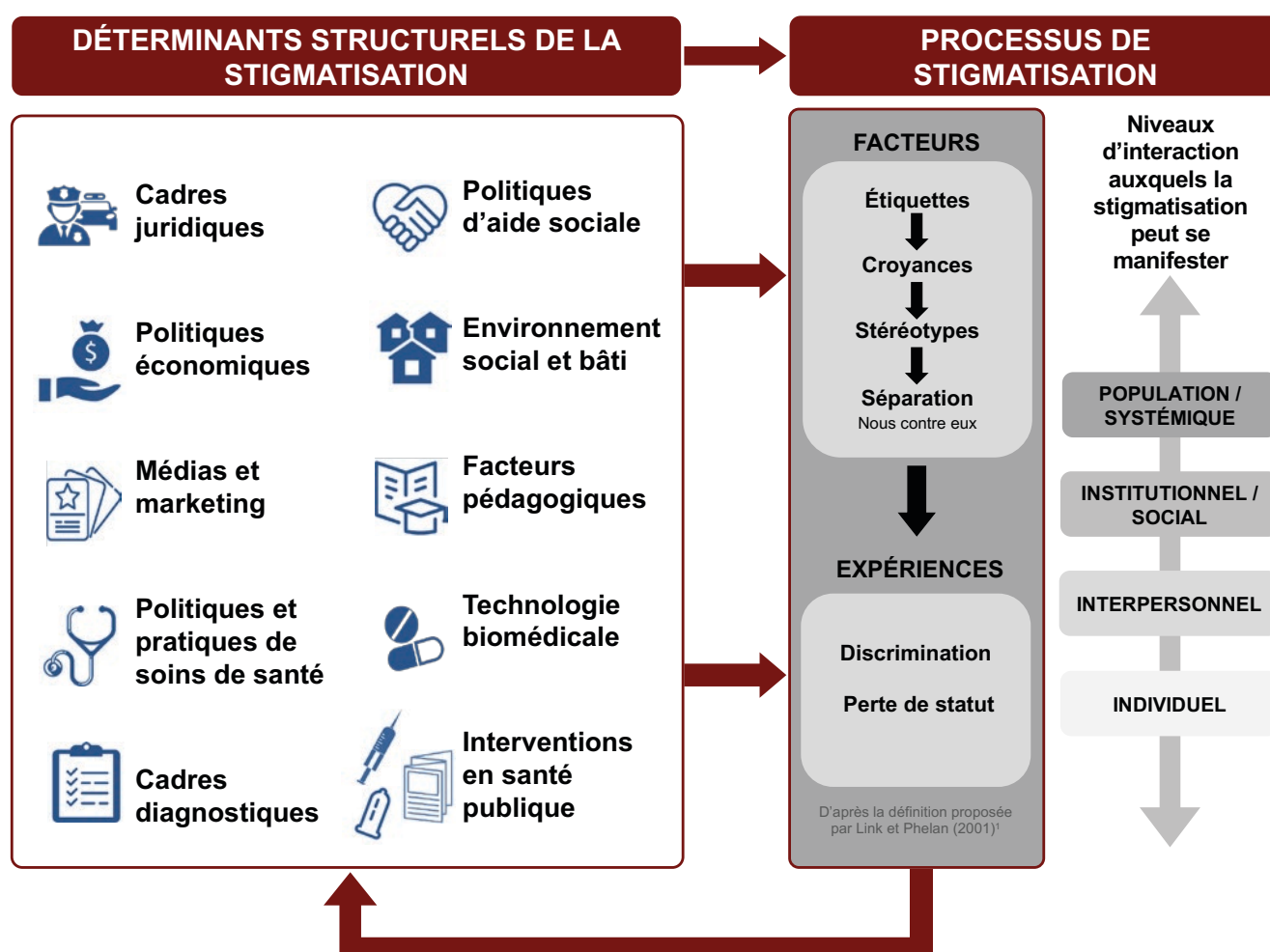
Cette revue rapide de la littérature a été conçue pour cerner et synthétiser les déterminants structurels de la stigmatisation au Canada et dans d'autres pays de l'OCDE, afin d'orienter les recherches et les interventions à venir. Il s'agit d'une analyse des résultats de 53 travaux issus de la littérature grise et d'articles revus par les pairs, dont 15 proposaient des cadres conceptuels mentionnant au moins un type de déterminant structurel de la stigmatisation. Cette revue constitue à notre connaissance la première synthèse et le premier cadre conceptuel des déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales. En appliquant une analyse thématique des facteurs de niveau structurel documentés dans la littérature, nous avons cerné et défini 10 domaines de déterminants structurels de la stigmatisation : cadres juridiques, politiques d'aide sociale, politiques économiques, cadres sociaux et bâtis, médias et marketing, facteurs pédagogiques, pratiques et politiques en matière de soins de santé, technologie biomédicale, cadres de diagnostic et interventions en santé publique.

Cette synthèse comble une lacune importante dans la littérature en rassemblant les résultats d'un large éventail de domaines de recherche sur la stigmatisation et en élucidant les types de facteurs qui agissent au niveau contextuel pour influencer les croyances sociétales, les stéréotypes négatifs, la discrimination ou la perte de statut dans de multiples contextes sociaux et populations¹⁴. Cette revue et le cadre conceptuel proposé constituent des outils utilisables pour la structuration des futures discussions politiques. Les dix domaines de facteurs et les secteurs de gouvernance auxquels ils se rapportent peuvent être pris en considération de manière systématique lorsque l'on cherche à aborder et à prévenir la stigmatisation. Étant donné que tous les facteurs de niveau structurel sont susceptibles de contribuer à la stratification sociale et aux inégalités en matière de santé⁹, chaque domaine est digne d'attention.

Points forts et limites

L'un des points forts de cette revue rapide est qu'elle se concentre sur les déterminants de la stigmatisation dans les résultats de

FIGURE 3
Cadre conceptuel des domaines de déterminants structurels en relation avec le processus de stigmatisation



Remarque : Cette figure offre une synthèse visuelle correspondant à la synthèse narrative présentée dans le texte. Elle ne doit pas être considérée comme une synthèse exhaustive de tous les domaines de déterminants structurels possibles ni comme une description de liens de causalité solides entre chacun des domaines et les éléments du processus de stigmatisation.

santé et les caractéristiques physiques ou sociales. La synthèse qui en résulte est donc applicable à un vaste éventail de domaines importants de la santé publique et des politiques sociales. Un autre point fort est l'accent mis sur les structures théoriquement modifiables par une intervention intersectorielle en matière de santé publique, avec des répercussions potentielles à l'échelle de la population sur le processus de stigmatisation^{9,15}.

Cette revue a néanmoins certaines limites. En raison de la stratégie de recherche non exhaustive due à la conception d'une revue rapide, certaines études pertinentes (en particulier des études qualitatives ou quantitatives individuelles) ont pu avoir été omises et, par conséquent, certains exemples de déterminants structurels également.

Cependant, étant donné que la majorité des travaux publiés pris en compte dans la revue sont des synthèses de données probantes et des cadres de déterminants structurels, nous présumons que la contribution des études omises est plutôt minime.

Une autre limite tient au fait que de nombreux travaux examinés ici ne comportaient pas suffisamment de détails quant au processus d'obtention et de synthèse des résultats. L'opacité du processus de génération de données de ces travaux remet en question l'exhaustivité de leurs conclusions. La synthèse qui en découle doit donc être utilisée principalement comme un guide conceptuel plutôt que comme une revue exhaustive. L'inclusion de ce processus dans de prochaines publications est une étape nécessaire pour

enrichir la littérature en santé publique sur la stigmatisation.

Enfin, cette revue présente des conclusions dans le contexte général des pays de l'OCDE. Nous n'avons pas cherché à explorer les déterminants structurels au sein d'une juridiction en particulier. Étant donné que les impacts des déterminants structurels sur le processus de stigmatisation sont susceptibles d'être hétérogènes selon les contextes locaux, les prochaines recherches et discussions politiques sur les moyens de lutter contre la stigmatisation devraient examiner la manière dont les environnements économiques, sociaux ou politiques locaux peuvent influencer les déterminants structurels de la stigmatisation et les effets des interventions potentielles sur la réduction de la stigmatisation.

Conclusion

Cette revue de la littérature vient compléter les synthèses publiées précédemment sur l'influence de la stigmatisation comme déterminant de la santé. Elle explore les déterminants structurels de la stigmatisation en tant que résultat social se produisant dans certaines conditions sanitaires et sociales. Une revue rapide des données probantes suggère qu'il existe au moins dix domaines de déterminants structurels de la stigmatisation. Le cadre conceptuel de cette étude pour ces domaines est utilisable comme outil de structuration du débat politique à envisager entre secteurs sur les moyens de réduire la stigmatisation au sein de la population.

Remerciements

Nous tenons à remercier Lisa Glandon et la Division de la gestion de l'information et du savoir de la Bibliothèque de Santé Canada ainsi que la D^{re} Kimberly Gray, Michèle Boileau-Falardeau et le D^r Louis Turcotte pour leurs contributions et leurs commentaires.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

Les trois auteures ont contribué à la conception méthodologique de la revue de la littérature. AB et BHM ont effectué la revue de la littérature et ont recensé les travaux pertinents. Les trois auteures ont extrait des données, analysé les travaux trouvés et rédigé l'article. AB et CBF ont révisé l'article.

Les auteures assument la responsabilité du contenu de l'article et des points de vue qui y sont exprimés; ceux-ci ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27(1):363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
2. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health.* 2013;103(5):813-821. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
3. Tam T. Lutter contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [no de catalogue : HP2-10E-PDF].
4. Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK. Stigma and its implications for health: introduction and overview. Dans : Major B, Dovidio JF, Link BG, editors. *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health.* New York (NY): Oxford University Press; 2018:3-28.
5. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, cross-cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* 2019;17(1):31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
6. Gehlert S, Sohmer D, Sacks T, Mininger C, McClintock M, Olopade O. Targeting health disparities: a model linking upstream determinants to downstream interventions. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(2):339-349. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.339>
7. Sayer J. Structural stigma and health for persons with mental illness [thesis]. [Chicago (IL)]: University of Illinois at Chicago; 2018. En ligne à : https://indigo.uic.edu/articles/thesis/Structural_Stigma_and_Health_for_Persons_with_Mental_Illness/10854335
8. Hatzenbuehler ML. Structural stigma and health inequalities: research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol.* 2016;71(8):742-751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
9. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2.* Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2007. 76 p.
10. Shannon K, Goldenberg SM, Deering KN, Strathdee SA. HIV infection among female sex workers in concentrated and high prevalence epidemics: why a structural determinants framework is needed. *Curr Opin HIV AIDS.* 2014;9(2):174-182. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000042>
11. Diez Roux AV, Aiello AE. Multilevel analysis of infectious diseases. *J Infect Dis.* 2005;191(Suppl_1):S25-S33. <https://doi.org/10.1086/425288>
12. Greenwood M, De Leeuw S, Lindsay NM, Reading C, editors. *Determinants of Indigenous peoples' health.* Toronto (ON): Canadian Scholars' Press; 2015.
13. Knight RE, Shoveller JA, Carson AM, Contreras-Whitney JG. Examining clinicians' experiences providing sexual health services for LGBTQ youth: considering social and structural determinants of health in clinical practice. *Health Educ Res.* 2014;29(4):662-670. <https://doi.org/10.1093/her/cyt116>
14. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995;Spec No:80-94.
15. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social epidemiology.* 2nd ed. New York (NY) : Oxford University Press; 2014.
16. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst Rev.* 2012;1:10. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>
17. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci.* 2010;5(1):56. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-56>
18. Dobbins M. Guide pour les revues rapides : étapes pour effectuer une revue rapide. Hamilton (Ont.) : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils; 2017.
19. Primo Peña E, Vázquez Valero M, García Sicilia J. Comparative study of journal selection criteria used by MEDLINE and EMBASE, and their application to Spanish biomedical journals. Dans : 9th European Conference of Medical and Health Libraries. Article non publié présenté au congrès du 20-25 septembre 2004 à Santander, en Espagne.
20. Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ.* 2005;331(7524):1064-1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>

21. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodology*. 2006;6:35. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
22. Popay J, Roberts H, Sowden A, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme (Version 1). Lancaster (Royaume-Uni) : Université de Lancaster. 2006;1:b92.
23. Guest G, MacQueen KM, Namey EE. Applied thematic analysis. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2012. Chapter 1, Introduction to applied thematic analysis.
24. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psych*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
25. Ryan GW, Bernard HR. Techniques to identify themes. *Field Methods*. 2003;15(1):85-109. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569>
26. Golub SA. PrEP stigma: implicit and explicit drivers of disparity. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2018;15(2):190-197. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0385-0>
27. Nairn R, Coverdale S, Coverdale JH. A framework for understanding media depictions of mental illness. *Acad Psychiatry*. 2011;35(3):202-206. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.35.3.202>
28. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):92-103. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00003>
29. Arboleda-Florez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2012;57(8):457-463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
30. Holder SM, Peterson ER, Stephens R, Crandall LA. Stigma in mental health at the macro and micro levels: implications for mental health consumers and professionals. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):369-374. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0308-y>
31. Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmatisme de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse*. 2013;9(377):588-592.
32. Collins RL, Wong EC, Cerully JL, Schultz D, Eberhart NK. Interventions to reduce mental health stigma and discrimination: a literature review to guide evaluation of California's mental health Prevention and Early Intervention initiative. *Rand Health Q*. 2013;2(4):3.
33. Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking theoretical approaches to stigma : a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med*. 2008;67(3):431-440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>
34. National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington (DC): The National Academies Press; 2016.
35. Williams B. The journey to self-stigma and its impact on 'recovery' in people experiencing mental distress: fighting back with stigma resistance. *J Undergrad Res NTU*. 2018;1(1):283-303.
36. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S. Interventions s'appuyant sur les médias grand public pour réduire la stigmatisation associée à la santé mentale. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7(7):CD009453. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>
37. Livingston JD. Mental illness-related structural stigma: the downward spiral of systemic exclusion. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada, 2013.
38. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux – guide d'accompagnement. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2016.
39. Min SY, Wong YLI. Association between community contextual factors and stigma of mental illness in South Korea: a multilevel analysis. *Psychiatr Q*. 2017;88(4):853-864. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-017-9503-1>
40. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, Cochrane C, Payne M, Mignone J. "People try and label me as someone I'm not" : the social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Soc Sci Med*. 2017;194:17-24. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.002>
41. France NF, McDonald SH, Conroy RR, et al. "An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14113. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2015.14113>
42. Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *Stigma Health*. 2015;1(S):60-74. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.60>
43. Darlington CK, Hutson SP. Understanding HIV-related stigma among women in the Southern United States: a literature review. *AIDS Behav*. 2017;21(1):12-26. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1504-9>
44. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl 2):18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
45. Kerr J, Jackson T. Stigma, sexual risks, and the war on drugs: examining drug policy and HIV/AIDS inequities among African Americans using the Drug War HIV/AIDS Inequities Model. *Int J Drug Policy*. 2016;37:31-41. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.07.007>
46. Clair M, Daniel C, Lamont M. Destigmatization and health: cultural constructions and the long-term reduction of stigma. *Soc Sci Med*. 2016;165:223-232. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.021>
47. MacLean R. Ressources pour lutter contre la stigmatisation liée à la sexualité, à la toxicomanie et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2018;44(2):69-75.

48. Coreil J, Mayard G, Simpson KM, Lauzardo M, Zhu Y, Weiss M. Structural forces and the production of TB-related stigma among Haitians in two contexts. *Soc Sci Med*. 2010; 71(8):1409-1417. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.017>
49. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis*. 2017;56:90-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011>
50. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes : a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*. 2013;6(1):1-10. <https://doi.org/10.1007/s40271-012-0001-0>
51. Fernandes PT, Snape DA, Beran RG, Jacoby A. Epilepsy stigma: what do we know and where next? *Epilepsy Behav*. 2011;22(1):55-62. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.02.014>
52. De Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain*. 2016;157(8):1607-1610. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
53. Aste JA. Chronic pain and stigma: a literature review [dissertation]. [Ohio]: Union Institute and University; 2016; 10113719. 85 p. En ligne à : <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1801982335.html?FMT=AI>
54. Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Health Psychol Open*. 2014; 1(1):2055102914552281. <https://doi.org/10.1177/2055102914552281>
55. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium: a qualitative study. *J Biosoc Sci*. 2017; 49(5):578-596. <https://doi.org/10.1017/S0021932016000468>
56. Morey BN. Mechanisms by which anti-immigrant stigma exacerbates racial/ethnic health disparities. *Am J Public Health*. 2018;108(4):460-463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304266>
57. Hatzenbuehler ML. Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014;23(2):127-132. <https://doi.org/10.1177/0963721414523775>
58. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*. 2015;147:222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
59. Groulx L-H. Les facteurs engendrant l'exclusion au Canada: survol de la littérature multidisciplinaire. Ville de Québec (QC) : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion; 2011.
60. Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers. *J Sex Res*. 2018;55(4-5):457-471. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652>
61. Carroll NJ. Lone mothers' experiences of stigma: a comparative study [thèse de doctorat en ligne]. Huddersfield (UK) : University of Huddersfield; 2017. En ligne à : <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/34358/1/FINAL%20THESIS%20-%20Carroll.pdf>
62. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med*. 2014; 118:152-158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.003>
63. Bell E, Andrew G, Di Pietro N, Chudley A, Reynolds J, Racine E. It's a shame! Stigma against fetal alcohol spectrum disorder: examining the ethical implications for public health practices and policies. *Pub Health Ethics*. 2016;9(1):65-77. <https://doi.org/10.1093/phe/phv012>
64. Stuber J, Galea S, Link BG. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Soc Sci Med*. 2008;67(3):420-430. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.010>
65. Paterson B, Hirsch G, Andres K. Structural factors that promote stigmatization of drug users with hepatitis C in hospital emergency departments. *Int J Drug Policy*. 2013;24(5):471-478. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.01.008>
66. Chaudoir SR, Earnshaw VA, Andel S. "Discredited" versus "discreditable": understanding how shared and unique stigma mechanisms affect psychological and physical health disparities. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35(1):75-87. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746612>
67. Mirabito AM, Otnes CC, Crosby E, et al. The stigma turbine: a theoretical framework for conceptualizing and contextualizing marketplace stigma. *J Public Policy Mark*. 2016;35(2):170-184. <https://doi.org/10.1509/jppm.15.145>
68. Henderson NL, Dressler WW. Medical disease or moral defect? Stigma attribution and cultural models of addiction causality in a university population. *Cult Med Psychiatry*. 2017;41(4):480-498. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9531-1>
69. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Berg RC, et al. Anti-LGBT and anti-immigrant structural stigma: an intersectional analysis of sexual minority men's HIV risk when migrating to or within Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;76(4):356-366. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001519>
70. Hatzenbuehler ML, Jun H-J, Corliss HL, Austin SB. Structural stigma and sexual orientation disparities in adolescent drug use. *Addict Behav*. 2015; 46:14-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.017>
71. Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):985-997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
72. Link B, Hatzenbuehler ML. Stigma as an unrecognized determinant of population health: research and policy implications. *J Health Polit Policy Law*. 2016;41(4):653-673. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>
73. Hansen H, Bourgois P, Drucker E. Pathologizing poverty: new forms of diagnosis, disability, and structural stigma under welfare reform. *Soc Sci Med*. 2014;103:76-83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.033>

-
74. Neumark D. The econometrics and economics of the employment effects of minimum wages: getting from known unknowns to known knowns. *Ger Econ Rev.* 2019;20(3):293-329. <https://doi.org/10.1111/geer.12184>
 75. Angermeyer MC, Matschinger H, Link BG, Schomerus G. Public attitudes regarding individual and structural discrimination: two sides of the same coin? *Soc Sci Med.* 2014;103:60-66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
 76. Déry M, Filiatrault F. Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique: outil d'aide à la réflexion. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec; 2013.
 77. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med.* 2014;103:15-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>
 78. Stringer KL, Turan B, McCormick L, et al. HIV-related stigma among health-care providers in the Deep South. *AIDS Behav.* 2016;20(1):115-125. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1256-y>
 79. Jorm AF, Griffiths KM. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(4):315-321. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x>

Appel à contributions – Numéro spécial 2021

Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

 Diffuser cet article sur Twitter

Échéance pour les soumissions repoussée !

Rédacteurs : Jennifer O’Loughlin (Université de Montréal), Thierry Gagné (University College London) et Robert Geneau (rédacteur scientifique en chef, Revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, Agence de la santé publique du Canada)

On estime que plus de 45 000 Canadiens meurent chaque année d’une maladie liée au tabac¹, ce qui fait du tabagisme la principale cause évitable de décès prématuré au Canada². 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 2035⁵. 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 30 avril 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/aperçu-strategie-canadienne-tabac.html>

Remerciements à nos évaluateurs de 2020

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur contribution inestimable en tant qu'évaluateurs pour la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* en 2020. Leur expertise contribue grandement à la qualité de notre revue et à la diffusion des nouvelles connaissances auprès de la communauté scientifique, au Canada comme à l'échelle internationale.

Amira Ali

Laura Anderson

Maulik Baxi

Suzanne Beno

Caroline Bergeron

Michael Borghese

Danielle Bouchard

Jennifer Ann Brown

Leslie Carlin

Catherine Carstairs

Helen Cerigo

Martin Chartier

Jaime Cidro

Rosa Darling

Louise de Lannoy

Andrea Deierlein

Melissa deJonge

Rose Anne Devlin

Minh T. Do

Melissa J. DuPont-Reyes

Aganeta Enns

Geneviève Gariépy

Allison Gates

Naomi Gibbs

Anton Käll

Jodi Kalubi

Boris Kralj

Claudia Lagacé

Karen Le

Alison Macpherson

Kerry McBrien

Angela Meadows

Katrina Milaney

Luke Mondor

Howard Morrison

Jessica Murphy

Jennifer O'Loughlin

Adeolu Oladunjoye

Scott B. Patten

Louise Pilote

Stephanie Prince Ware

Mark Raizenne

Javier Sevil-Serrano

Helen Slater

Hannah Thompson

Joslyn Trowbridge

Claire Tugault-Lafleur

Nithya Vijayakumar

Irene Vikman

Michelle Vine

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2020 et 2021.

Dufner TJ, Fitzgerald JS, **Lang JJ**, Tomkinson GR. A systematic analysis of temporal trends in handgrip strength of 2,584,978 adults from 13 countries between 1960 and 2017. *Sports Med.* 2020;50(12):2175-91.

Grywacheski V, Ali J, **Baker MM**, **Gheorghe M**, **Wong SL**, **Orpana HM**. Opioid and cannabis use during pregnancy and breastfeeding in relation to sociodemographics and mental health status: a descriptive study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.09.017>

Maclean G, Cook P, **Lindsay LR**, et al. Low seroprevalence of Lyme disease among multiple sclerosis patients in New Brunswick. *Can J Neurol Sci.* 2020;47(6):842-4. <https://doi.org/10.1017/cjn.2020.129>

Wang Z, Zhou Y, Zhang Y, [...] **Liu S**, et al. Association of change in air quality with hospital admission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Guangdong, China: a province-wide ecological study. *Ecotoxicol Environ Saf.* 2021;208:111590. <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2020.111590>

Williams GC, Burns KE, Battista K, **de Groh M**, **Jiang Y**, et al. A cross-sectional examination of the association between co-ed and gender-specific school intramural programs and intramural participation among a sample of Canadian secondary school students. *Preventive Med Reports.* 2020;20:101233. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101233>

Zutrauen S, **McFaull S**, **Do MT**. Soccer-related head injuries—analysis of sentinel surveillance data collected by the electronic Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. *Paediatr Child Health.* 2020;25(6):378-84. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz116>

